

18+

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

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

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

Зав. редакцией

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

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

Все права защищены.

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

Цена свободная.

Подписка:

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

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2023. Т. 31. № 1. 1—152.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 03.02.2023.

Подписано в печать 15.02.2023.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 19.
Усл. печ. л. 18,58. Уч.-изд. л. 23,22.

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

1

Том 31

2023

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)

АЛБИЦКИЙ 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

1

Volume 31

2023

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.

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

Zinchenko R. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zubok Yu. A. — PhD, DSc, prof.

Kasimova G. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Polanin A. V. — PhD, DSc, prof.

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

Salaks Yu. M. — MD, PhD, DSc, prof.

СОДЕРЖАНИЕ

Здоровье и общество

Mingazova E. N., Imankulova A. S., Djumalieva G. A., Sulaimanova D. The effect of application of monitoring and training programs on quality of antimicrobial drugs use in high-risk departments	5
Хабриев Р. У., Коломийченко М. Е. Лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях и интегральные оценки общественного здоровья	11
Комаров И. А. Редкие заболевания и орфанные лекарственные препараты: место в здравоохранении Российской Федерации	16
Набережная И. Б. Региональная обеспеченность населения специализированной медицинской помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»	20
Гришина Н. К., Перепелова О. В., Тимурзиева А. Б., Соловьева Н. Б. Удовлетворенность пациентов как индикатор пациентоориентированности при организации платных медицинских услуг	26
Ананченкова П. И., Тонконог В. В., Тимченко Т. Н. Аптечный туризм. Часть 1. Анализ состояния лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями	33
Агаларова Л. С., Розанова Т. П., Стыцук Р. Ю., Таваков А. А. Проблемы развития лечебно-оздоровительного туризма в современных условиях	44
Маноилов А. Е., Маркина А. Ю. Осведомленность врачей первичной медико-санитарной помощи о методах оценки риска инсульта	51
Жигунова Г. В. Социальный портрет ребенка с инвалидностью в представлениях населения Евро-Арктического региона России	55
Костин А. А., Цветков А. И., Абрамов А. Ю., Кича Д. И., Голощапов-Аксенов Р. С. Влияние применения клинико-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью на динамику заболеваемости и смертности от туберкулеза	60
Циринг Д. А., Пахомова Я. Н., Пономарева И. В., Сергиенко Е. С., Важенин А. В., Миронченко М. Н. Психологические и средовые факторы риска заболевания раком молочной железы у женщины, проживающих в промышленном мегаполисе и сельской местности	65
Идрисова Л. С., Сулейманов Э. А., Шургая М. А., Пузин С. Н. Тенденции динамики и особенности структуры инвалидности населения вследствие рака яичников в Чеченской Республике	72
Согиайнен А. А., Чичерин Л. П., Шчепин В. О. Трансформация источников получения медицинской информации у юношей призывного возраста в динамике за десятилетие	79
Копытов А. А., Степанова Ю. С., Овчинников И. В., Волобуева Е. В. Сравнительная оценка доступности стоматологической помощи для городского и сельского населения Белгородской области	82
Сергеев В. В., Шмелев И. А. Сочетание норм морали и права при регулировании медицинской деятельности	88
Амлаев К. Р., Карабахян Г. А., Хрипунова А. А., Дахкильгова Х. Т. Оценка мнения жителей Северо-Кавказского федерального округа по вопросам здорового городского планирования	93

Реформы здравоохранения

Боговская Е. А., Александрова О. Ю., Зудин А. Б. Всемирная организация здравоохранения: проект новелл в области регулирования международных медико-санитарных правил	98
Шляфер С. И. Стационарзамещающая форма оказания медицинской помощи на дому населению Российской Федерации: анализ работы	106

История медицины

Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Игнатьев В. Г. Ренессанс российского фармацевтического рынка (2000—2004). Сообщение 2. Российские служители Фармы	112
--	-----

CONTENTS

Health and Society

Mingazova E. N., Imankulova A. S., Djumalieva G. A., Sulaimanova D. The effect of application of monitoring and training programs on quality of antimicrobial drugs use in high-risk departments	5
Khabriev R. U., Kolomiychenko M. E. The medicinal support in ambulatory conditions and the integral estimates of public health	11
Komarov I. A. The rare diseases and orphan medications: Placement in health care of the Russian Federation	16
Naberezhnaya I. B. The regional provision of population with specialized medical care according to profile of cardiovascular surgery	20
Grishina N. K., Perepelova O. V., Timurzieva A. B., Solovyova N. B. Patient satisfaction as an indicator of patient orientation in organization of paid medical services	26
Ananchenkova P. I., Tonkonog V. V., Timchenko T. N. The pharmacy tourism. Part I. The analysis of state of medicinal support of patients with rare diseases	33
Agalarova L. S., Rozanova T. P., Stytsuk R. Yu., Tavakov A. A. The problems of development of medical health-improving tourism in modern conditions	44
Manoilov A. E., Markina A. Yu. The awareness of primary health care physicians about methods of evaluation of risks of stroke	51
Zhigunova G. V. The social portrait of child with disability as conceived by population of the Euro-Arctic region of Russia	55
Kostin A. A., Tsvetkov A. I., Abramov A. Yu., Kicha D. I., Goloshchapov-Aksenov R. S. The effect of applying clinical organizational telemedicine technology management of anti-tuberculous care on dynamics of tuberculosis morbidity and mortality	60
Tsiring D. A., Pakhomova Ya. N., Ponomareva I. V., Sergienko E. S., Vazhenin A. V., Mironchenko M. N. The psychological and environment risk factors of development of breast cancer in women residing in industrial megalopolis and rural locality	65
Idrisova L. S., Suleimanov E. A., Shurgaya M. A., Puzin S. N. The trends of dynamics and characteristics of structure of population ovary cancer disability in the Chechen Republic	72
Sogiyainen A. A., Chicherin L. P., Shchepin V. O. The transformation of sources providing medical information in male youths of military age in decade dynamics	79
Kopytov A. A., Stepanova Yu. S., Ovchinnikov I. V., Volobueva E. V. The comparative evaluation of accessibility of stomatological care for municipal and rural population of the Belgorod Oblast	82
Sergeev V. V., Shmelev I. A. The combination of moral and law norms in regulation of medical activity	88
Amlaev K. R., Karabakhtsyan G. A., Khripunova A. A., Dahkilgova Kh. T. The evaluation of opinions of residents of the Northern Caucasus Okrug about healthy municipal planning issues	93

Health Care Reforms

Bogovskaia E. A., Alexandrova O. Yu., Zudin A. B. The World Health Organization : Project of novels in the field of controlling international medical sanitary regulations	98
Shlyafser S. I. The hospital substitution form of home medical care of population of the Russian Federation: the analysis of functioning	106

History of Medicine

Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Ignatiev V. G. The Renaissance of Russian pharmaceutical market (2000—2004). Report II. The Pharma servants of Russia	112
---	-----

<i>Шерстнева Е. В.</i> Международная кооперация в организации производства пенициллина в СССР	120
<i>Плотниченко П. К., Ратманов П. Э.</i> Стоматологическая помощь школьникам в Советской России в 1920-е годы: преемственность идей	125
<i>Борисов С. Н., Липич Т. И., Пенской В. В.</i> «Не положил ли Господь Москву и окрестные города пусты?»: Московская чума 1654 г.	130
<i>Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В., Софроню О. Ю.</i> Иркутское отделение Общества борьбы с различными болезнями: история создания, структура, задачи, источники финансовых ассигнований	140

Рецензии

<i>Пивоваров Н. Ю., Тихонов В. В.</i> Рецензия на книгу П. Э. Ратманова «Советское здравоохранение на международной арене в 1920—1940-х гг.: между „мягкой силой“ и пропагандой (Западная Европа и США)»	149
--	-----

<i>Sherstneva E. V.</i> The international cooperation in organizing penicillin production in the USSR	
<i>Plotnichenko P. K., Ratmanov P. E.</i> The stomatological care of schoolchildren in the Soviet Russia in 1920s: succession of ideas	
<i>Borisov S. N., Lipich T. I., Penskoj V. V.</i> “Whether the Lord putted Moscow and neighbouring cities empty?”: Moscow pest of 1654	
<i>Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V., Sofronov O. Yu.</i> The Irkutsk department of the Society of struggle with contagious diseases: history of establishment, structure, tasks, sources of financial appropriations	

Reviews

<i>Pivovarov N. Ju., Tikhonov V. V.</i> The review of the book “The Soviet health care at international arena in 1920–1940: between ‘soft force’ and propaganda (the Western Europe and the USA)” by P. E. Ratmanov	
---	--

Здоровье и общество

© MINGAZOVA E. N., IMANKULOVA A. S., DJUMALIEVA G. A., SULAIMANOVA D., 2023

УДК 614.2

Mingazova E. N.^{1,2,3}, Imankulova A. S.⁴, Djumalieva G. A.⁴, Sulaimanova D.⁴

THE EFFECT OF APPLICATION OF MONITORING AND TRAINING PROGRAMS ON QUALITY OF ANTIMICROBIAL DRUGS USE IN HIGH-RISK DEPARTMENTS

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

²Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 123098, Moscow, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Kazan State Medical University", 120012, Kazan, Russia;

⁴I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, 720020, Bishkek, Kyrgyz Republic

The antibiotic resistance as a problem acquired character of pandemic. The WHO included it in top ten global health threats. In low-income countries, the main goal of the WHO global action plan is to control increase of antimicrobial resistance with purpose to improve quality of antibiotics application.

This purpose of study was to evaluate effectiveness of integrated program of rational application of antimicrobial drugs to improve quality of medical care in multidisciplinary surgical hospital in the Kyrgyz Republic.

The research comprised several stages including establishment of prevalence of infection associated with provision of medical care and implementation of training programs of rational use of antimicrobial drugs to improve quality of medical care.

The implementation of comprehensive training and monitoring programs at hospital level made it possible to reduce total consumption of antimicrobial drugs in Defined Daily Doses per 100 Bed-Days (DDD/100BD) by 2.4 times, mainly due to third-generation cephalosporins, and aminoglycosides, macrolides. As a result, financial expenditures for drugs purchase decreased up to 2.7 times. The practical implementation of recommendations of perioperative antibiotic prevention permitted to increase consumption of cephalosporins of first generation. To develop and to implement training and monitoring programs an integrated approach is needed that, taking into account the specifics of particular medical organization and conditions of multidisciplinary interaction. Further research is needed to study application of rational practices of using antimicrobial drugs, preventing occurrence of HAI, controlling increase of antibiotic resistance.

Keywords: antibiotics; antimicrobials; antimicrobial resistance; drug resistance; drug consumption, quality; high-risk department.

For citation: Mingazova E. N., Imankulova A. S., Djumalieva G. A., Sulaimanova D. The effect of application of monitoring and training programs on quality of antimicrobial drugs use in high-risk departments. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):5–10 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-5-10>

For correspondence: Mingazova E. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. 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 18.08.2022

Accepted 31.10.2022

Abbreviations:

AMD — Anti-microbial Drug.

HAI — Healthcare-associated infection.

SSI — Surgical Site Infection.

Introduction

Antimicrobial resistance is growing at an alarming rate worldwide. The problem of antibiotic resistance has now acquired the character of a pandemic and is included by the World Organization in the list of the top ten threats to global health [1, 2].

CDDEP researchers have published the report "The State of Antibiotics in the World in 2021", which presents extensive data on the global use of AMDs and resistance to them, as well as factors of resistance to them, based on extensive CDDEP research and data collection through Resistance Map (www.resistancemap.org), which is widely used by researchers, politicians and the media. The report notes that since the publication of the first report "The State of Antibiotics in the world in 2015", resistance to AMDs has stabilized in some high-

income countries, but continues to grow in many low- and middle-income countries [3, 4].

According to the results of many researchers, it has been proven that reducing AMDs consumption can affect the level of resistance pathogenesis [4–7]. The study of drug consumption helps to identify their irrational use, and carry out targeted measures to optimize drug treatment, and can also become a tool for monitoring the effectiveness of training programs for healthcare professionals and other measures aimed at improving pharmacotherapy [6–8]. Improving the quality of antibiotic use in hospitals is one of the main goals of the global action plan of the World Health Organization (WHO) to combat resistance to AMP [4, 5, 7, 9].

To study the peculiarities of the development of the drug supply system in the country, its problems, and prospects for development, it is necessary and appropriate to assess the consumption of medicines in real clinical practice for subsequent optimization of the appointment and use of medicines. At the same time, it should be noted that the study of the dynamics of the consump-

tion of systemic antimicrobial drugs (AMDs) in health-care organizations is very relevant and limp because today's range of AMP is a serious threat to humanity. Thus, according to expert estimates, in stationary conditions, up to 20–30% of AMDs prescriptions may be unreasonable [1, 5, 10]. According to the World Health Organization (WHO), national health budgets' share of medical expenses varies from 40 to 70% [8].

The leading factors leading to the formation and spread of antibiotic resistance are low adherence to infection control measures. To determine the level of prevalence with the determination of the qualitative and quantitative characteristics of HAI in healthcare institutions and the practical implementation of epidemiological surveillance of HAI, it is recommended to use the prevalence method [8–10].

The study of point prevalence is relatively simple and does not require additional financial costs and additional equipment, while observation can cover a significant number of patients [10, 11].

The aim of the study

Evaluating the effectiveness of the implemented comprehensive program for the rational use of antimicrobials and improving the quality of medical care in a multi-disciplinary hospital in the Kyrgyz Republic

The goal is to develop a program for monitoring consumption and training in rational use using consumption data in a multidisciplinary hospital in the Kyrgyz Republic.

Materials and methods

The present study consisted of several stages, including:

1. Determination of the basic level of the prevalence of healthcare-associated infections (HAI) by the method of cross-sectional prevalence, qualitative and quantitative characteristics of HAI and risk factors, and, analysis of the level and structure of AMD consumption.

2. Implementation of training programs on epidemiological surveillance of HAI, identification of risk factors for their occurrence, monitoring of microbiological results, and, principles of rational use of AMD.

3. Monitoring the prevalence of HAI and the use of AMD.

Researchers from the Quality Committee, including a clinical pharmacologist, an expeditor, and an infection control specialist, carried out comprehensive clinical and analytical work from 2016 to 2019 based in a multidisciplinary hospital (Bishkek). In the first stage, a basic assessment of the initial level of AMD consumption was carried out. Information on the structure and volume of consumers and motion, the number of bed days spent by patients in the hospital for 2016–2019 was obtained from the database of medicines of the pharmacy, the procurement department, and reports of the structural units of the hospital.

ABC/VEN analysis and the ATC/DDD methodology recommended by the World Health Organization (Anatomic Therapeutic Chemical classification/Defined Daily Dose) were used to assess the consumption

of AMD. The level of AMD consumption in the hospital in DDD units (DDD), the total amount of medication used for the year in milligrams/grams was divided by the established daily dose of this medication adopted by WHO for this year. To study the consumption of medicines in the hospital, we used the indicator DDD/100 bed days (DDD/100BD). The number of bed days when calculating DDD/100BD was determined by the bed occupancy indicator, which all four rows compared the consumption of medicines in healthcare organizations of different capacities and in different time intervals.

Since 2016, the method of studying the prevalence and HAI by the microcross-sectional prevalence, determining the qualitative and quantitative characteristics and risk factors of their introduced. To conduct the study, the “Instruction on epidemiological surveillance of HAI in high-risk departments (surgery, intensive care, anesthesiology, and intensive care)” approved by the Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic dated 15.08.2016 No. 716 was used. Data for qualitative assessment were collected by analyzing medical histories, interviewing doctors on the issues of medical procedures and the validity of antimicrobial drug use, and visual characteristics of the epidemiologically dangerous procedures used. The results were recorded in the form of collecting data on the prevalence of infection and risk factors. Quantitative assessment was used to calculate the prevalence of infections and risk factors by forming and then analyzing a database in Epi Info software applications.

Based on the data obtained, we have developed a modular training program for doctors, including the organization of an infection control system in a hospital, standard definitions of the “case” of HAI and preventive measures, the rational use of antimicrobials in surgical departments, perioperative antibiotic prophylaxis, monitoring of the microbial landscape and antibiotic resistance to improve the quality of training, a practical block has been introduced, including analysis of the “Treated case” database, determination of the structure and frequency of development and prediction of cases of HAI with the calculation of risk factors for their occurrence. On a Regular of the safety of medicine al procedures and hospitals, hygiene has been introduced into the practical training. At the final stage, a training module was conducted on the methodology for calculating the needs and forming local applications of AMD, taking into account the studied structure of morbidity, the level of ISMP, the local microbial landscape and the level of antibiotic resistance.

The presented publication reflects the impact of comprehensive measures for continuous training and monitoring of to prevalence of HAI and the level of consumption of antimicrobial drugs of systemic use.

Excel 2013, Excel Query, Excel PIVOT, Epi, and Info were used for data collection and processing.

Results

In our study, the base level of AMD consumption in 2016 was 89.44 DDD/100BD. The structure of con-

Здоровье и общество

sumption was dominated by cephalosporins — 36.73 DDD/100BD, aminoglycosides — 32.56 DDD/100BD, macrolides — 9.68 DDD/100BD (Fig. 1). At the same time, a high proportion of AMD purchase costs was noted — 62.6% of total drug costs, which amounted to 11.394557 som.

A study of point prevalence in 2016 determined the baseline level of which was 18.2%. The highest rate of HAI was recorded in the following departments: intensive care — 35.7%, urology — 31.3%, purulent surgery — 26.1%, the loans west — in the department of eye microsurgery — 5.6% (Table 1).

The UTIs occupy a leading position in the structure of cases of HAI — 49%, ISIA — 22%, upper respiratory tract infections — 9%. At the same time, out of 77 cases of HAI, only 27 patients underwent a microbiological study to determine antibiotic sensitivity.

Of the 423 patients, 300 (70.9%) patients received AMD, 180 (60%) of them for therapy, and 120 (40%) patients for prevention. Thus, the study of point prevalence and the use of ATX/DDD methodology revealed a high incidence of HAI (18.2%) the level of AMD consumption (89.44 DDD/100BD) in high-risk departments.

A comprehensive training and monitoring program implemented siin017 has made it possible to achieve significant success in the practice of using AMD in a hospital, both from the quantitative and qualitative side: to reduce the level of AMD consumption and the share of financial costs for their purchase, to improve the practice of using AMD.

The total level of AMD consumption in 2017 decreased by 33.9%, in 2018 it decreased by 1.8 times compared to 2016 and amounted to 32.3 DDD/100BD. In 2019, the level of AMD consumption amounted to 37.2 DDD/100BD, which is 4.9 DDD/100BD more compared to the previous year, while this indicator is 2.4 times lower compared to 2016 (Table 2).

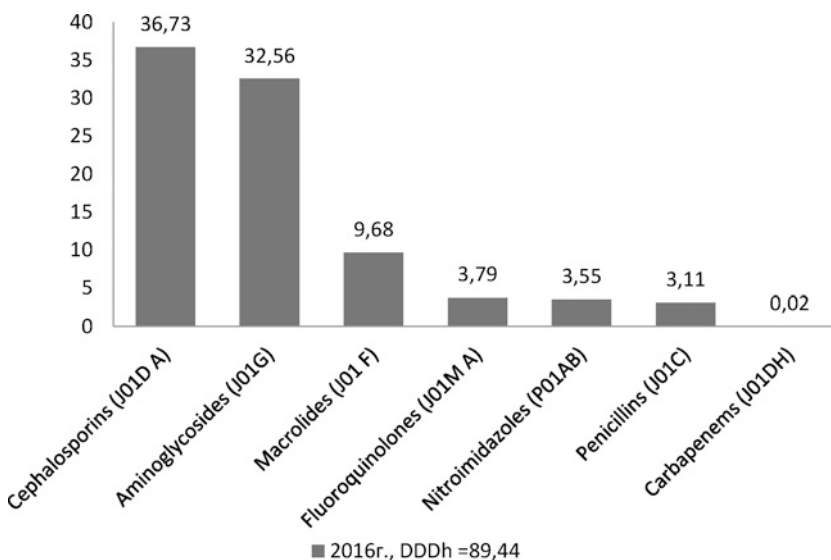


Fig. 1. AMD consumption level (DDD/100BD) for 2016 in surgical departments.

Cephalosporins are the leaders in consumption among all groups of antimicrobials (Fig. 2).

The dynamics of the consumption of cephalosporins, as the leading group of AMD, indicate a tendency to decrease the use of cephalosporins of the third generation — ceftriaxone by 2.9 times, ceftazidime by 1.5 times (Fig. 3). A 12.6-fold increase in the level of cefazolin consumption indicates an active process of implementing protocols of perioperative antibiotic prophylaxis. A slight increase in the consumption of fourth-generation cephalosporin with antisynegin activity — cefepime indicates the introduction of etiisotropictimicrobial therapy into practice.

Table 2

Antimicrobial drug consumption for 2016–2019, DDD/100BD

Name of the group (ATX-group)	2016	2017	2018	2019
Penicillins (J01C)	3.11	12.94	1.07	1.0
Cephalosporins (J01D A)	36.73	21.96	22.77	21.17
Macrolides (J01 F)	9.68	11.88	1.59	0.98
Fluoroquinolones (J01M A)	3.79	7.74	4.4	9.99
Nitroimidazoles (P01AB)	3.55	2.18	0.94	2.74
Aminoglycosides (J01G)	32.56	2.18	1.25	1.03
Carbapenems (J01DH)	0.02	0.14	0.1	0.22
Glycopeptides (J01XA)	0	0.094	0.074	0.093
Lincosamides (J01FF)	0	0.042	0	0
Linezolid (J01XX08)	0	0	0.001	0
Nitrofurantoin (J01XE)	0	0	1.4	0
Tetracyclines (J01A)	0	0	0.12	0
Consumption, DDD/100BD	89.44	59.15	33.59	37.22
Expenditure per AMD, som	29,665,493.14	10,897,648.89	7,351,133.22	11,050,041.91

Table 1

Results of the basic study of point prevalence, 2016

Departments	Number of patients	HAI		Acquired infections outside the hospital	
		Absolute number	%	Absolute number	%
Surgery of the face and otolaryngology	50	10	20,0	15	30,0
Urologic	112	35	31,3	25	22,3
Neurosurgical	88	12	13,6	1	1,1
Vascular surgery and microsurgery	47	3	6,4	3	6,4
Purulent surgery	23	6	26,1	13	56,5
General surgery	35	3	8,6	2	5,7
Ophthalmology	54	3	5,6	2	3,7
Intensive Care unit	14	5	35,7	5	35,7
Total...	423	77	18,2	66	15,6

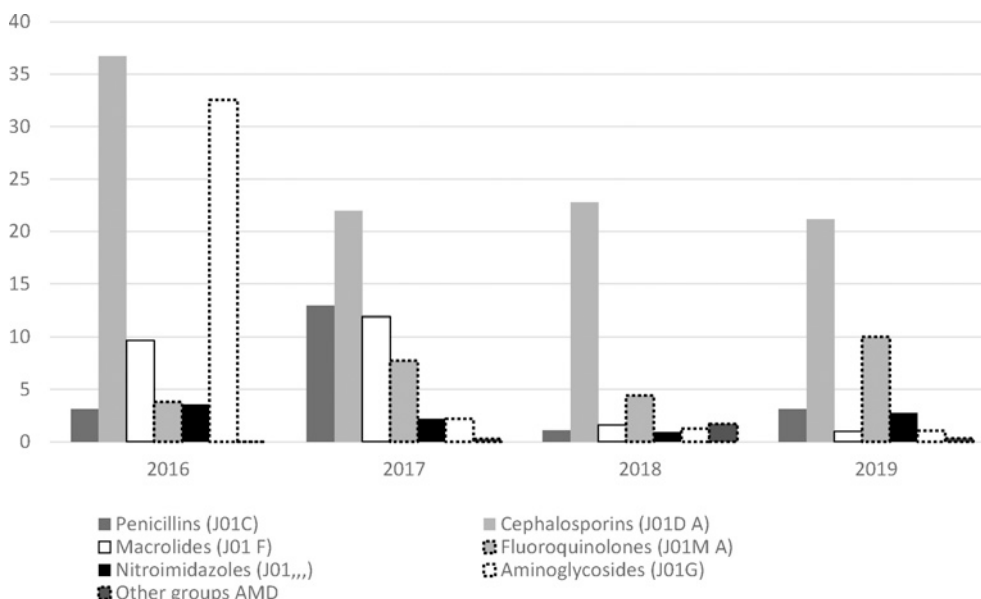


Fig. 2. DDD/100BD dynamics for a group of major AMD groups for the period 2016–2019.

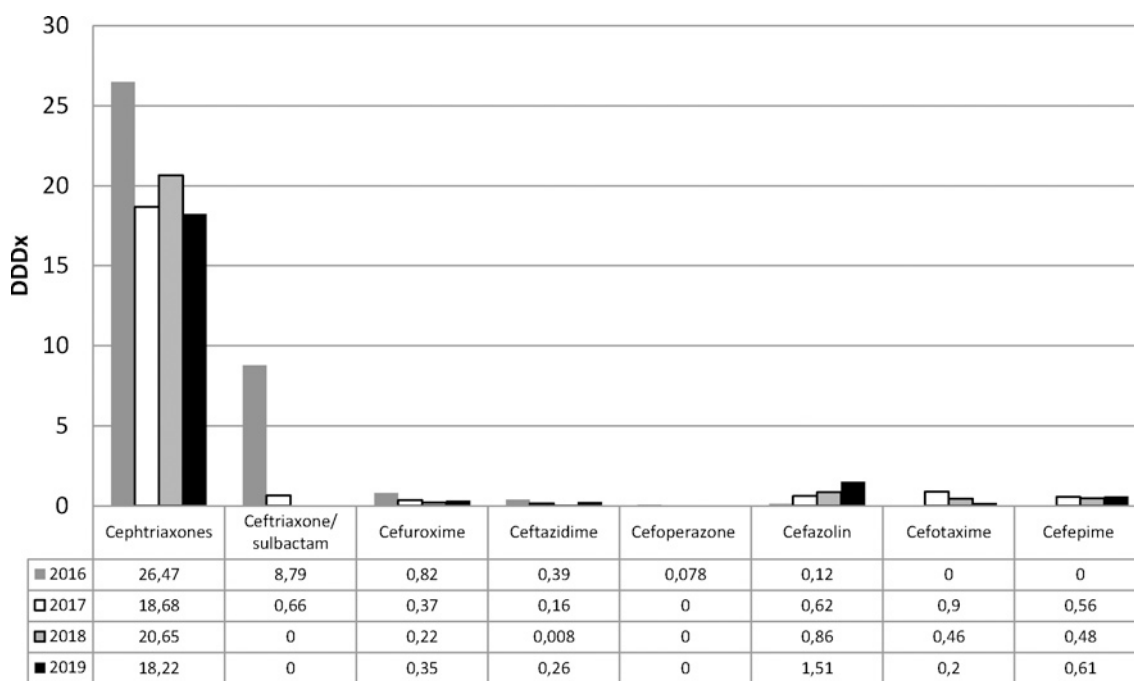


Fig. 3. Dynamics of consumption of DDD/100BD of the cephalosporin group for the period 2016–2019.

Reduction of consumption of AMD group of macrolides by 9.9 times: The DDD/100BD of azithromycin in 2019 decreased by 12.6 times compared to the base-

Table 3

Consumption of macrolide group antibacterial agents (J01F), DDD/100BD, 2016–2019

Name of the medicinal product (international nonproprietary name)	2016	2017	2018	2019
Roxithromycin	1.3	1.7	0.09	0.00
Azithromycin	3.68	5.9	0.65	0.29
Clarithromycin	4.7	4.28	0.85	0.69
Total...	9.68	11.88	1.59	0.98

line, and clarithromycin by 6.8 class is presented in Table 3.

As can be seen from Table 4, in the penicillin group in 2017 there was a sharp rise in DDD/100BD from 3.11 to 12.94, in subsequent years there was a decrease in the level of consumption, in general, DDD/100BD decreased by 3.1 times by 2019.

During the 4 years of implementation of training and monitoring programs in high-risk departments, AMD (DDD/100BD) consumption was reduced by 2.4 times, while AMD costs decreased by 2.7 times (Table 4).

The statistical performance of the hospital is shown in Table 5, which shows a decrease in the incidence of healthcare-associated infection from 18.2% to 12.1%;

Table 4

Consumption of antibacterial agents of the penicillin group (J01C), DDD/100BD, 2016–2019

Name of the medicinal product (international nonproprietary name)	2016	2017	2018	2019
Ampicillin/sulbactam	0.047	0.850	0.166	0.2
Amoxicillin/Clavulanic acid	0.008	0.670	0.12	0.1
Ampicillin	0.442	1.350	0.12	0.1
Amoxicillin	0.447	2.340	0.114	0.06
Benzylpenicillin	2.166	7.730	0.52	0.54
Total...	3.11	12.94	1.04	1.0

Table 5

The frequency of development of healthcare-associated infections in the hospital, 2016–2019

Name	2016	2017	2018	2019
Number of discharged patients	17,226	18,001	18,220	19,021
Healthcare-associated infections, %	18.2	17.8	14.4	12.1
Urinary tract infections, %	9.0	7.8	6.8	6.0
Surgical site infections, %	4.5	4.0	4.2	4.1
Other healthcare-associated infections, %	4.7	6.0	3.4	2.0
Number of microbiological studies	452	675	757	986

the incidence of urinary tract infection from 9% to 6% over 4 years.

Discussion

The leaders of AMD consumption in our study, as in many healthcare organizations in Belarus and Russia, were cephalosporins, mainly ceftriaxone, and its basic consumption level was 29.6% of all AMD. Reducing consumption from 26.47 to 18.22 DDD/100BD will reduce the risk of selection of polyresistant microorganisms, primarily vancomycin-resistant enterococci.

A high baseline level of macrolide consumption was noted at -9.68 at DDD/100BD, which is more than 5 times higher than the identical indicator for Russia in 2010 (1.9 Bp). At the same time, over 4 years, the measures implemented by us allowed us to reduce the above indicator to 0.98 DDD/100BD mainly due to azithromycin, roxithromycin, and claroxithromycin, which is comparable with rational practices of using AMD.

A 32-fold decrease in the consumption of aminoglycosides due to gentamicin was noted as a rational indicator. A slight increase in amikacin consumption by 0.54 DDD/100BD is associated with the introduction into the practice of methods of epidemiological surveillance of HAI and active bacteriological support for nosocomial infections.

Consumption rates of AMD groups of carbapenems (0.22 DDD/100BD) and glycopeptides (0.093 DDD/100BD) are comparatively lower than identical indicators of other countries.

The level of consumption of fluoroquinolones of 9.99 DDD/100BD in 2019 is comparable with identical indicators of healthcare institutions in other countries, however, the increase in consumption from 3.39 to 9.99 DDD/100BD due to ciprofloxacin, levofloxacin, and moxifloxacin, and is also associated with the introduction of methods for detecting nosocomial infections and bacteriological support.

Conclusions

From 2016 to 2019, a group of specialists of the Quality Committee developed and implemented in the practice of high-risk departments (surgical and intensive care units) a training and monitoring program for the rational use of AMD and the level of prevalence of HAI by the method of point prevalence.

The implementation of comprehensive training and monitoring programs at the hospital level allowed to reduce the total consumption of DDD/100BD AMP by 2.4 times, mainly due to third-generation cephalosporins, aminoglycosides, macrolides, which reduced the number financial costs for their purchase by 2.7 times.

The introduction of the point prevalence method allowed reducing in the prevalence of HAI in high-risk departments by 6.1%, UTI by 3%, and ISIA by 0.4%.

An increase in the consumption of cephalosporins of the first generation is associated with the widespread introduction into the practice of protocols for perioperative antibiotic prophylaxis. The active introduction of isotropic antibiotic therapy is associated with an increase in the number of microbiological studies, and, as a result, a moderate increase in the consumption of AMD in the Watch group.

When developing and implementing training and monitoring programs, an integrated approach is needed, taking into account the specifics of a particular healthcare organization and the conditions of multidisciplinary interaction. In this connection, further research is needed to study the use and implementation of rational practices for the use of antimicrobial drugs, the prevention of the occurrence of HAI, and the containment of the growth of antibiotic resistance.

REFERENCES

1. WHO Report on Surveillance of Antibiotic Consumption: 2016–2018 Early Implementation, 2019; World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2019. Available at: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/who-amr-amc-report-20181109.pdf (accessed 2021 Jun 30).
2. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index; 2017. Available at: <https://www.fhi.no/en/hn/drug/who-collaborating-centre-for-drug-statistics-methodology/> (accessed 2021 May 30).
3. The State of the World's Antibiotics Report in 2021. A Global Analysis of Antimicrobial Resistance and Its Drivers. The Center for Disease Dynamics, Economics & Policy (CDDEP), Inc. 2021. Available at: <https://cddep.org/blog/posts/the-state-of-the-worlds-antibiotics-report-in-2021/> (accessed 2021 Apr 30).
4. Integrated surveillance of antimicrobial resistance in foodborne bacteria. World Health Organization; 2013. Available at: www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/91778/1/9789241506311_eng.pdf (accessed 2021 Apr 30).
5. Gomon Yu. M., Kurylev A. A., Kolbin A. S. Analysis of consumption of antibacterial drugs for systemic use in hospitals in St. Petersburg in 2014–2015. *J. Infectol.* 2018;10(3):115–23.
6. Klein E. Y., Van Boeckeld T. P., Martinez E. M., Panta S., Gandraa S., Simon A. L., et al. Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015. *PNAS.* 2018;115(15):E3463–E3470.
7. WHO Model List of Essential Medicines: WHO AWaRe Classification Database of Antibiotics; 2019. Available at: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists> (accessed 2021 May 30).
8. Ziganshina L. E., Magsumova D. R., Kuchayeva A. V., Pikuza O. I., Gerasimov V. B., Yavorsky A. B. ATC/DDD — classification system

- in pharmacoepidemiological studies. Qualitative clinical practice. 2004;1:28–33. Available at: https://www.clinvest.ru/jour/article/view/388?locale=ru_RU
9. The list of vital medicines of Kyrgyzstan. Bishkek; 2018. 274 p. Available at: http://www.pharm.kg/ru/live_important/ (accessed 2021 Jun 30).
 10. Klein E. Y., Milkowska-Shibata M., Tseng K. K., Sharland M., Gandra S., Pulcini C., et al. Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data. *Lancet Infect Dis.* 2021 Jan;21(1):107–15. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30332-7
 11. Sharland M., Pulcini C., Harbarth S., Zeng M., Gandra S., Mathur S., et al. Classifying antibiotics in the WHO Essential Medicines List for optimal use-be AWARe. *Lancet Infect. Dis.* 2018;18(1):18–20. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30724-7
 12. Белевитин А. Б., Фесюн А. Д., Божечко А. А., Сухонос Ю. А., Федосеев В. М. Современные взгляды на медицинскую реабилитацию лиц опасных профессий. Медицина катастроф. 2011. №2 (74). С.14–17
- Поступила 18.08.2022
Принята в печать 31.10.2022
- #### REFERENCES
1. WHO Report on Surveillance of Antibiotic Consumption: 2016–2018 Early Implementation, 2019; World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2019. Available at: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/who-amr-amc-report-20181109.pdf (accessed 2021 Jun 30).
 2. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index; 2017. Available at: <https://www.fhi.no/en/hn/drug/who-collaborating-centre-for-drug-statistics-methodology/> (accessed 2021 May 30).
 3. The State of the World's Antibiotics Report in 2021. A Global Analysis of Antimicrobial Resistance and Its Drivers. The Center for Disease Dynamics, Economics & Policy (CDDEP), Inc. 2021. Available at: <https://cddep.org/blog/posts/the-state-of-the-worlds-antibiotics-report-in-2021/> (accessed 2021 Apr 30).
 4. Integrated surveillance of antimicrobial resistance in foodborne bacteria. World Health Organization; 2013. Available at: www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/91778/1/9789241506311_eng.pdf (accessed 2021 Apr 30).
 5. Gomon Yu. M., Kurylev A. A., Kolbin A. S. Analysis of consumption of antibacterial drugs for systemic use in hospitals in St. Petersburg in 2014–2015. *J. Infectol.* 2018;10(3):115–23.
 6. Klein E. Y., Van Boeckeld T. P., Martinez E. M., Panta S., Gandra S., Simon A. L., et al. Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015. *PNAS.* 2018;115(15):E3463–E3470.
 7. WHO Model List of Essential Medicines: WHO AWARe Classification Database of Antibiotics; 2019. Available at: <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists> (accessed 2021 May 30).
 8. Ziganshina L. E., Magsumova D. R., Kuchaeva A. V., Pikuza O. I., Gerasimov V. B., Yavorsky A. B. ATC/DDD — classification system in pharmacoepidemiological studies. Qualitative clinical practice. 2004;1:28–33. Available at: https://www.clinvest.ru/jour/article/view/388?locale=ru_RU
 9. The list of vital medicines of Kyrgyzstan. Bishkek; 2018. 274 p. Available at: http://www.pharm.kg/ru/live_important/ (accessed 2021 Jun 30).
 10. Klein E. Y., Milkowska-Shibata M., Tseng K. K., Sharland M., Gandra S., Pulcini C., et al. Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data. *Lancet Infect Dis.* 2021 Jan;21(1):107–15. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30332-7
 11. Sharland M., Pulcini C., Harbarth S., Zeng M., Gandra S., Mathur S., et al. Classifying antibiotics in the WHO Essential Medicines List for optimal use-be AWARe. *Lancet Infect. Dis.* 2018;18(1):18–20. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30724-7
 12. Belevitin A. B., Fesyun A. D., Bozhko A. A., Sukhonos Yu. A., Fedoseev V. M. Modern views on medical rehabilitation of persons of dangerous professions. *Disaster Medicine.* 2011. No.2 (74). pp. 14–17

Хабриев Р. У., Коломийченко М. Е.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

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

В рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. сформулированы цели, направленные на повышение качества жизни людей во всем мире. В частности, сформулирована задача обеспечить всеобщий охват населения услугами здравоохранения. Однако в документе Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций от 2019 г. отмечено, что «по меньшей мере половина населения мира не имеет доступа к основным медицинским услугам». В ходе настоящего исследования разработана методика, позволяющая провести комплексный сравнительный анализ значений отдельных показателей общественного здоровья с величиной расходов населения на оплату лекарственных средств, подтвердить возможность использования данных показателей в мониторинге здоровья населения с возможностью международных сопоставлений. В ходе исследования продемонстрирована обратная зависимость между долей средств граждан на оплату лекарственных средств, индексом всеобщего охвата услугами здравоохранения и ожидаемой продолжительностью жизни, а также определена устойчивая прямая взаимосвязь с такими показателями, как общий коэффициент смертности от неинфекционных заболеваний и вероятность умереть в возрасте 30–70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний.

Ключевые слова: качество медицинской помощи; доступность медицинской помощи; лекарственное обеспечение; всеобщий охват услугами здравоохранения; коэффициент смертности; ожидаемая продолжительность жизни; мониторинг; общественное здоровье.

Для цитирования: Хабриев Р. У., Коломийченко М. Е. Лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях и интегральные оценки общественного здоровья. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):11–15. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-11-15>

Для корреспонденции: Коломийченко Мария Евгеньевна, научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: m.kolomiychenko@nrph.ru

Khabriev R. U., Kolomiychenko M. E.

THE MEDICINAL SUPPORT IN AMBULATORY CONDITIONS AND THE INTEGRAL ESTIMATES OF PUBLIC HEALTH

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

Within the framework of the 2030 Agenda for Sustainable Development, goals were formulated, including those targeting to improve quality of life of people all around the world. The task was formulated to ensure universal coverage of health services. In 2019, the United Nations General Assembly noted that at least half of world's population have no access to basic health services. The study developed methodology to carry out comprehensive comparative analysis of values of individual public health indicators and amount of population payments for medications to confirm possibility of applying these indicators to monitor public health, including possibility of international comparisons. The study demonstrated inverse relationship between share of citizens' funds to pay for medications, index of universal health coverage and life expectancy. The stable direct relationship between such indicators as overall mortality rate from non-communicable diseases and likelihood of dying at the age of 30–70 years from any of cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases.

Keywords: medical care; quality; accessibility; drug provision; universal health coverage; mortality rate; life expectancy; monitoring; public health.

For citation: Khabriev R. U., Kolomiychenko M. E. The medicinal support in ambulatory conditions and the integral estimates of public health. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):11–15 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-11-15>

For correspondence: Kolomiychenko M. E., candidate of medical sciences, the Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: m.kolomiychenko@nrph.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.08.2022
Accepted 31.10.2022

Введение

В рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.¹ в 2015 г. были сформулированы цели, направленные в том числе на повышение качества жизни людей во всем мире. Так, в

цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» сформулирована следующая задача (3.8): «Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех».

¹ Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/70/1, принятая 25 сентября 2015 г.

С целью мониторинга всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) был разработан интегральный показатель, представляющий собой индекс, который учитывает значения показателей, сгруппированных по четырем компонентам: репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей; инфекционные заболевания; неинфекционные заболевания (НИЗ); доступность услуг [1, 2].

В Резолюции², принятой в 2019 г. Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций, отмечено, что «по меньшей мере половина населения мира не имеет доступа к основным медицинским услугам».

Наряду с данным показателем в рамках мониторинга достижения целей устойчивого развития в области обеспечения здоровья анализируются и другие показатели: ожидаемая продолжительность жизни (при рождении и в возрасте 60 лет); вероятность умереть в возрасте от 30 до 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний; общий коэффициент смертности от НИЗ и др.

Следует отметить, что «увеличение ожидаемой продолжительности жизни, снижение смертности, а также повышение качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения» обозначены среди целей государственной политики в сфере сбережения народа нашей страны³.

Представляют интерес международные сравнения обозначенных интегральных показателей общественного здоровья, которые в научных публикациях не встречаются.

Цель исследования — провести комплексный сравнительный анализ интегральных показателей общественного здоровья с величиной затрат населения на оплату лекарственных средств при лечении в амбулаторных условиях, подтвердить возможность использования данных показателей в мониторинге здоровья населения с возможностью международных сопоставлений.

Материалы и методы

Исследование осуществлено в рамках плановой темы НИР «Научное сопровождение мониторинга здоровья населения Российской Федерации, среднесрочный прогноз и разработка стратегических направлений формирования общественного здоровья». Источниками информации служили нормативные правовые акты, научные публикации, статистические данные [3—7]. Использован комплекс методов, включающий изучение и обобщение опыта, группу аналитических методов, метод монографического описания, метод моделирования.

² Пункт 12а Резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/74/2, принятой 10 октября 2019 г.

³ Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/401425792> (дата обращения 15.08.2022).

На *первом этапе* настоящего исследования были взяты результаты изучения расходов на различные фармацевтические препараты в разных странах [3, 4]. Страны были ранжированы по доле средств населения на оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении от общих расходов на различные фармацевтические препараты на следующие группы:

- группа 1 — с долей платежей граждан <30%;
- группа 2 — с долей платежей граждан в диапазоне от 30 до 49%;
- группа 3 — с долей платежей граждан в диапазоне от 50 до 70%;
- группа 4 — с долей платежей граждан >70%.

На *втором этапе* исследования были изучены методики формирования и расчета следующих показателей общественного здоровья:

- индекс ВОУЗ [1, 2];
- общий коэффициент смертности от НИЗ, стандартизованный по возрасту [7, 8];
- вероятность умереть в возрасте от 30 до 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний [7, 8];
- ожидаемая продолжительность жизни при рождении [7, 9];
- ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет [7, 9].

На *третьем этапе* исследования для стран, обозначенных на первом этапе, определены значения показателей общественного здоровья, выделенных на втором этапе исследования, после чего было определено среднее значение каждого из показателей для каждой из сформированных групп.

На *четвертом этапе* исследования проведен анализ доли средств населения на оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении и значений выделенных показателей общественного здоровья в сформированных группах (группы 1—4).

Результаты исследования

По доле средств населения на оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении от общих расходов на различные фармацевтические препараты в 2019 г. (или ближайшем к нему году) были сформированы следующие группы⁴:

- группа 1 — доля платежей граждан <30% (Франция, Германия, Ирландия, Республика Словения, Республика Хорватия, Швейцарская Конфедерация, Япония, Канада, Великое герцогство Люксембург, Соединенные Штаты Америки, Австрийская Республика);
- группа 2 — с долей платежей граждан в диапазоне от 30 до 49% (Королевство Испания, Сло-

⁴ Страны в каждой группе приведены по возрастанию значения рассматриваемого показателя; названия стран приведены в соответствии с Большой российской энциклопедией: Большая российская энциклопедия. Электронная версия (2017). Режим доступа: <https://bigenc.ru> (дата обращения 15.08.2022).

Здоровье и общество

вацкая Республика, Нидерланды, Королевство Бельгия, Итальянская Республика, Республика Корея, Финляндская Республика, Королевство Дания, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (Великобритания), Португальская Республика, Королевство Швеция, Чешская Республика, Эстонская Республика, Королевство Норвегия, Греческая Республика, Венгерская Республика, Австралийский Союз);

- группа 3 — с долей платежей граждан в диапазоне от 50 до 70% (Румыния, Литовская Республика, Республика Исландия, Латвийская Республика, Республика Польша);
- группа 4 — с долей платежей граждан >70% (Республика Болгария, Российская Федерация, Республика Коста-Рика).

В настоящем исследовании использованы показатели общественного здоровья, рассчитанные по описанным ниже методикам.

1. Индекс ВОУЗ — индекс (по безразмерной шкале от 0 до 100), который рассчитывается как среднее значение контрольных показателей, сгруппированных по четырем компонентам: репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей (планирование семьи, беременность и роды, иммунизация детей и лечение детей); инфекционные заболевания (туберкулез, ВИЧ/СПИД, малярия); НИЗ (артериальная гипертензия, сахарный диабет, распространенность курения); доступность услуг (обеспеченность населения койками и медицинскими работниками, безопасность в области здравоохранения).

2. Общий коэффициент смертности от НИЗ, стандартизованный по возрасту (на 100 тыс. населения), — средневзвешенное значение повозрастных коэффициентов смертности на 100 тыс. населения, где вес представляет собой долю лиц в соответствующих возрастных группах.

3. Вероятность умереть в возрасте от 30 до 70 лет от любого из сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний (в процентах; далее — риск преждевременной смерти от целевых НИЗ) — доля людей в возрасте 30 лет, которые умерли бы до своего 70-летия от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний при условии, что они будут сталкиваться с текущими уровнями смертности и не будут умирать от какой-либо другой причины, например инфекционных заболеваний или травм. Вероятность смерти в возрасте от 30 до 70 лет рассчитывается с использованием коэффициентов смертности от конкретных причин в каждой 5-летней возрастной группе и стандартных методов построения таблицы дожития.

4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ при рождении) — среднее количество лет, которое мог бы прожить новорожденный, если бы жил в условиях половых и возрастных коэффициентов смертности, соответствующих

Значения показателей общественного здоровья в 2019 г. в отдельных странах мира

Группа/страна	ВОУЗ	Коэффициент смертности от НИЗ, на 100 тыс. населения	Риск преждевременной смерти от целевых НИЗ, %	ОПЖ при рождении, годы	ОПЖ 60 лет, годы
Франция	84,0	290,1	10,6	82,5	25,3
Германия	86,0	329,3	12,1	81,7	24,4
Ирландия	83,0	326,8	9,7	81,8	24,2
Словения	80,0	339,8	11,4	81,3	23,8
Хорватия	73,0	443,7	16,1	78,6	21,8
Швейцария	87,0	269,6	7,9	83,4	25,4
Япония	85,0	235,4	8,3	84,3	26,3
Канада	89,0	301,3	9,6	82,2	25,1
Люксембург	86,0	303,1	9,7	82,4	24,4
США	83,0	407,9	13,6	78,5	23,1
Австрия	82,0	329,4	10,4	81,6	24,1
Среднее значение в группе 1	83,5	325,1	10,9	81,7	24,4
Испания	86,0	282,1	9,6	83,2	25,4
Словакия	77,0	441,8	15,5	78,2	21,8
Нидерланды	86,0	319,9	10,3	83,1	24,1
Бельгия	85,0	319,5	10,6	81,4	24,0
Италия	83,0	289,1	9,0	83,0	25,0
Корея	87,0	237,1	7,3	83,3	25,8
Финляндия	83,0	334,3	9,6	81,6	24,2
Дания	85,0	342,9	10,8	81,3	23,6
Великобритания	88,0	329,9	10,3	81,4	24,1
Португалия	84,0	317,6	11,0	81,6	24,3
Швеция	87,0	300,5	8,4	82,4	24,5
Чехия	78,0	416,8	14,3	79,1	22,1
Эстония	78,0	426,5	14,9	78,9	22,5
Норвегия	86,0	291,3	8,7	82,6	24,7
Греция	78,0	329	12,5	81,1	23,8
Венгрия	73,0	554,4	22,1	76,4	20,2
Австралия	87,0	278,5	8,6	83,0	25,6
Среднее значение в группе 2	83,0	341,8	11,4	81,3	23,9
Румыния	71,0	555,3	21,0	75,6	20,2
Литва	70,0	525	19,3	76,0	20,9
Исландия	87,0	304,9	8,7	82,3	24,6
Латвия	72,0	558,7	21,6	75,4	20,5
Польша	74,0	441,6	17,0	78,3	22,1
Среднее значение в группе 3	74,8	477,1	17,5	77,5	21,7
Болгария	70,0	616,5	24,2	75,1	19,8
Россия	75,0	619,5	24,2	73,2	19,9
Коста-Рика	78,0	309,2	9,5	80,8	25,0
Среднее значение в группе 4	74,3	515,1	19,3	76,4	21,6

Примечание. В таблице приведены сокращенные названия стран в соответствии с Большой российской энциклопедией: Большая российская энциклопедия. Электронная версия (2017). Режим доступа: <https://bigenc.ru> (дата обращения 15.08.2022).

году рождения (для определенного года, в данной стране, территории или географическом районе); показатель отражает общий уровень смертности населения, обобщает ее структуру, рассчитывается из таблиц смертности и основывается на коэффициентах смертности в разбивке по полу и возрасту.

5. ОПЖ в возрасте 60 лет — среднее количество лет, которое мог бы прожить человек 60 лет, если бы жил в условиях половых и возрастных коэффициентов

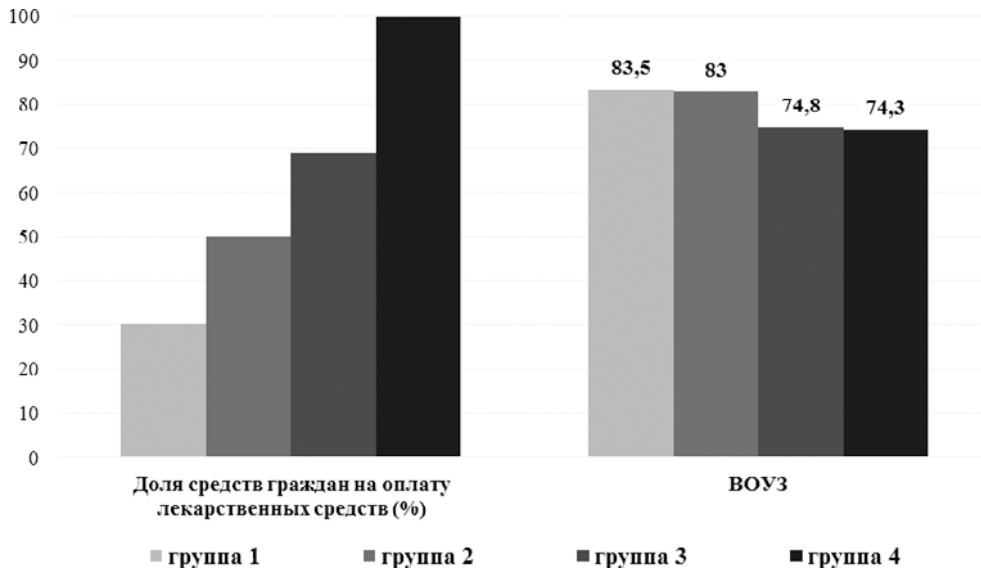


Рис. 1. Сопоставление доли средств граждан на оплату лекарственных средств и индекса ВОУЗ.

тов смертности, соответствующих году наступления 60-летнего возраста (для определенного года, в данной стране, территории или географическом районе); показатель отражает общий уровень смертности населения старше 60 лет, обобщает ее структуру, рассчитывается из таблиц смертности и основывается на коэффициентах смертности в разбивке по полу и возрасту.

В настоящем исследовании для определения значений показателей общественного здоровья для стран, входящих в обозначенные четыре группы, были использованы различные источники статистических данных [5—7]. Полученные сведения представлены в таблице.

Обсуждение

При сопоставлении доли средств граждан на оплату лекарственных средств и ВОУЗ выявлена обратная зависимость (рис. 1).

В ходе исследования определена прямая взаимосвязь между долей средств граждан на оплату лекарственных средств, риском преждевременной смерти от целевых НИЗ и коэффициентом смертности от НИЗ (рис. 2), что представляется совершенно логичным при условии снижения охвата услугами здравоохранения в странах с высокой долей средств граждан при оплате лекарств.

Обратная зависимость выявлена и при сопоставлении доли средств граждан на оплату лекарствен-

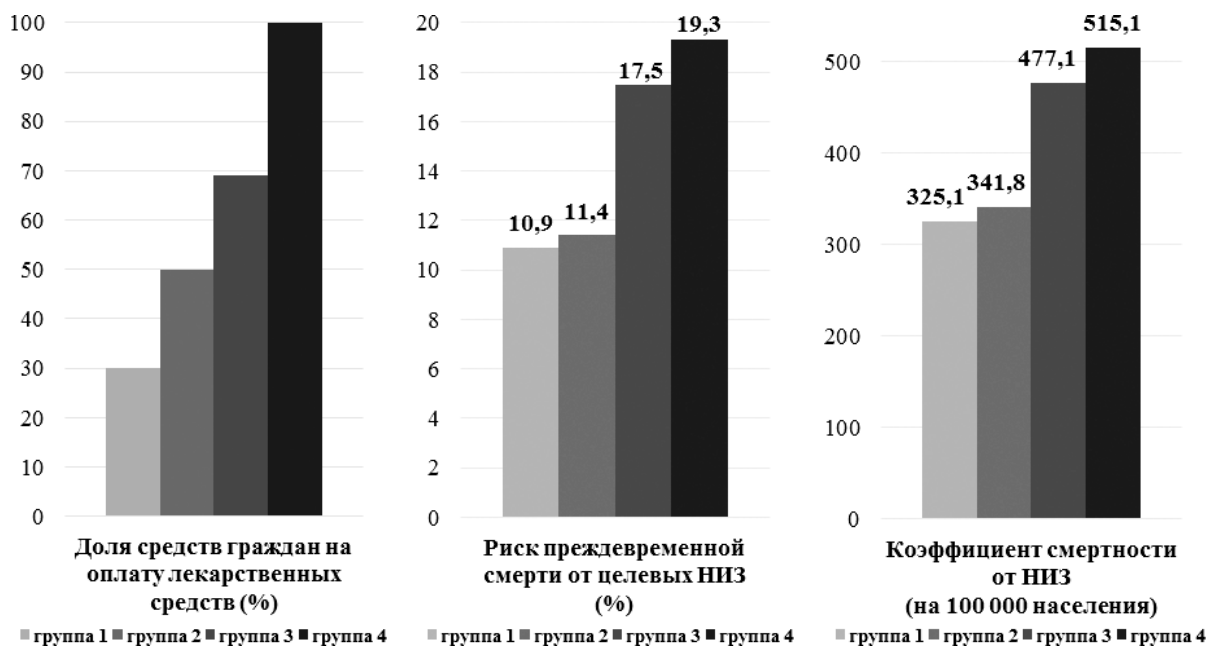


Рис. 2. Сопоставление доли средств граждан на оплату лекарственных средств, риска преждевременной смерти от целевых НИЗ и коэффициента смертности от НИЗ.

Здоровье и общество

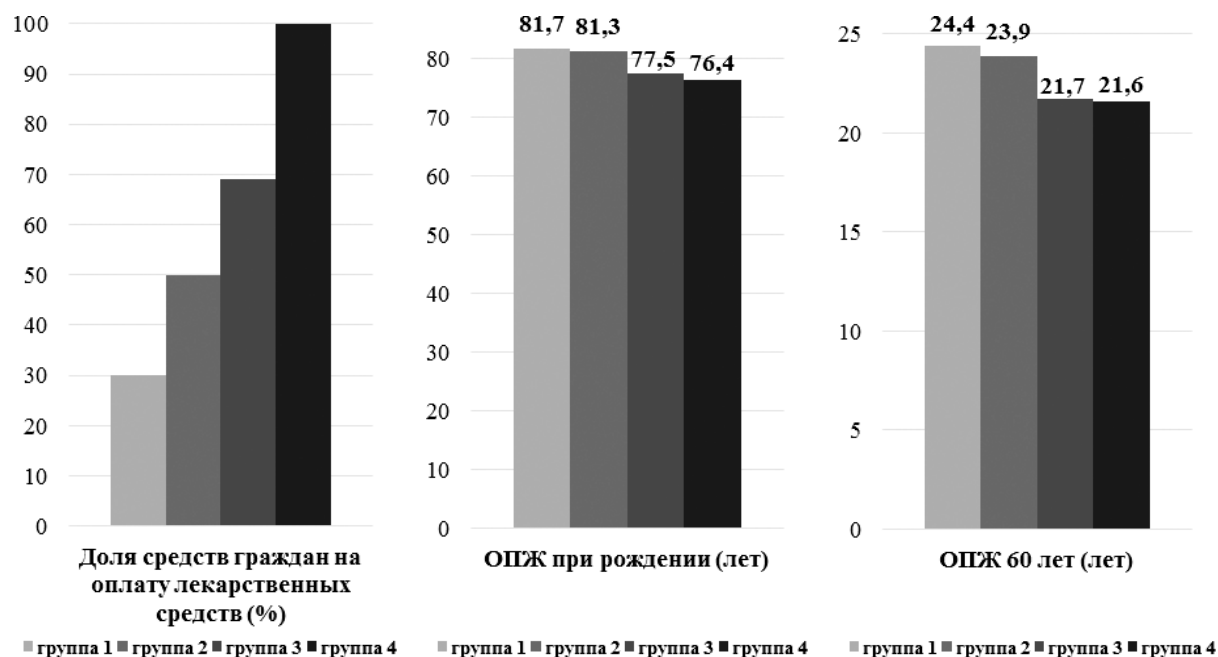


Рис. 3. Сопоставление доли средств граждан на оплату лекарственных средств и ОПЖ.

ных средств и ОПЖ (как при рождении, так и в возрасте 60 лет; рис. 3), что не вызывает сомнений при условии снижения охвата услугами здравоохранения и возрастающей смертности от НИЗ.

Обращают на себя внимание сопоставимые значения рассматриваемых показателей общественного здоровья в группах 1, 2 и группах 3, 4.

Заключение

Проведенное исследование позволило, с одной стороны, выделить ряд интегральных показателей общественного здоровья и изучить методику их формирования и расчета, с другой — провести комплексный сравнительный анализ данных показателей с величиной платежей населения на оплату лекарственных средств, подтвердить возможность использования данных показателей в мониторинге здоровья населения с возможностью международных сопоставлений. В ходе исследования продемонстрирована устойчивая обратная зависимость между долей средств граждан на оплату лекарственных средств, индексом ВОУЗ и ОПЖ, а также определена устойчивая прямая взаимосвязь с такими показателями, как коэффициент смертности от НИЗ и риск преждевременной смерти от целевых НИЗ.

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2021.

3. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD/European Union: OECD Publishing, Paris: 2020. doi: 10.1787/82129230-en
4. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD: OECD Publishing, Paris: 2021. doi: 10.1787/ae3016b9-en
5. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022.
7. The global health observatory. Available at: <https://www.who.int/data/gho>
8. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020.
9. WHO methods and data sources for life tables 1990–2019. Geneva: World Health Organization; 2020.

Поступила 18.08.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD/European Union: OECD Publishing, Paris: 2020. doi: 10.1787/82129230-en
4. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD: OECD Publishing, Paris: 2021. doi: 10.1787/ae3016b9-en
5. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022.
7. The global health observatory. Available at: <https://www.who.int/data/gho>
8. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020.
9. WHO methods and data sources for life tables 1990–2019. Geneva: World Health Organization; 2020.

© КОМАРОВ И. А., 2022
УДК 614.2

Комаров И. А.

**РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОРФАННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ: МЕСТО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

Редкие заболевания представляют собой особую группу болезней, которые характеризуются не только относительно малой распространенностью среди населения, но и сложностью при оказании медицинской помощи пациентам. Регулированию вопросов оказания медицинской помощи в данном случае отводится особое место в здравоохранении. Уникальность редких болезней требует разработки специальных нормативно-правовых актов, определений и подходов к лечению. Одним из таких подходов является применение орфанных лекарственных препаратов, которые также уникальны, сложны для разработки, для использования которых необходимо особое законодательное регулирование. В настоящей статье представлены терминология, существующая в законодательной базе российского здравоохранения, определены специальные перечни, в которые включены редкие заболевания и орфанные лекарственные препараты. Предложены направления по совершенствованию действующей терминологии и нормативно-правового регулирования.

К л ю ч е в ы е с л о в а : общественное здоровье; здравоохранение; редкие заболевания; орфанные лекарственные препараты; перечень; медицинская помощь; пациент; законодательство; нормативно-правовое регулирование.

Для цитирования: Комаров И. А. Редкие заболевания и орфанные лекарственные препараты: место в здравоохранении Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):16—19. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-16-19>

Для корреспонденции: Комаров Илья Александрович, канд. фарм. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: iliya_komarov@mail.ru

Komarov I. A.

**THE RARE DISEASES AND ORPHAN MEDICATIONS: PLACEMENT IN HEALTH CARE OF THE RUSSIAN
FEDERATION**

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

The rare diseases are characterized both by relatively small prevalence in population and complexity of medical care support of patients. In this particular case, the legal regulation of medical care takes its particular placement in health care. The uniqueness of rare diseases requires development of special normative legal acts, definitions and treating approaches. One of such approaches are orphan drugs that also are unique, complicated in development and require special legislative regulation. The article presents corresponding legislative terminology in modern Russian health care, actual listings of rare diseases and orphan drugs. The directions to improve current terminology and normative legal regulation are proposed.

К е y o r d s : public health; health care; rare diseases; orphan drugs; listing; medical care; patient; legislation; normative legal regulation.

For citation: Komarov I. A. The rare diseases and orphan medications: Placement in health care of the Russian Federation. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):16—19 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-16-19>

For correspondence: Komarov I. A., candidate of pharmaceutical sciences, the Senior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: iliya_komarov@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 14.07.2022

Accepted 31.10.2022

Специфика редких заболеваний диктует необходимость разработки специальных нормативно-правовых актов, определений и подходов к лечению пациентов. Применение орфанных лекарственных препаратов, для разработки и использования которых необходимо особое законодательное регулирование, является одним из таких подходов [1, 2].

При изучении терминологии, которая существует в отношении редких заболеваний в российском законодательстве, прежде всего необходимо отметить, что Федеральном законе № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федера-

ции»¹ дано определение редких болезней. Главный критерий, согласно которому болезни могут быть отнесены к данной категории, — это распространенность, составляющая не более 10 случаев заболевания на 100 тыс. населения. Определение орфанных лекарственных препаратов дано в Федеральном законе № 61 «Об обращении лекарственных средств». В соответствии с принятым термином такими препаратами являются те, которые предназначены для

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 48. Ст. 6724.

Заболевание / группа по МКБ-10	Синонимы и названия редких болезней, принятые в русскоязычной литературе и справочниках, входящие в данную группу	Нозологическая форма/группа болезней	Категория	Код по МКБ-10
Кандидоз кожи и ногтей	Хронический слизистый кандидоз (Дефицит CARD9, дефицит IL17F, дефицит IL17RA)	группа	Грибозы кожи и подкожной клетчатки	B37.2
Зигомикоз	Зигомикоз, мукормикоз	группа	Микозы	B46.0-B46.9
Солитарные опухоли со слияниями генов NTRK	Опухоли содержащие химерный белок TRK	группа	новообразования	C00-C80
ЗНО губы	Рак губы	нозологическая форма	новообразования	C00
ЗНО полости рта	Рак полости рта, рак языка, рак слизистой оболочки щеки, рак слизистой оболочки твердого неба, рак слизистой альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти, опухоли больших слюнных желез, рак миндалин	группа	новообразования	C01-09

Фрагмент Перечня редких заболеваний.

диагностики или лечения именно редких (орфанных) заболеваний².

Чтобы определить, является ли лекарственный препарат орфанным, необходимо зайти на Государственный реестр лекарственных средств³. Далее в поисковой строке необходимо ввести название лекарственного препарата и выбрать его из выпадающего списка, а затем перейти в саму строку с названием препарата и данными о его регистрации. Откроется соответствующее окно с более подробной информацией о препарате, и в заключительном разделе будет отметка «дата принятия решения возможности рассматривать лекарственный препарат как орфанный» с соответствующей датой, если данный лекарственный препарат признан орфанным. Доступ на данный портал свободный, никаких действий, связанных с регистрацией, не требуется.

Статус орфанного лекарственного препарата дает производителю преимущества в виде упрощенной процедуры регистрации. Так, не требуется проведение локальных клинических исследований. Данный аспект очень важен применительно к редким заболеваниям, поскольку набрать необходимую когорту пациентов для проведения клинических исследований зачастую невозможно ввиду малого числа людей, страдающих редким заболеванием.

Регистрация орфанного лекарственного препарата и присвоение соответствующего статуса дают преимущества в процессе регистрации в нашей стране, но не связаны с дополнительными государственными гарантиями в плане лекарственного обеспечения пациентов, страдающих редкими заболеваниями. Для последнего аспекта важно изучить, какие приняты инициативы в российском здравоохранении, позволяющие таким пациентам получить бесплатно необходимое лечение орфанными лекарственными препаратами [3, 4]. Прежде всего необходимо обратить внимание на то, какие существуют

перечни редких заболеваний и какие социальные гарантии имеются применительно к каждому из них.

Так, установлено, что в настоящее время фактически существует три перечня редких заболеваний:

1. Перечень редких (орфанных) заболеваний, формируемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещаемый на его официальном сайте в сети Интернет (далее — Перечень редких заболеваний).

2. Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, установленный соответствующим постановлением Правительства Российской Федерации (далее — Перечень редких заболеваний Правительства).

3. Перечень «высокозатратных нозологий». Для организации лекарственного обеспечения при данных нозологиях принят перечень лекарственных препаратов, предназначенных для лекарственного обеспечения 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. На сегодняшний день в этом перечне из 14 заболеваний и состояний 11 относятся к редким.

Важно отметить, что цель создания данных перечней отличается друг от друга, как и социальные гарантии, которые предоставляются пациентам, страдающим данными редкими заболеваниями.

Перечень редких заболеваний утверждается ст. 44 упомянутого выше Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данный перечень редких заболеваний размещается на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации и пред-

² Федеральный закон от 12.12.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Собрание законодательства Российской Федерации. 2010. № 16. Ст. 1815.

³ Государственный реестр лекарственных средств. Режим доступа: <https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>

ставляет собой таблицу в формате Microsoft Excel, в которой на сегодняшний день содержится информация о 269 редких заболеваниях (см. рисунок).

Для каждого редкого заболевания, которое содержится в списке, выделено название болезни согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а также приведены синонимы и названия редких патологий, которые приняты в русскоязычной литературе и справочниках и относятся к представленным группам. Кроме того, в данном перечне присутствуют нозологическая форма или группа болезней, соответствующая категория и код по МКБ-10. При этом важно отметить, что в нормативно-правовом регулировании российского здравоохранения для редких заболеваний из Перечня редких заболеваний не существует дополнительных государственных гарантий в виде оказания медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения, кроме тех, которые установлены для специальных категорий граждан или применительно к отдельным заболеваниям.

В этой же статье (ст. 44 Федерального закона № 323) сказано, что Перечень редких заболеваний Правительства утверждается из числа заболеваний, входящих в Перечень редких заболеваний. Однако, в отличие от последнего списка, Перечень редких заболеваний Правительства связан с дополнительными мерами по организации лекарственного обеспечения пациентов, страдающих данными болезнями. Такой мерой является обязательство регионов РФ обеспечить граждан лекарственными препаратами для лечения патологий из Перечня редких заболеваний Правительства. При этом отдельного перечня препаратов, которыми регионы РФ обязаны обеспечить пациентов с заболеваниями из Перечня редких заболеваний Правительства, не существует. Таким образом, если согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, утвержденной Министерством здравоохранения РФ, в разделе, посвященном показаниям к применению, указаны редкие заболевания из данного перечня, субъект РФ обязан обеспечить пациентов необходимым лечением за счет средств региона.

Наконец, последним перечнем в российском здравоохранении, в котором содержатся редкие заболевания, является Перечень «высокозатратных нозологий». Для данного перечня заболеваний существует сформированный отдельный список лекарственных препаратов, которые закупаются за счет средств федерального бюджета для лечения пациентов с такими болезнями. Основным критерий, по которому был сформирован данный перечень нозологий, — имеющееся дорогостоящее лечение в виде лекарственных препаратов, для применения которого было принято решение создать отдельное направление в здравоохранении с выделенным бюджетом на федеральном уровне.

Далеко не каждый лекарственный препарат включается в список препаратов для лечения из Перечня «высокозатратных нозологий». Существует установленная процедура, согласно которой для то-

го, чтобы препарат был включен в список, необходимо сформировать специальное досье, которое включает в себя данные о клинической эффективности препарата, сведения о безопасности, основные результаты фармакоэкономических исследований, проведенных с целью оценки клинико-экономической эффективности препарата и влияния на бюджет вследствие его применения, и пр.⁴. При этом поданное досье проходит различные процедуры экспертной оценки, в ходе которых его определенным составляющим присваиваются баллы в соответствии с установленными рейтинговыми шкалами. Также экспертами выносятся заключения, согласно которым заявленный лекарственный препарат рекомендуется к включению в отмеченный ограничительный список или признается не соответствующим имеющимся требованиям.

Орфанные лекарственные препараты, которые не входят в состав Перечня «высокозатратных нозологий», а также не имеющие показаний для применения при редких заболеваниях из Перечня редких заболеваний Правительства, могут быть бесплатно предоставлены пациентам только в рамках существующих государственных гарантий. Чаще всего это пациенты, имеющие определенную группу инвалидности.

Заключение

Настоящая система по признанию препарата орфанным может быть усовершенствована созданием отдельного перечня соответствующих лекарственных препаратов. На сегодняшний день определить данный статус можно только при помощи Государственного реестра лекарственных средств при поиске каждого конкретного препарата. Кроме того, для лекарственных препаратов, которые не были признаны орфанными на этапе регистрации, но для которых впоследствии появились новые показания к применению в отношении редких болезней, не существует процедуры, по которой им можно было бы присвоить статус орфанных.

Также важно, что, как было отмечено ранее, в нормативно-правовом регулировании российского здравоохранения в отношении редких заболеваний из Перечня редких заболеваний не существует дополнительных государственных гарантий в виде оказания медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения, кроме тех, которые установлены для специальных категорий граждан или применительно к отдельным заболеваниям. Таким образом, несмотря на то что данные редкие заболевания официально признаны таковыми в нашей стране, не разработано дополнительных мер поддержки пациентов, страдающих такими болезнями, несмотря на их уникальный статус, сложности с организа-

⁴Постановление Правительства Российской Федерации от 28.08.2014 № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». Собрание законодательства РФ. 2014. № 36. Ст. 4855.

Здоровье и общество

цией медицинской помощи и лекарственного обеспечения. Данное направление по разработке таких мер является одной из важнейших задач в области совершенствования регулирования российского здравоохранения.

Наконец, несмотря на то что в законодательстве отмечена особенность формирования Перечня редких заболеваний Правительства на основе Перечня редких заболеваний, за все время существования Перечня редких заболеваний Правительства в него не была включена ни одна редкая патология из более широкого списка. С одной стороны, включение новых заболеваний в Перечень редких заболеваний Правительства приведет к наложению дополнительного бюджетного бремени на субъекты РФ, в обязанность которых входит организация лекарственного обеспечения для пациентов, страдающих данными заболеваниями, а значит потребует выделения дополнительных средств. С другой стороны, требуется разработка четких критериев, по которым новые болезни могут быть включены в данный список.

В целом необходимо отметить, что задача по организации оказания медицинской помощи пациентам, страдающим редкими заболеваниями, представляет собой очень сложный, кропотливый процесс. Однако от того, как она будет решена, зависят жизнь и здоровье пациентов с уникальными сложными заболеваниями, для которых качественная и

своевременно оказанная медицинская помощь является критически важной.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Taruscio D., Vittozzi L., Stefanov R. National plans and strategies on rare diseases in Europe. *Adv. Exper. Med. Biol.* 2010;(686):475–91.
2. Miller K. L., Lanthier M. Investigating the landscape of US orphan product approvals. *Orphan. J. Rare Dis.* 2018;183(13):1–8.
3. Соколов А. А., Волгина С. Я., Нагибин О. А. Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями. *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2019;7(8):51–62.
4. Соколов А. А., Александрова О. Ю., Комаров И. А. Проблемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, страдающим редкими заболеваниями. *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2019;7(8):63–72.

Поступила 14.07.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Taruscio D., Vittozzi L., Stefanov R. National plans and strategies on rare diseases in Europe. *Adv. Exper. Med. Biol.* 2010;(686):475–91.
2. Miller K. L., Lanthier M. Investigating the landscape of US orphan product approvals. *Orphan. J. Rare Dis.* 2018;183(13):1–8.
3. Sokolov A. A., Volgina S. Ya., Nagibin O. A. Analysis of rendering of specialized medical care to patients with rare diseases. *Problemy standartizacii v zdravookhraneni = Healthcare Standardization Problems.* 2019;7(8):51–62 (in Russian).
4. Sokolov A. A., Aleksandrova O. Yu., Komarov I. A. Issues of high-technology medical service providing for patients with orphan diseases. *Problemy standartizacii v zdravookhraneni = Healthcare Standardization Problems.* 2019;7(8):63–72 (in Russian).

Набережная И. Б.

**РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
ПО ПРОФИЛЮ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»**

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, 414000, г. Астрахань

В структуре смертности лидирующая позиция принадлежит болезням системы кровообращения. Эффективность разработки научно обоснованных и современных моделей оказания медицинской помощи должна быть основана на данных мониторинга уровня, динамики и структуры изучаемой патологии. Доступность и своевременность оказания высокотехнологичной медицинской помощи напрямую зависит от степени влияния характерных региональных особенностей.

Цель исследования — оценить потребность и доступность оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи жителям Астраханского региона в отношении ведущих нозологических форм болезней системы кровообращения.

Использованы методы: монографический, статистический, логический и системный анализ. Исследование осуществляли сплошным методом, оно включало данные из отчетных форм № 12 и № 14, по Астраханской области за период 2010—2019 гг. Использовались абсолютные и средние величины, экстенсивные показатели, моделирующие структуру, а также методы построения динамических рядов. Задействовались математические методы с использованием специализированного статистического продукта STATISTICA 10.

Показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения за изучаемый период (с 2010 по 2019 г.) снизился на 8,5%. Лидирующие позиции занимают цереброваскулярные болезни (29,2%), ишемические болезни сердца (23,8%) и болезни, характеризующиеся повышением кровяного давления (17,8%). Показатель общей заболеваемости данных нозологических форм вырос на 16,9%, а первичной — на 43,9%. Средний многолетний уровень распространенности составил $55,3 \pm 1,23\%$, а первичной заболеваемости — $10,2 \pm 0,96\%$. При этом оказание специализированной помощи по данному направлению снизилось с 44,9 до 30%, а выполнение высокотехнологичной медицинской помощи возросло с 2,2 до 4%.

К л ю ч е в ы е с л о в а : болезни системы кровообращения; высокотехнологичная медицинская помощь; заболеваемость; потребность; доступность.

Для цитирования: Набережная И. Б. Региональная обеспеченность населения специализированной медицинской помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):20—25. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-20-25>

Для корреспонденции: Набережная Инна Борисовна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом последипломного образования Астраханского ГМУ Минздрава России, e-mail: innanab1975@gmail.com

Naberezhnaya I. B.

**THE REGIONAL PROVISION OF POPULATION WITH SPECIALIZED MEDICAL CARE ACCORDING TO
PROFILE OF CARDIOVASCULAR SURGERY**The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Astrakhan State Medical University” of
Minzdrav of Russia, 414000, Astrakhan, Russia

The diseases of circulatory system take leading position in structure of mortality. The efficiency of development of scientifically-proved and modern models of medical care support is to be based on data of monitoring of level, dynamics and structure of corresponding pathology. The accessibility and timeliness of high-tech medical care support directly depends on degree of influence of relevant regional characteristics.

The purpose of study was to estimate demand and accessibility of specialized high-tech medical care to residents of the Astrakhan Oblast related to leading nosological forms of diseases of circulatory system.

The monographic, statistical, logical and system analysis methods were applied. The research was carried out applying continuous methodology and included data from reporting forms № 12 and № 14 in the Astrakhan Oblast in 2010–2019. The Absolute and average values, extensive indicators that model structure as well as methods of dynamic numbers derivation were applied. The mathematical methods based on specialized statistical software STATISTICA 10 were implemented too.

The indicator of circulatory system general morbidity decreased up to 8,5% in 2010–2019. The leading positions are taken by cerebrovascular diseases (29,2%), ischemic heart diseases (23,8%) and diseases characterized by increasing of blood pressure (17,8%). The indicator of general morbidity of these nosological forms increased up to 16,9% and primary morbidity up to 43,9%. The average long-term level of prevalence comprised $55,3 \pm 1,23\%$. At that, specialized medical care within the mentioned direction decreased from 44,9% to 30,0% and implementation of high-tech medical care increased from 2,2% to 4,0%.

К е y o r d s : disease; circulatory system; high-tech medical care; morbidity; demand; accessibility.

For citation: Naberezhnaya I. B. The regional provision of population with specialized medical care according to profile of cardiovascular surgery. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):20–25 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-20-25>

For correspondence: Naberezhnaya I. B., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health and Health Care with the Course of Post-Graduate Training of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Astrakhan State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: innanab1975@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

По данным информационного бюллетеня Всемирной организации здравоохранения, во всем мире лидирующая позиция в структуре смертности принадлежит болезням системы кровообращения (БСК), которые ежегодно уносят 17,9 млн жизней [1]. Российская Федерация также не является исключением [2]. Наибольший удельный вес в структуре БСК занимают ишемические болезни сердца (ИБС), в частности острый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия, именуемые «острый коронарный синдром». Данная группа заболеваний требует широкого внедрения в практику высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): распространенности в практической деятельности таких хирургических методов, как чрескожное коронарное вмешательство и коронарное шунтирование. Наряду с этим важнейшим условием, способствующим сохранению жизни и предупреждению нежелательных осложнений у пациентов с БСК, является не только доступность ВМП, но и ее своевременность. В значительной степени определяющими для этого являются правильный отбор и направление пациентов на получение ВМП [3, 4].

Россия за последнее десятилетие шагнула достаточно далеко вперед. В 2008 г. в рамках проекта «Здоровье» была запущена программа по модернизации медицинской помощи пациентам, страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Она предусматривала строительство 14 современных, оснащенных передовыми медицинскими технологиями центров, имеющих территориальное размещение, которое позволяет оказывать ВМП жителям не только данной территории, но и близлежащих регионов, с возможной транспортной доступностью (Постановление Правительства Российской Федерации от 20.03.2006 № 139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий»).

В дальнейшем была продолжена работа по снижению числа сердечно-сосудистых заболеваний, которая нашла отражение в Национальном проекте «Здравоохранение», направленном на сокращение смертности от БСК к 2024 г. (Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.»).

Для решения назревших проблем важнейшее значение имеет разработка научно обоснованных и перспективных организационных моделей оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме, которые максимально обеспечивали бы доступность и своевременность высокотехнологичных вмешательств. Основа организации системы оказания ВМП пациентам с БСК должна создаваться на данных мониторинга уровня, динамики и структуры изучаемой патологии [5], а эффективность организации данной помощи напрямую зависит от силы влияния характерных региональных особенностей [6].

Цель исследования — оценить потребность и доступность оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в отношении ведущих нозологических форм БСК жителям Астраханского региона.

Материалы и методы

Исследование осуществлялось сплошным методом и включало период наблюдения с 2010 по 2019 г. В исследовании использованы данные Росстата о численности населения старше 18 лет (взрослого) Астраханской области (АО) на начало следующего года. В соответствии с вышеуказанной целью первоначально была произведена выкопировка из отчетных форм за 10-летний период общего количества выявленных заболеваний по группам: I20—I25 (стенокардия, острый инфаркт миокарда и ишемическая болезнь сердца) и I30—I52 (неревматические поражения клапанов, фибрилляция и трепетание предсердий), $n = 443\,986$ случаев, в том числе впервые возникших $n = 81\,894$ случая и оказанной специализированной помощи по тем же нозологическим группам болезней (195 181 случай госпитализации). Для получения возможности проведения сравнительного анализа был произведен расчет показателей общей и первичной заболеваемости (на 1 тыс. взрослого населения).

С целью проведения анализа заболеваемости населения БСК был поставлен ряд задач: проведение сравнения показателей заболеваемости в динамике и с другими регионами, сопоставление абсолютного числа зарегистрированных заболеваний впервые в жизни и в общем с оказанной специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, данному контингенту лиц. Оценка уровня заболеваемости по данным обращаемости производилась на основании статистических данных, полученных из сводной формы государственной статистической отчетности лечебно-профилактических учреждений № 12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» по АО. Динамика оказанной специализированной медицинской помощи изучена на основании данных сводной формы государственной статистической отчетности лечебно-профилактических учреждений № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» по АО.

Проанализирована информация о распространенности данных нозологических групп заболеваний среди населения АО и об оказанной специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП.

Для комплексной оценки проанализировано оказание ВМП в АО. В регионе интегрированная ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» оказывается в двух государственных лечебных учреждениях и в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии (ФЦССХ). Причем центр выполняет в 100% случаев только один профиль — «сердечно-

сосудистая хирургия», что немаловажно, поскольку первое место в структуре смертности по Российской Федерации в целом и в АО в частности занимают болезни органов кровообращения. В помощь ему в объеме 16,8% по сердечно-сосудистому профилю ведут работу региональный сосудистый центр, функционирующий с 2012 г. на базе Александро-Марининской областной клинической больницы (10,4%), и первичное сосудистое отделение, организованное в Городской клинической больнице № 3 имени С. М. Кирова (6,4%). Источником информации стала база данных единой Информационно-аналитической системы Минздрава России, а именно — подсистемы мониторинга реализации государственного задания по оказанию ВМП. В настоящее исследование было включено 10 914 случаев оказанной ВМП в отношении вышеуказанных нозологий.

В работе использовались абсолютные величины, экстенсивные показатели, моделирующие структуру, а также методы построения динамических рядов. Был произведен расчет и анализ абсолютного прироста/убыли, который определяется как разность между последующим и предыдущим уровнем, темпа прироста/убыли, вычисленного как процентное отношение абсолютного прироста/убыли каждого последующего уровня к предыдущему, темпа роста/снижения, выраженного процентным отношением каждого последующего уровня к уровню предыдущему, и абсолютное значение 1% прироста/убыли, характеризующееся как отношение абсолютного прироста/убыли к темпу прироста/убыли одного и того же уровня. Для количественных данных рассчитывались средние многолетние показатели, их ошибки и среднее квадратическое отклонение.

На этапе обработки собранную информацию обобщали и систематизировали. Для углубленного изучения результатов медико-статистического исследования применялись математические методы с использованием специализированного статистического продукта STATISTICA 10, который включает большое количество методов статистического анализа. В качестве статистических сводов использованы электронные таблицы и диаграммы программы MS EXCEL. В научном поиске применяли монографический, статистический, логический методы и системный анализ.

Результаты исследования

Среди взрослого населения АО показатель общей заболеваемости БСК за изучаемый период (с 2010 по 2019 г.) снизился на 8,5% (с 214,9 до 196,7‰). Среди БСК первое место занимают цереброваскулярные болезни (ЦВБ), составляя 29,2%, затем ИБС (23,8%), третье место занимают болезни, характеризующиеся повышением кровяного давления (17,8%).

Ежегодное среднегодовое значение общего числа зарегистрированных заболеваний I20—I25 и I30—I52 составляет 44 398,6 случая, в том числе среднегодовое значение впервые выявленных заболеваний

Таблица 1
Общее число зарегистрированных и впервые выявленных заболеваний (I20—I25 и I30—I52) в возрасте 18 лет и старше в АО в 2010—2019 гг.

Год	Численность населения АО в возрасте 18 лет и старше, абс. ед.	Общее число зарегистрированных заболеваний, абс. ед.	Общая заболеваемость, ‰	Число впервые в жизни установленных диагнозов, абс. ед.	Первичная заболеваемость, ‰
2010	802 299	43 312	54,0	5 320	6,6
2011	810 235	43 569	53,8	5 093	6,3
2012	812 775	43 447	53,5	5 126	6,3
2013	808 390	44 195	54,7	10 957	13,6
2014	806 945	45 128	55,9	12 657	15,7
2015	806 064	40 357	50,1	9 817	12,2
2016	798 374	40 328	50,5	9 482	11,9
2017	794 443	45 064	56,7	7 733	9,7
2018	790 996	48 017	60,7	8 123	10,3
2019	801 111	50 569	63,1	7 586	9,5

составляет 8189,4 случая. Показатель общей заболеваемости рассматриваемых нозологических форм вырос на 16,9%, а первичной — на 43,9% (табл. 1). Средний многолетний уровень (СМУ) общей заболеваемости составлены $55,3 \pm 1,23\%$, а первичной заболеваемости данных нозологических групп — $10,2 \pm 0,96\%$. Максимальное количество впервые выявленных заболеваний данных нозологических форм зарегистрировано в 2013 и 2014 гг. (10 957 и 12 657 случаев соответственно).

Анализ динамического ряда общего числа зарегистрированных заболеваний (I20—I25 и I30—I52) показал, что в 6 из 9 периодов наблюдается темп прироста данной патологии с максимальным значением (11,7%), приходящимся на 2017 г. За 2018 и 2019 гг. он сократился в 2 раза по отношению к 2017 г., но все же составил 6,6 и 5,3% соответственно (табл. 2).

С впервые в жизни установленным диагнозом I20—I25 и I30—I52 в 2013 г. темп прироста составил 113,8% в связи с произошедшим более чем двукратным абсолютным приростом (с 5126 случаев в 2012 г. до 10 957 случаев в 2013 г.). В данной нозологической группе несколько чаще наблюдается абсолютная убыль, но общая картина от этого не изменяется, констатируется увеличение числа впервые выявленных заболеваний (табл. 3).

Таблица 2
Динамический ряд общего числа зарегистрированных диагнозов I20—I25 и I30—I52 среди взрослого населения АО

Год	Общее число зарегистрированных диагнозов, абс. ед.	Абсолютный прирост/убыль, абс. ед.	Темп прироста/убыли, %	Темп роста/снижения, %	Абсолютное значение одного процента прироста/убыли, абс. ед.
2010	43 312	—	—	—	—
2011	43 569	257	0,6	100,6	433,1
2012	43 447	-122	-0,3	99,7	435,7
2013	44 195	748	1,7	101,7	434,5
2014	45 128	933	2,1	102,1	442,0
2015	40 357	-4 771	-10,6	89,4	451,3
2016	40 328	-29	-0,1	99,9	403,6
2017	45 064	4 736	11,7	111,7	403,3
2018	48 017	2 953	6,6	106,6	450,6
2019	50 569	2 552	5,3	105,3	480,2

Таблица 3

Динамический ряд впервые в жизни установленных диагнозов I20—I25 и I30—I52 среди взрослого населения АО

Год	Впервые в жизни установленный диагноз, абс. ед.	Абсолютный прирост/убыль, абс. ед.	Темп прироста/убыли, %	Темп роста/снижения, %	Абсолютное значение одного процента прироста/убыли, абс. ед.
2010	5 320	—	—	—	—
2011	5 093	-227	-4,3	95,7	53,2
2012	5 126	33	0,6	100,6	50,9
2013	10 957	5831	113,8	213,8	51,3
2014	12 657	1700	15,5	115,5	109,6
2015	9 817	-2840	-22,4	77,6	126,6
2016	9 482	-335	-3,4	96,6	98,2
2017	7 733	-1749	-18,4	81,6	94,8
2018	8 123	390	5,0	105,0	77,3
2019	7 586	-537	-6,6	93,4	81,2

После проведенного анализа общей и первичной заболеваемости по отдельным значимым нозологиям БСК перешли к сопоставлению и анализу данных, взятых из статистической формы № 14 и базы мониторинга оказания ВМП. По профилю «сердечно-сосудистая хирургия» наиболее распространенными вмешательствами являются операции по восстановлению проходимости сосудов сердца — аортокоронарное шунтирование и ангиопластика со стентированием, операции по восстановлению ритма сердца (имплантация электрокардиостимулятора — ЭКС) и протезированию клапанов. При этом более 90% ВМП приходится на следующие нозологические группы: I20—I25 (стенокардия, острый инфаркт миокарда и ИБС) и I30—I52 (неревматические поражения клапанов, фибрилляция и трепетание предсердий). В структуре видов ВМП большой удельный вес занимают чрескожные коронарные вмешательства (35,4%), далее следует коррекция нарушений сердечного ритма хирургическим способом (17,5%), а затем — операции коронарного шунтирования (13,9%).

Мы сопоставили данные о зарегистрированных пациентах и оказанной им специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП. Общий уровень зарегистрированных пациентов с диагнозом I20—I25 неуклонно растет, а это значит, что возрастает и потребность в хирургических методах лечения данной патологии. Так, количество выявленных

заболеваний в 2019 г. в 1,2 раза превышает аналогичное значение 2010 г. Первичная заболеваемость также увеличилась почти в 1,3 раза, демонстрируя тенденцию к росту. При этом максимальное количество впервые выявленных заболеваний приходится на 2014 г., когда уровень ее увеличился по отношению к 2010 г. почти в 2,5 раза. Однако оказание специализированной медицинской помощи по данному направлению снижается из года в год, а выполнение ВМП хотя и возрастает, но покрыть имеющуюся потребность не может (табл. 4).

Несколько иная ситуация складывается с заболеваниями по нозологиям I30—I52. Здесь в целом отмечается незначительное увеличение зарегистрированных заболеваний, составляющее 2,9%, в то время как с впервые в жизни установленным диагнозом I30—I52 к 2019 г. произошло увеличение в 2,3 раза по сравнению с 2010 г. Следует отметить, что данная нозологическая группа имеет хороший охват специализированной помощью, в последние годы стремящийся даже к 100% (табл. 5).

Обсуждение

Сердечно-сосудистая хирургия — достаточно быстро развивающееся направление в медицине, приносящее видимый эффект. Однако один Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии и два государственных учреждения здравоохранения не в состоянии коренным образом изменить ситуацию относительно БСК в регионе. По отношению к 2010 г. распространенность БСК в целом снизилась на 8,5% (с 214,9‰ до 196,7‰), но однозначно положительной динамики выявлено не было, так как происходило то снижение (181,3‰ в 2014 г.), то увеличение (196,7‰ в 2019 г.) данного показателя. В то же время в Москве среди взрослого населения с 2015 по 2018 г. произошло увеличение уровня общей заболеваемости БСК на 14,7% (со 185 до 212,3‰). Объясняется это эффективностью диспансеризации взрослого населения, максимально направленной на развитие системы раннего выявления заболеваний [4].

Структура БСК у взрослого населения АО выглядит следующим образом: лидирующая позиция принадлежит ЦВБ, составляющим 29,2%, затем следуют

Таблица 4

Динамика общего числа зарегистрированных и впервые выявленных заболеваний и оказанной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с диагнозом I20—I25 в АО с 2010 по 2019 г.

Год	Всего зарегистрировано пациентов, абс. ед.	Число пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, абс. ед.	Состоящие на диспансерном учете, абс. ед.	Число случаев оказания специализированной медицинской помощи, абс. ед.	Отношение оказанной специализированной медицинской помощи к зарегистрированным пациентам, %	Число случаев оказания ВМП, абс. ед.	Отношение оказанной ВМП к зарегистрированным пациентам, %
2010	36 446	4 389	21 535	16 359	44,9	794	2,2
2011	37 002	4 325	21 421	16 532	44,7	465	1,3
2012	37 291	4 404	23 021	16 517	44,3	319	0,9
2013	38 522	9 881	22 767	15 622	40,6	568	1,5
2014	39 798	10 930	22 231	15 889	39,9	802	2,0
2015	35 380	7 698	26 496	16 230	45,9	1 082	3,1
2016	35 220	7 577	31 024	16 111	45,7	1 753	5,0
2017	39 443	6 119	35 325	14 671	37,2	1 651	4,2
2018	42 091	6 287	38 202	14 347	34,1	1 737	4,1
2019	43 506	5 494	38 524	13 061	30,0	1 743	4,0

Динамика общего числа зарегистрированных впервые выявленных заболеваний и оказанной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с диагнозом I30–I52 в АО с 2010 по 2019 г.

Год	Всего зарегистрировано пациентов, абс. ед.	Число пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, абс. ед.	Состоящие на диспансерном учете, абс. ед.	Оказанная специализированная медицинская помощь, абс. ед.	Отношение оказанной специализированной медицинской помощи к зарегистрированным пациентам, %	Оказанная ВМП помощь, абс. ед.	Отношение оказанной ВМП к зарегистрированным пациентам, %
2010	6 866	931	1 671	2 566	37,4	640	9,3
2011	6 567	768	1 527	2 971	45,2	569	8,7
2012	6 156	722	1 517	2 943	47,8	447	7,3
2013	5 673	1 076	1 502	2 849	50,2	478	8,4
2014	5 330	1 727	1 481	3 081	57,8	486	9,1
2015	4 977	2 119	1 749	3 247	65,2	504	10,1
2016	5 108	1 905	2 049	4 705	92,1	665	13,0
2017	5 621	1 614	2 225	5 437	96,7	705	12,5
2018	5 926	1 836	2 592	5 927	100,0	704	11,9
2019	7 063	2 092	3 295	5 966	84,5	866	12,3

ИБС (23,8%), третье место занимают болезни, отличительной особенностью которых является повышение артериального давления (17,8%). По данным ряда авторов, в Белгородской области на первое место выходят болезни с симптомами повышенного давления, в сумме составляя 35,8%, далее ИБС (30,08%) и ЦВБ (16,03%) [5]. В Москве на 2018 г. основной причиной распространенности БСК также являются болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением (94,5%), ИБС (50,3%) и ЦВБ (38,3%) [4]. Разный уровень заболеваемости БСК в целом и по отдельным нозологиям в частности, а также различия в структуре указывают на то, что целесообразно проследить региональные особенности для разработки моделей оказания медицинской помощи в соответствии с имеющимися потребностями каждого региона в отдельности.

В АО в структуре видов ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» большой удельный вес занимают чрескожные коронарные вмешательства (35,4%), далее следует лечение нарушений сердечного ритма (17,5%), а затем операции коронарного шунтирования (13,9%). В Республике Казахстан структура оперативных вмешательств выглядит аналогичным образом [7]. По данным исследования С. М. Хохлунова и соавт., в Приволжском федеральном округе значительно преобладают чрескожные коронарные вмешательства (49,4%), так как за последние 10 лет здесь были освоены новые операционные мощности, что дало возможность в 2 раза повысить количество оперативных вмешательств с использованием аппаратов искусственного кровообращения и в 2,5 раза увеличить число операций коронарного шунтирования, а также расширить применение новых методов хирургического лечения нарушений сердечного ритма [8].

По мнению С. А. Богачевской и соавт., повышение доступности ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», несомненно, влияет на динамику показателей заболеваемости и смертности населения регионов. При этом основное значение отводится разработке научно обоснованных моделей оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме на основе широкого распростра-

нения современных технологий. Это в целом обеспечит доступность высокотехнологичных вмешательств и приблизит данный вид помощи к пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [9].

Заключение

Профилактика и лечение БСК являются первоочередной задачей системы здравоохранения как в целом в Российской Федерации, так и в АО. Функционирование ФЦССХ, а также оказание медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» государственными медицинскими организациями региона приблизили данный вид помощи к населению и привели к снижению уровня распространенности БСК на 8,5%. Однако ряд показателей (первичная заболеваемость БСК, охват специализированной медицинской помощью, в том числе ВМП) остаются еще недостаточно удовлетворительными. С целью снижения уровня первичной заболеваемости, а также для удержания положительной динамики по снижению распространенности БСК со стороны системы здравоохранения региона необходимо абсолютное исполнение всех намеченных мероприятий, обозначенных в проектах «Здравоохранение» и «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Поскольку действующий Федеральный центр призван к оказанию медицинской помощи не только жителям АО, но и ближайшим регионам, удовлетворить всевозрастающую потребность в экстренной сердечно-сосудистой хирургии представляется возможным лишь при увеличении количества сосудистых центров и первичных сосудистых отделений. Это послужит не только сокращению времени доставки, но и повысит качество лечения пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения.

Наряду с этим большое значение отводится интенсификации диспансерного наблюдения пациентов, выявлению факторов риска и своевременности оказания специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень. 2018. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/> (дата обращения 15.09.2021).
2. Сон И. М., Соболева Н. П., Савченко Е. Д. Профилактика неинфекционных заболеваний, проблемы и пути решения. *Аналитический вестник Совета Федерации Федерального собрания РФ*. 2015;44:49.
3. Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г. Болезни системы кровообращения и сердечнососудистая хирургия в Российской Федерации. Состояние и проблемы. *Аналитический вестник Совета Федерации Федерального собрания РФ*. 2015;44:9–18.
4. Огнева Е. Ю., Гуров А. Н. Применение клинико-информационной системы для обеспечения порядка отбора пациентов с болезнями системы кровообращения на получение высокотехнологичной медицинской помощи. *Врач и информационные технологии*. 2019;(3):14–21.
5. Шихова Ю. А., Бережнова Т. А., Клепиков О. В. Оценка уровня заболеваемости населения болезнями системы кровообращения по данным обращаемости за медицинской помощью. *Вестник новых медицинских технологий*. 2017;(1):86–94.
6. Герасимова Л. И., Викторова Л. В., Шувалова Н. В. Сравнительный анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения на региональном уровне. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2012;(2):31–4.
7. Камалиев М. А., Альмуханова А. Б. Организация экстренной высокотехнологичной кардиологической помощи населению в Республике Казахстан. *Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал*. 2018;62(4):1. doi: 10.21045/2071-5021-2018-62-4-1
8. Хохлунов С. М., Дупляков Д. В. Оказание высокотехнологичной помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в Приволжском федеральном округе. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2017;59(4):229–37. doi: 10.24022/0236-2791-2017-59-4-229-237
9. Богачевская С. А., Богачевский А. Н., Бондарь В. Ю. Трехлетний вклад функционирования федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии в развитие высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболе-

ваниями в России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016;47(1). doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-2

Поступила 08.06.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. VOZ. Non-communicable diseases. Information bulletin. 2018. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/> (accessed 15.09.2021).
2. Son I. M., Soboleva N. P., Savchenko E. D. Prevention of non-communicable diseases, problems and solutions. *Analiticheskij vestnik Soveta Federacii Federal'nogo sobranija RF*. 2015;44:49 (in Russian).
3. Bokerija L. A., Gudkova R. G. Diseases of the circulatory system and cardiovascular surgery in the Russian Federation. Status and problems. *Analiticheskij vestnik Soveta Federacii Federal'nogo sobranija RF*. 2015;44:9–18 (in Russian).
4. Ogneva E. Ju., Gurov A. N. The use of a clinical information system for patients with circulatory system diseases selection to supply them a high-tech medical care. *Vrach i informacionnye tehnologii*. 2019;(3):14–21 (in Russian).
5. Shikhova Yu. A., Berezhnova T. A., Klepikov O. V. Assessment of the level of blood circulation system diseases based on population appealability of medical care. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij*. 2017;(1):86–94 (in Russian).
6. Gerasimova L. I., Viktorova L. V., Shuvalova N. V. The comparative analysis of morbidity of the blood vascular system diseases on the regional level. *Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie*. 2012;(2):31–4 (in Russian).
7. Kamaliev M. A., Al'muhanova A. B. Organization of emergency high-tech cardiological care to the population in the Republic of Kazakhstan. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*. 2018;4(62):1. doi: 10.21045/2071-5021-2018-62-4-1 (in Russian).
8. Hohlnunov S. M., Dupljakov D. V. High-tech cardiovascular procedures in the Volga Federal District. *Grudnaja i serdechno-sosudistaja hirurgija*. 2017;59(4):229–37. doi: 10.24022/0236-2791-2017-59-4-229-237 (in Russian).
9. Bogachevskaja S. A., Bogachevsky A. N., Bondar V. Yu. Three-year contribution of the federal centers for cardiovascular surgery to the development of high-tech medical care for patients with cardiovascular diseases in Russia. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*. 2016;47(1). doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-2 (in Russian).

Гришина Н. К., Перепелова О. В., Тимурзиева А. Б., Соловьева Н. Б.**УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАК ИНДИКАТОР ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

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

В современных условиях в общественном сознании утверждается идея о пациенте как о главном субъекте медицинской помощи. Именно вокруг пациента организуются все виды профессиональной медицинской деятельности и все формы взаимоотношений с другими субъектами современного здравоохранения. В профессиональной сфере данная идея рассматривается как принцип пациентоориентированности. При оказании платной медицинской помощи данный фактор приобретает особую актуальность и во многом определяется соответствием процесса и результата оказания медицинской помощи ожиданиям потребителей медицинских услуг. В связи с этим изучение ожиданий контингента лиц, обращающихся за платными медицинскими услугами в государственные медицинские организации, и степени их удовлетворенности при получении платной медицинской помощи послужило целью настоящего исследования. Исследование является продолжением ранее проведенной работы, посвященной вопросам совершенствования системы оказания платных медицинских услуг населению в государственной медицинской организации.

Ключевые слова: пациентоориентированность; удовлетворенность пациентов; платные медицинские услуги.

Для цитирования: Гришина Н. К., Перепелова О. В., Тимурзиева А. Б., Соловьева Н. Б. Удовлетворенность пациентов как индикатор пациентоориентированности при оказании платных медицинских услуг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):26—32. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-26-32>

Для корреспонденции: Гришина Наталья Константиновна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко Минобрнауки России, e-mail: otdel-77@mail.ru

Grishina N. K., Perepelova O. V., Timurzieva A. B., Solovyova N. B.**PATIENT SATISFACTION AS AN INDICATOR OF PATIENT ORIENTATION IN ORGANIZATION OF PAID MEDICAL SERVICES**

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

Nowadays, the idea of the patient as the main subject of medical care is being established in the public consciousness. It is around the patient that all types of professional medical activities and all forms of relationships with other subjects of modern health care are organized.

In the professional sphere, this idea is seen as a principle of patient focus. In the provision of paid care, this factor acquires special relevance and is largely determined by the compliance of the process and results of the provision of medical care with the expectations of consumers of medical services. In this regard, the study of the expectations of the contingent of people applying for paid medical services to state medical organizations, and the degree of their satisfaction with receiving paid medical care was the purpose of this study.

Keywords: patient orientation; patient satisfaction; paid medical services.

For citation: Grishina N. K., Perepelova O. V., Timurzieva A. B., Solovyova N. B. Patient satisfaction as an indicator of patient orientation in the provision of paid medical services. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(1):26–32 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-26-32>

For correspondence: Natalya Konstantinovna Grishina, e-mail: otdel-77@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.06.2022
Accepted 31.10.2022**Введение**

Право на получение платных медицинских услуг предусмотрено ст. 19 и 84 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Одним из стимулов их развития является рост числа пациентов, обращающихся за платной медицинской помощью. В некоторых регионах отмечается практически полное замещение бесплатной медицинской помощи услугами за счет личных средств граждан [1].

В современных условиях развитие платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях рассматривается

как дополнительная возможность расширения рынка медицинских услуг и права выбора пациентом медицинской организации и врача, развития конкурентной среды, обеспечения гарантии прав потребителей на получение доступной, качественной, эффективной и безопасной медицинской помощи [2].

При таком подходе под пациентоориентированностью мы понимаем приоритет интересов пациентов при оказании медицинской помощи. Соблюдение данного принципа при оказании платных медицинских услуг приобретает в современных условиях особое значение. Одним из способов обеспечения пациентоориентированности при оказании плат-

Здоровье и общество

ных медицинских услуг является повышение удовлетворенности их получателей по итогам обращения в медицинскую организацию. Во многом степень удовлетворенности зависит от соответствия процесса и результата оказания медицинской помощи ожиданиям, которые преобладали у пациента при обращении за платными медицинскими услугами. Изучение данных аспектов пациентоориентированности при организации и оказании платных медицинских услуг послужило целью настоящего исследования, которое проводилось на базе ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского» (МОНИКИ). Данное исследование является продолжением ранее проведенной работы, посвященной вопросам совершенствования системы организации и оказания платных медицинских услуг населению в государственной медицинской организации [3].

Материалы и методы

В рамках исследования по специально разработанной анкете проведено изучение мнения пациентов, обратившихся за платными медицинскими услугами, об их ожиданиях, качестве организации, доступности и удовлетворенности результатами организации и оказания платных медицинских услуг в МОНИКИ. Вопросы в анкете были составлены таким образом, чтобы по результатам ответов можно было получить достаточно полное представление о соблюдении принципа пациентоориентированности при оказании и организации платных медицинских услуг.

Исследование проводили дважды (в 2018 и 2020 гг.). Всего в нем приняли участие 779 пациентов. Респонденты были разделены на три группы: 15—29 лет, 30—59 лет и 60 лет и старше, т. е. нами прицельно проведен сравнительный анализ мнений пациентов данных возрастных групп. Сравнивали мнения пациентов относительно их ожиданий при обращении в базовую медицинскую организацию по полису обязательного медицинского страхования (ОМС) и на платной основе. Для изучения ожиданий пациентов в ходе исследования респондентам предлагалось по 5-балльной шкале оценить приоритетность критериев качества организации медицинской помощи, далее рассчитывали средний балл.

На основании полученных ответов был рассчитан средний балл по каждому из предложенных критериев как в целом, так и в рассматриваемых возрастных группах респондентов.

Важной составляющей проводимого исследования являлось определение степени достоверности различий значений показателей в сравниваемых возрастных группах пациентов платного отделения МОНИКИ с применением доказательной медицины, включающее анализ результатов, полученных эмпирическим путем, и использование статистических методов оценки значимости различий.

На первоначальном этапе исследования нами проверялись различия в ожиданиях пациентов, обратившихся за платной медицинской помощью, при использовании классической группировки с 5-летними возрастными интервалами, что соответствует возрастным интервалам, принятым при расчете демографических таблиц (взрослое население: 15—19 лет, 20—24 года, 25—29 лет, 30—34 года и т. д.).

Применение такой группировки позволяет наиболее полно оценить вариацию признака в генеральной совокупности, так как большое число групп, с одной стороны, точнее воспроизводит характер исследуемого объекта. Однако, с другой стороны, слишком большое число групп затрудняет выявление закономерностей при исследовании социально-экономических явлений и процессов. Поэтому в каждом конкретном случае при определении числа групп следует исходить не только из степени варьирования признака, но и из особенностей объекта и показателей, его характеризующих, а также цели исследования [4].

В то же время, исходя из практического опыта, нами была выдвинута рабочая гипотеза, что ожидания пациентов по вопросам временной, информационной и экономической доступности платной медицинской помощи в государственной медицинской организации в современных условиях существенно различаются в возрастных группах до 30 лет, 30—59 лет и 60 лет и старше. Возрастные группы трудоспособного населения практически соответствуют классификации и систематизации населения по возрастным группам, рекомендуемой В. А. Цыганковым и С. Л. Жарковой [5]. При формировании укрупненных групп были учтены размах вариации признаков внутри групп, социальные характеристики пациентов.

С целью проверки выдвинутых гипотез применялся статистический метод оценки достоверности различий значений показателей, позволяющий установить, существенны ли выявленные различия или они являются результатом действия случайных причин. В основе метода заложено определение критерия достоверности Стьюдента t для относительных величин.

В результате статистической обработки материала, полученного из баз данных пациентов, обратившихся за платной медицинской помощью в МОНИКИ, статистически недостоверные различия при использовании группировки с 5-летними возрастными интервалами наблюдались по целому ряду показателей (основной диагноз, причина обращения, стоимость лечения и др.). При этом наибольшая статистически подтвержденная достоверность различий значений показателей наблюдалась между следующими возрастными группами пациентов: 15—29 лет, 30—59 лет и 60 лет и старше, поэтому данная возрастная группировка и была нами использована при сравнительном анализе в ходе проведения исследования при изучении потребностей и ожиданий в каждой конкретной возрастной группе.

Распределение оценки ожиданий респондентов при получении платной медицинской помощи
в зависимости от возраста (балл)

Критерии	Средняя оценка			
	15-29 лет	30-59 лет	60 лет и старше	Всего
Наличие современного медицинского оборудования	4,43±0,20	4,72±0,05	4,78±0,08	4,70±0,05
Комплексность медицинского обслуживания (обследования дооперационные - операции - послеоперационное наблюдение)	4,11±0,21	4,69±0,06	4,89±0,10	4,65±0,05
Широкий спектр предоставляемых медицинских услуг	4,18±0,19	4,49±0,06	4,81±0,06	4,50±0,05
Высокий уровень сервисных услуг	4,50±0,10	4,27±0,08	4,81±0,06	4,39±0,06
Приемлемая стоимость медицинских услуг	4,33±0,21	4,45±0,06	4,13±0,29	4,39±0,06
Обеспеченность медикаментами лечебного процесса	3,75±0,16	4,56±0,09	4,19±0,18	4,35±0,08
Положительные результаты лечения / улучшение состояния здоровья	4,46±0,18	4,62±0,05	4,71±0,12	4,62±0,05
На прием к врачу-специалисту можно попасть в тот же день	2,96±0,34	4,04±0,12	4,62±0,13	3,99±0,10
Время ожидания приема врача-специалиста у кабинета составит до 15 минут	4,00±0,18	4,21±0,09	5,00±0,00	4,31±0,07
Отсутствие очереди на госпитализацию	4,50±0,14	4,51±0,07	4,74±0,08	4,56±0,06
Хорошие санитарно-гигиенические условия	5,00±0,00	4,85±0,03	4,16±0,20	4,73±0,05
Короткие сроки проведения обследования	4,33±0,21	4,70±0,04	4,76±0,08	4,67±0,04
Точные результаты обследования	3,90±0,22	4,66±0,05	4,44±0,14	4,52±0,06
Проведение обследований на современном уровне	4,67±0,11	4,70±0,05	4,76±0,08	4,71±0,04
Более удобный график работы врачей-специалистов	4,33±0,11	4,32±0,09	4,97±0,03	4,47±0,07
Наличие нужных врачей-специалистов	5,00±0,00	4,80±0,03	4,83±0,06	4,83±0,03
Внимательное отношение медицинского персонала	5,00±0,00	4,62±0,04	4,96±0,04	4,73±0,03
Быстрота реагирования медицинского персонала на просьбы	4,67±0,11	4,73±0,04	4,92±0,08	4,76±0,04
Высокий профессионализм медицинского персонала	4,67±0,11	4,87±0,03	4,83±0,06	4,84±0,02
Достаточность времени, уделяемого врачом-специалистом	4,67±0,11	4,54±0,06	4,98±0,02	4,66±0,04
Полнота рекомендаций, которые дает врач-специалист	4,67±0,11	4,83±0,03	4,83±0,06	4,82±0,03
Согласование тактики лечения врачом-специалистом с пациентом	4,67±0,11	4,80±0,03	4,83±0,06	4,80±0,03
Получение от врача-специалиста информации о побочных эффектах от применения тех или иных лекарств, диагностических и лечебных процедур	4,67±0,09	4,71±0,05	4,55±0,10	4,67±0,04

Результаты исследования

Следует еще раз отметить, что выявление и изучение потребностей и ожиданий пациентов необходимо для обеспечения принципа пациентоориентированности при организации и оказании платных медицинских услуг, так как уровень пациентоориентированности характеризуется прежде всего уровнем удовлетворенности пациентов, который зависит от изначальных ожиданий.

В связи с этим представляет интерес изучение ожиданий контингента лиц, обращающихся за медицинскими услугами в государственные медицинские организации. Это тем более важно в контексте недавнего утверждения Росздравнадзора о том, что значительная часть нарушений в медицинских организациях государственного сектора связана с непредоставлением пациентам точной информации о видах и объемах, гарантированных гражданам бесплатных медицинских услуг.

При сравнительном анализе результатов социологического исследования по изучению ожиданий пациентов, обратившихся за платной медицинской помощью, представленных в ранее опубликованной статье [3], и ожиданий пациентов при получении медицинской помощи по полису ОМС в МОНИКИ (настоящее исследование), было выявлено, что респонденты имеют сходные ожидания, но склонны менее доверять «бесплатной» медицине (табл. 1, 2).

При обращении за платной медицинской помощью пациенты прежде всего надеялись на:

- «оказание медицинской помощи высокопрофессиональным медицинским персоналом»

(средний балл 4,84 против 3,50 по полису ОМС);

- на наличие всех необходимых им врачей-специалистов (средний балл 4,83 против 3,36 по полису ОМС);
- получение от врачей понятных рекомендаций (средний балл 4,82 против 3,59 по полису ОМС);
- обязательное согласование с ними тактики лечения и составление индивидуального плана лечения (средний балл 4,80 против 3,53 по полису ОМС);
- внимательное и при необходимости быстрое реагирование врача на просьбы пациента, связанные с диагностикой и лечением (средний балл 4,76 против 3,29 по полису ОМС).

Также при лечении за плату пациенты ожидают «внимательного отношения медицинского персонала» (средний балл 4,73 против 3,37 по полису ОМС); «хороших санитарно-гигиенических условий» (средний балл 4,73 против 3,21 по полису ОМС); «наличия современного медицинского оборудования» (средний балл 4,70 против 3,50 по полису ОМС) и др.

Однако в зависимости от возраста приоритетность ожиданий пациентов, обратившихся за платной медицинской помощью, менялась. Так, лица возрастной группы 60 лет и старше в первую очередь надеялись при лечении за плату:

- что время ожидания приема врача «у дверей кабинета» составит не более 15 мин (средний балл 5,00 против 2,46 по полису ОМС);

Распределение оценки ожиданий респондентов при получении медицинской помощи по полису ОМС в зависимости от возраста (балл)

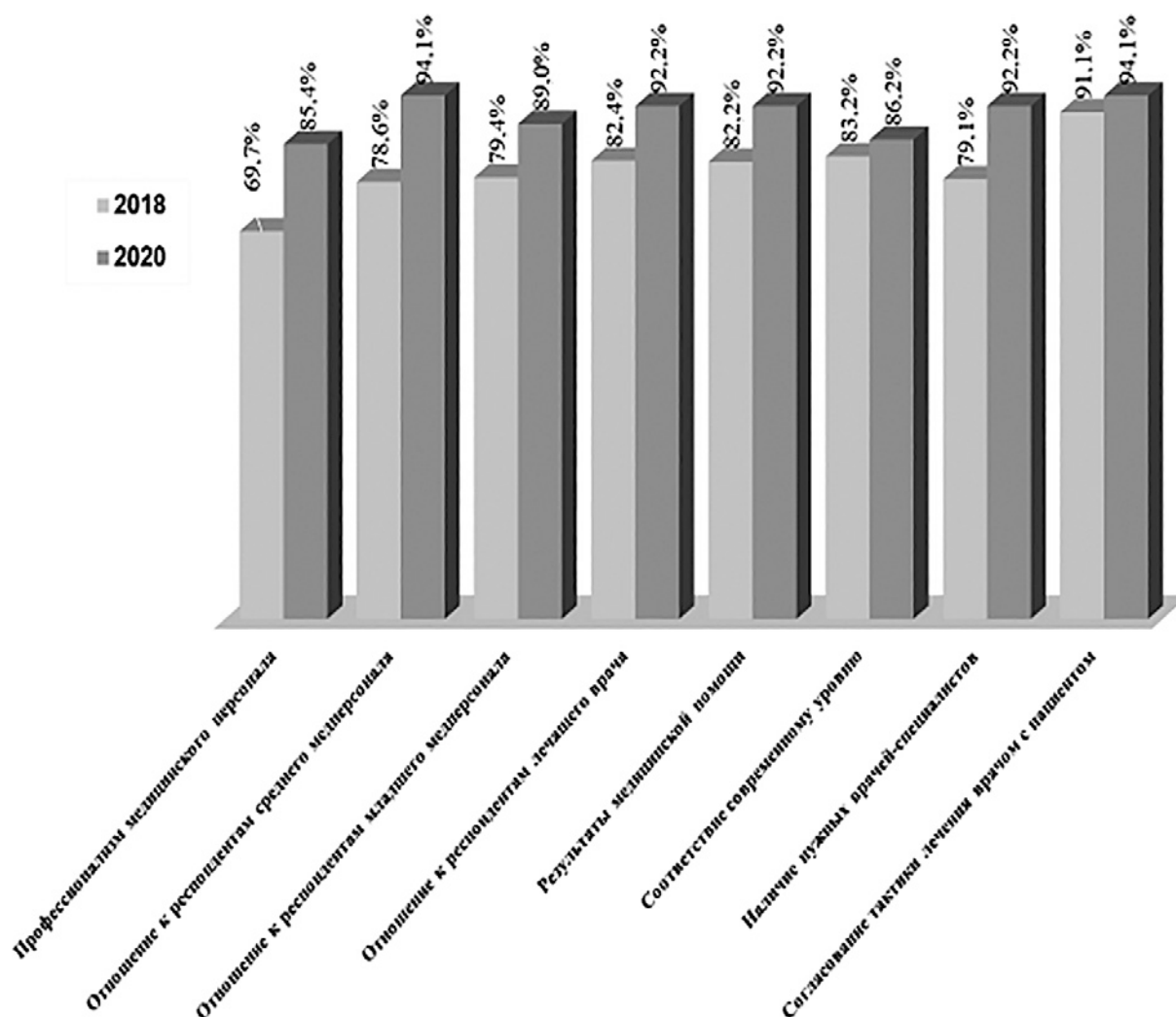
Критерии	Средняя оценка			
	15-29 лет	30-59 лет	60 лет и старше	Всего
Наличие современного медицинского оборудования	2,85±0,14	2,89±0,04	4,74±0,10	3,50±0,09
Комплексность медицинского обслуживания (обследования дооперационные - операции - послеоперационное наблюдение)	2,76±0,18	2,89±0,09	3,62±0,13	3,10±0,11
Широкий спектр предоставляемых медицинских услуг	2,54±0,20	2,56±0,06	4,13±0,09	3,08±0,12
Высокий уровень сервисных услуг	2,12±0,11	2,14±0,07	3,82±0,07	2,69±0,08
Обеспеченность медикаментами лечебного процесса	3,17±0,09	3,78±0,07	3,84±0,19	3,60±0,10
Положительные результаты лечения / улучшение состояния здоровья	3,54±0,18	1,78±0,04	4,51±0,15	3,28±0,11
На прием к врачу-специалисту можно попасть в тот же день	1,92±0,24	1,89±0,14	2,83±0,17	2,21±0,16
Время ожидания приема врача-специалиста у кабинета составит до 15 минут	2,38±0,19	2,33±0,07	2,46±0,04	2,39±0,07
Отсутствие очереди на госпитализацию	2,14±0,11	3,56±0,07	4,33±0,10	3,34±0,05
Хорошие санитарно-гигиенические условия	3,52±0,06	2,56±0,05	3,54±0,21	3,21±0,14
Короткие сроки проведения обследования	2,53±0,22	3,78±0,04	4,18±0,10	3,49±0,16
Точные результаты обследования	3,46±0,24	2,67±0,05	3,84±0,15	3,32±0,16
Проведение обследований на современном уровне	3,07±0,13	3,11±0,06	3,52±0,08	3,23±0,09
Удобный график работы врачей-специалистов	2,62±0,08	2,67±0,07	3,56±0,06	2,95±0,06
Наличие нужных врачей-специалистов	2,82±0,03	2,89±0,04	4,37±0,06	3,36±0,04
Внимательное отношение медицинского персонала	3,08±0,04	3,11±0,03	3,91±0,02	3,37±0,02
Быстрота реагирования медицинского персонала на просьбы	2,92±0,10	2,78±0,03	4,18±0,04	3,29±0,05
Высокий профессионализм медицинского персонала	3,08±0,09	3,22±0,03	4,19±0,04	3,50±0,05
Достаточность времени, уделяемого врачом-специалистом	2,85±0,11	3,11±0,05	4,13±0,05	3,36±0,07
Понятность рекомендаций, которые дает врач-специалист	3,31±0,10	3,33±0,05	4,15±0,09	3,59±0,05
Согласование тактики лечения врачом-специалистом с пациентом	3,23±0,11	3,44±0,03	3,93±0,09	3,53±0,07
Получение от врача-специалиста информации о побочных эффектах от применения тех или иных лекарств, диагностических и лечебных процедур	2,61±0,05	3,22±0,04	3,64±0,15	3,16±0,08

- что врач на приеме уделит им достаточно времени (средний балл 4,98 против 4,13 по полису ОМС);
 - что будет «удобный график работы врачей» (средний балл 4,97 против 3,56 по полису ОМС);
 - что медицинский персонал внимательно к ним отнесется и быстро отреагирует на их просьбы (средний балл 4,96 и 4,92 соответственно против 3,91 и 4,18 по полису ОМС);
 - что медицинское обслуживание будет комплексным: дооперационное обследование — операция — послеоперационное наблюдение (средний балл 4,89 против 3,62 по полису ОМС);
 - что рекомендации врача по поводу тактики лечения будут разъяснены и понятны (средний балл 4,83 против 4,15 по полису ОМС).
- В то же время пациенты возрастной группы 15—29 лет прежде всего ожидают:
- «наличие нужных врачей-специалистов» (средний балл 5,00 против 2,82 по полису ОМС);
 - «хорошие санитарно-гигиенические условия» (средний балл 5,00 против 3,52 по полису ОМС);
 - «внимательное отношение медицинского персонала» (средний балл 5,00 против 3,08 по полису ОМС);
 - «высокий профессионализм медицинского персонала» (средний балл 4,67 против 3,08 по полису ОМС);
 - «проведение обследования на современном уровне» (средний балл 4,67 против 3,07 по полису ОМС);

- «высокий уровень сервисных услуг» (средний балл 4,50 против 2,12 по полису ОМС);
- «отсутствие очереди на госпитализацию» (средний балл 4,50 против 2,14 по полису ОМС);
- «улучшение состояния здоровья» (средний балл 4,46 против 3,54 по полису ОМС);
- «приемлемую стоимость и более широкий спектр медицинских услуг» (средний балл 4,33 и 4,18 соответственно против 2,54 по полису ОМС).

Пациенты возрастной группы 30—59 лет, обращаясь за платными медицинскими услугами, в первую очередь надеялись:

- на «высокий профессионализм медицинского персонала» (средний балл 4,87 против 3,22 по полису ОМС);
- на «хорошие санитарно-гигиенические условия» (средний балл 4,85 против 2,56 по полису ОМС);
- на «понятность рекомендаций врача и согласование тактики лечения» (средний балл 4,83 и 4,80 соответственно против 3,33 и 3,44 по полису ОМС);
- на «наличие нужных врачей-специалистов» (средний балл 4,80 против 2,89 по полису ОМС);
- на «быстроту реагирования медицинского персонала на просьбы, связанные с диагностикой и лечением» (средний балл 4,73 против 2,78 по полису ОМС);
- на «наличие современного медицинского оборудования» (средний балл 4,72 против 2,89 по полису ОМС);
- на «получение от врача информации о побочных эффектах от применения лекарств, диа-



Удовлетворенность пациентов, получивших медицинскую помощь на платной основе в 2018 и 2020 гг.

гностических и лечебных процедур» (средний балл 4,71 против 3,22 по полису ОМС);

— на «более короткие сроки проведения обследования» (средний балл 4,70 против 3,78 по полису ОМС).

Следует отметить, что выявление и изучение потребностей и ожиданий пациентов необходимо для осуществления целенаправленных ответных действий персоналом клиники, цель которых — соответствовать ожиданиям пациентов, что и будет способствовать обеспечению принципа пациентоориентированности при организации и оказании платных медицинских услуг.

Апробация и внедрение «комплекса мероприятий для дальнейшего совершенствования качества организации платных медицинских услуг населению» на базе ГБУЗ МО МОНИКИ имени М. Ф. Владимирского позволили добиться улучшения целого ряда показателей, свидетельствующих о возрастании удовлетворенности пациентов организацией платной медицинской помощи и «эффективности основных направлений обеспечения принципа пациентоориентированности», разработанных в ходе проведенного исследования.

Например, как показали результаты повторного анкетирования, проведенного в 2020 г., более 92,2% респондентов (в 2018 г. — 79,1%) были удовлетворены наличием врачей-специалистов в отделении платных медицинских услуг (см. рисунок).

Также оправдались ожидания пациентов относительно профессионализма медицинского персонала: удовлетворены 85,4% респондентов (в 2018 г. — 69,7%). Было установлено, что большинство респондентов полностью удовлетворены отношением к ним медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги, в том числе отношением лечащего врача (92,2%; в 2018 г. — 82,4%), отношением среднего медицинского персонала (94,1%; в 2018 г. — 78,6%), отношением младшего медицинского персонала (89,0%; в 2018 г. — 79,4%).

Одним из наиболее ожидаемых критериев при получении платной медицинской помощи, по мнению респондентов, является согласование тактики лечения врача с пациентом. В отношении данного аспекта оправдались ожидания 94,1% респондентов (в 2018 г. — 91,1%).

Изучение мнения пациентов о финансовой доступности платных медицинских услуг показало,

Здоровье и общество

что для подавляющего большинства (76,5%) респондентов стоимость медицинских услуг приемлема (в 2018 г. — 68,7%).

Обсуждение

Государственная политика в сфере платных услуг ориентирована прежде всего на правовую защищенность пациента, расширение его прав в отношении выбора медицинской организации и врача, соблюдение требований безопасности и качества медицинской помощи, соответствие оказанной помощи его ожиданиям.

Положительным моментом организации и оказания платных медицинских услуг можно считать принцип пациент-центрированности [6].

Вопрос о развитии пациентоориентированной культуры в медицинских организациях в современном мире является актуальным. Об этом свидетельствует анализ зарубежной литературы, посвященной данной тематике. Как правило, авторов публикаций в наибольшей степени интересуют факторы, влияющие на развитие пациентоориентированной культуры в медицинских организациях, и индикаторы оценки состояния этой корпоративной культуры [7, 8].

Являясь основой для оценки качества организации медицинской помощи, принцип ориентации на потребности пациента характеризуется уровнем удовлетворенности пациентов, который зависит от их изначальных ожиданий от процесса лечения и того, что они получают в итоге, т. е. в центре стоит пациент в комплексе его физиологических, психологических и социальных потребностей.

Заключение

В целом изучение мнения пациентов, обратившихся за платными медицинскими услугами в МОНИКИ, свидетельствует, что приоритетность их ожиданий при получении медицинской помощи в основном соответствует таковой при получении медицинской помощи по полису ОМС. Население готово платить за медицинскую помощь, чтобы получить ее в более короткие сроки, на высоком профессиональном уровне, с разъяснением и согласованием врачом тактики лечения, с использованием современного оборудования и в более комфортных условиях. Также было выявлено, что приоритетность ожиданий пациентов, обратившихся за медицинской помощью, в обоих случаях различается в зависимости от возраста. При этом доверие пациентов к бесплатной медицине проявляется в меньшей мере.

Результаты исследования позволили научно обосновать и внедрить «комплекс мероприятий для дальнейшего совершенствования качества организации и доступности платных медицинских услуг населению» с целью обеспечения их пациентоориентированности. Это позволило повысить удовлетворенность большинства пациентов (82,8% в 2018 г. и 90,2% в 2020 г.), по мнению которых, результаты

оказанной платной медицинской помощи соответствовали их ожиданиям.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Токтаныязов А. Б. Надзор за исполнением законодательства о предоставлении платных медицинских услуг. *Законность*. 2015;(4):21—4.
2. Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Перепелова О. В., Песенникова Е. В. Совершенствование системы оказания платных услуг в государственной медицинской организации. В сб.: Основные проблемы в современной медицине: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. М.; 2017. С. 30—2.
3. Перепелова О. В. Вопросы совершенствования системы оказания платных медицинских услуг населению в государственной медицинской организации. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2019;61(1): 49—53.
4. Курс лекций по дисциплине «Статистика». М.: ФГБОУ ВО «Финансовый университет при правительстве Российской Федерации»; 2019. 58 с. Режим доступа: <http://www.fa.ru/fil/surgut/sveden/Documents.pdf> (дата обращения 04.06.2021).
5. Цыганков В. А., Жарков С. Л. Классификация и систематизация трудоспособного населения по возрастным группам. *Омский научный вестник*. 2009;79(4). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-i-sistematizatsiya-trudosposobnogo-naseleniya-po-voznrastnym-grupпам> (дата обращения 04.06.2021).
6. Нечаев В. С., Нисан Б. А., Заика Н. М. Из истории взаимодействия частного и государственного секторов в здравоохранении зарубежных стран. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН*. 2012;(6):92—6.
7. Thibaut F. From basic research to personalized medicine. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2014;18(3):231—2.
8. Arpey N. C., Gaglioti A. H., Rosenbaum M. E. Now Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study *J. Prim. Care Commun. Health*. 2017;8(3):169—75.

Поступила 08.06.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Toktanyazov A. B. Supervision over the implementation of the legislation on the provision of paid medical services. *Zakonnost' = Legality*. 2015;(4):21—4 (in Russian).
2. Grishina N. K., Solovyova N. B., Perepelova O. V., Pesennikova E. V. Improvement of the system of rendering paid services in the state medical organization. In: Main problems in modern medicine: Collection of scientific papers based on the results of the international scientific and practical conference [Osnoynnyye problemy v sovremennoy meditsine: Sbornik nauchnykh trudov po itogam mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii]. Moscow; 2017. P. 30—2 (in Russian).
3. Perepelova O. V. Issues of improving the system of paid medical services to the population in the state medical organization. *Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye = Public Health and Healthcare*. 2019;61(1):49—53 (in Russian).
4. Course of lectures on the discipline “Statistics”. Moscow: Financial University under the Government of the Russian Federation; 2019. 58 p. Available at: <http://www.fa.ru/fil/surgut/sveden/Documents.pdf> (accessed 04.06.2021).
5. Tsygankov V. A., Zharkov S. L. Classification and systematization of the able-bodied population by age groups. *Omskiy nauchnyy vestnik*

- = *Omsk Scientific Bulletin*. 2009;79(4). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-i-sistematizatsiya-trudosposobnogo-naseleniya-po-voznrastnym-gruppam> (accessed 04.06.2021) (in Russian).
6. Nechayev V. S., Nisan B. A., Zaika N. M. From the history of interaction between the private and public sectors in the health care of foreign countries. *Byulleten' Natsional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ya RAMN = Bull. National Research Institute of Public Health, Russian Academy of Medical Sciences*. 2012;(6):92–6 (in Russian).
 7. Thibaut F. From basic research to personalized medicine. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2014;18(3):231–2.
 8. Arpey N. C., Gaglioti A. H., Rosenbaum M. E. Now Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study *J. Prim. Care Commun. Health*. 2017;8(3):169–75.

Ананченкова П. И.^{1,2}, Тонконог В. В.³, Тимченко Т. Н.³

АПТЕЧНЫЙ ТУРИЗМ. ЧАСТЬ 1. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

³ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, г. Новороссийск

Орфанные заболевания являются объектом пристального внимания российского законодательства и системы российского здравоохранения. Их низкая распространенность среди населения создает трудности в своевременной постановке диагноза, лекарственном обеспечении и оказании медицинской помощи. Кроме того, отсутствие комплексного подхода к вопросам диагностики и лечения редких заболеваний не способствует скорейшему решению существующих проблем в данной сфере. Зачастую невозможность получения необходимого курса лечения вынуждает пациентов с орфанными заболеваниями искать альтернативные источники. В статье оценена современная ситуация, касающаяся лекарственного обеспечения граждан, страдающих заболеваниями, включенными в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных), приводящих к сокращению продолжительности жизни или инвалидности, и заболеваний, входящих в федеральную программу «14 ВЗН». Затронуты вопросы ведения учета пациентов и финансирования закупок лекарственных средств. Проведенное исследование позволило авторам обозначить проблемы в организации лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями, связанные со сложностью учета их численности и отсутствием целостной системы льготного лекарственного обеспечения.

Ключевые слова: орфанные (редкие) заболевания; лекарственное обеспечение; медицинская помощь; высокочастотные нозологии.

Для цитирования: Ананченкова П. И., Тонконог В. В., Тимченко Т. Н. Аптечный туризм. Часть 1. Анализ состояния лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):33—43. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-33-43>

Для корреспонденции: Тонконог Виктория Владимировна, канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры таможенного права ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: vikatonkonog79@mail.ru

Ananchenkova P. I.^{1,2}, Tonkonog V. V.³, Timchenko T. N.³

THE PHARMACY TOURISM. PART I. THE ANALYSIS OF STATE OF MEDICINAL SUPPORT OF PATIENTS WITH RARE DISEASES

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

²The State Budget Institution "The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department", 115088, Moscow, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The F. F. Ushakov State Marine University", 353924, Novorossiysk, Russia

In Russia, the orphan diseases for many years are the object of intent attention both of the national legislation and health care system. The lower prevalence of these diseases in population causes predicaments to timely diagnosis, drug provision and medical care. Besides, absence of integrated approach to issues of diagnosis and treatment of rare diseases contribute nothing to fast solving of actual problems in this field. Frequently, impossibility to get necessary course of treatment forces patients with orphan diseases to seek for alternative sources. The article assesses current situation with medications support of patients suffering from diseases included in the list of life-threatening and chronic progressive rare (orphan) diseases that result in shortening life-span or disability and diseases included in the Federal Program "The 14 high-cost nosologies". The issues of keeping record of patients and financing medications purchase are touched upon. The study results identified problems of organization of medication support of patients with orphan diseases associated with complexity of accounting their number and absence of integral system of preferential medication support.

Keywords: orphan (rare) disease; medication; medical care; high-cost nosologies.

For citation: Ananchenkova P. I., Tonkonog V. V., Timchenko T. N. The pharmacy tourism. Part I. The analysis of state of medicinal support of patients with rare diseases. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(1):33–43 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-33-43>

For correspondence: Tonkonog V. V., candidate of economical sciences, associate professor of the Chair of Customs Law of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The F. F. Ushakov State Marine University". e-mail: vikatonkonog79@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 19.09.2022
Accepted 31.10.2022

Введение

Диагностика и лечение редких заболеваний стали доступны в конце XX в. благодаря развитию генетического тестирования и биотехнологий. Сегодня в мире не существует универсального подхода к раз-

витию системы диагностики, лечения и лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями, однако повсеместно ответственность за лечение «редких» пациентов берет на себя государство. Такая ответственность существует и в России.

В Российской Федерации определение понятия редких (орфанных) заболеваний дано в п. 1 ст. 44 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1]. Согласно данной статье, редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев на 100 тыс. населения. Ст. 4 Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» установлено, что орфанные лекарственные препараты — это лекарственные препараты, предназначенные исключительно для диагностики или патогенетического лечения (лечения, направленного на механизм развития заболевания) редких (орфанных) заболеваний.

П. 2 ст. 44 Федерального закона № 323-ФЗ свидетельствует о необходимости формирования перечня редких (орфанных) заболеваний федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещения его на официальном сайте в сети Интернет. Так, на сайте Минздрава России по состоянию на 31.03.2022 размещен список орфанных заболеваний, в который включены 273 наименования. Стоит отметить, что представленный на официальном сайте Минздрава России список орфанных заболеваний не означает, что для каждого из них существуют методы лечения и адекватная лекарственная терапия [2].

Во исполнение п. 3 ст. 44 Федерального закона № 323-ФЗ Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 403 [3] были утверждены Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и правила ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. Данный Перечень был сформирован из Перечня редких (орфанных) заболеваний, размещенного на официальном сайте Минздрава России. Основные требования к включению заболевания в этот список (редкость, четкая клиническая и патогенетическая картина заболевания, возможность патогенетического лечения, лекарственный препарат или лечебное питание для лечения заболевания) должны быть зарегистрированы на территории России. Организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, является полномочием органов государственной власти субъектов Российской Федерации [1].

Так, согласно законодательству Российской Федерации, существуют два перечня:

— Перечень редких (орфанных) заболеваний;

— Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

Кроме этого, с 2008 г. в России на государственном уровне была реализована программа «Семь нозологий». В соответствии с ней лекарственные средства, предназначенные для лечения больных семью редкими и наиболее дорогостоящими заболеваниями, централизованно закупались за счет средств федерального бюджета. Препараты предоставлялись в амбулаторных условиях в виде льготного обеспечения. Изначально в программу входило семь заболеваний, в 2018 г. добавилось еще пять (исключенных Федеральным законом от 03.08.2018 № 299-ФЗ из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации № 403). А в конце 2019 г. в программу добавлены еще два заболевания (исключенных Федеральным законом от 27.12.2019 № 452-ФЗ из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, утвержденного постановлением Правительства РФ № 403). Сейчас Федеральная программа Минздрава «14 высокозатратных нозологий» («14 ВЗН») включает в себя 14 заболеваний. В рамках программы «14 ВЗН» Минздрав собирает от регионов заявки на наиболее дорогостоящие лекарственные препараты и закупает их за счет средств федерального бюджета. Минздрав обеспечивает по программе пациентов с гемофилией, муковисцидозом, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, болезнью Гоше и другими заболеваниями, которые не поддаются полному излечению [4]. Основными правовыми документами в рамках реализации программы являются: Постановление Правительства Российской Федерации от 26.11.2018 № 1416 и Постановление Правительства Российской Федерации от 27.03.2020 № 344.

В 2020 г., благодаря повышению ставки налога на доходы физических лиц, был образован фонд «Круг добра». Фонд был создан для финансирования лекарственного обеспечения детей с отдельными редкими заболеваниями (Федеральный закон от 23.11.2020 № 372-ФЗ «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации в части налогообложения доходов физических лиц, превышающих 5 миллионов рублей за налоговый период», Указ Президента Российской Федерации от 05.01.2021 № 16 «О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, „Круг добра“», Постановление Правительства Российской Федерации от

Здоровье и общество

21.05.2021 № 769 «Об утверждении Правил обеспечения оказания медицинской помощи (при необходимости за пределами РФ) конкретному ребенку с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо группам таких детей»).

Объектом исследования данной научной работы выступает нормативно-правовая база, регламентирующая лекарственное обеспечение пациентов с орфанными заболеваниями.

Целью данной работы явился анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей порядок лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в Российской Федерации.

Важным шагом в определении критерия редких заболеваний, а именно — распространенности, было утверждение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Спустя три года Федеральный закон от 22.12.2014 № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон 61-ФЗ „Об обращении лекарственных средств“» разъяснил понятие орфанных лекарственных препаратов. Наряду с этим 26 апреля 2012 г. постановление Правительства № 403 утвердило Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и правила ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

В 2018 и 2019 гг. Федеральными законами № 299-ФЗ и № 452-ФЗ соответственно были исключены из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, сначала пять заболеваний, затем еще два, которые впоследствии были включены в федеральную программу «7 высокозатратных нозологий» («7 ВЗН») (запущенную еще в 2008 г.). Сейчас Федеральная программа Минздрава «14 ВЗН» включает в себя 14 заболеваний.

В 2021 г. Указом Президента Российской Федерации № 16 создан фонд «Круг добра» для финансирования лекарственного обеспечения детей с отдельными редкими заболеваниями. Правила обеспечения оказания медицинской помощи (при необходимости — за пределами Российской Федерации) конкретному ребенку с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо группам таких детей были утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 21.05.2021 № 769. Основными нормативно-правовыми актами для функционирования Фонда «Круг добра» явились:

— Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23.01.2021 № 128-р (о составе экспертного совета и правления фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе

редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра»);

— Постановление Правительства Российской Федерации от 05.03.2021 № 327 «О предоставлении в 2021 году гранта в форме субсидии за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета Фонду поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, „Круг добра“»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 06.04.2021 № 545 «О порядке приобретения лекарственных препаратов, медицинских изделий и технических средств реабилитации для конкретного ребенка с тяжелым жизнеугрожающим и хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо для групп таких детей»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 08.04.2021 № 555 «Об утверждении Правил ведения информационного ресурса, содержащего сведения о детях с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, включая информацию о закупке для таких детей лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе не зарегистрированных в Российской Федерации, технических средств реабилитации, и сведения о результатах лечения таких детей».

Материалы и методы

В ходе исследования авторами рассмотрены законодательные и иные нормативные правовые акты, касающиеся основ охраны здоровья пациентов с орфанными заболеваниями в Российской Федерации, работы российских авторов, проводивших исследования в сфере медицинского обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями, статистические данные и исследования (аналитические отчеты, социологические опросы) государственных органов, общественных организаций и объединений. В работе были использованы методы сравнительного анализа и экспертных оценок.

Результаты исследования

Рассмотрим Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 [3].

Как видно из представленного в табл. 1 Перечня, изначально в него входили 24 жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболевания, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. В 2018 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 № 1390 из списка были исключены пять заболеваний:

— гемолитико-уремический синдром;

Таблица 1

Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (с изменениями на 5 июня 2020 г.)

№	Наименование заболевания	Код заболевания*
1	Гемолитико-уремический синдром (исключена с 1 января 2019 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 № 1390)	D59.3
2	Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы—Микели)	D59.5
3	Апластическая анемия неуточненная (исключена с 17 июня 2020 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.06.2020 № 829)	D61.9
4	Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра) (исключена с 17 июня 2020 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.06.2020 № 829)	D68.2
5	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3
6	Дефект в системе комплемента	D84.1
7	Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8
8	Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланиемии)	E70.0, E70.1
9	Тирозинемия	E70.2
10	Болезнь «кленового сиропа»	E71.0
11	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1
12	Нарушения обмена жирных кислот	E71.3
13	Гомоцистинурия	E72.1
14	Глютарикацидурия	E72.3
15	Галактоземия	E74.2
16	Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри—Андерсона), Нимана—Пика	E75.2
17	Мукополисахаридоз, тип I (исключена с 1 января 2019 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 № 1390)	E76.0
18	Мукополисахаридоз, тип II (исключена с 1 января 2019 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 № 1390)	E76.1
19	Мукополисахаридоз, тип VI (исключена с 1 января 2019 г. постановлением Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 № 1390)	E76.2
20	Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2
21	Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0
22	Незавершенный остеогенез	Q78.0
23	Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0
24	Юношеский артрит с системным началом (исключена с 1 января 2019 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 № 1390)	M08.2

Примечание. *Указан в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

— мукополисахаридоз I, II и VI типа;

— юношеский артрит с системным началом.

В 2020 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.06.2020 № 829 были исключены еще два заболевания: апластическая анемия неуточненная и наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра).

Исключенные семь заболеваний впоследствии нашли свое отражение в ч. 7 ст. 44 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно изменениям, внесенным Федеральным законом от 03.08.2018 № 299-ФЗ (пять заболеваний), и Федеральным законом от 27.12.2019 № 452-ФЗ (два заболевания). После внесения изменений в ч. 7 ст. 44 № 323-ФЗ говорится об 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 типа, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного) X (Стюарта—Прауэра), лиц после трансплантации органов и/или тканей. При этом порядок обеспечения лекарственными

препаратами устанавливается Правительством Российской Федерации. Кроме того, Правительство Российской Федерации уполномочено на утверждение перечня таких препаратов и установление порядка его формирования.

Стоит отметить, что Перечень редких (орфанных) заболеваний в настоящий момент включает в себя 273 наименования, а Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, составляют лишь 17 заболеваний.

По данным экспертного совета по редким (орфанным) заболеваниям при комитете Госдумы по охране здоровья, в 2020 г. в государственной программе помощи людям с редкими жизнеугрожающими заболеваниями числилось около 15 тыс. человек. Наибольшее число орфанных пациентов с жизнеугрожающими заболеваниями проживали в шести регионах (рис. 1) [6].

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, является полномочием органов государственной власти

Здоровье и общество

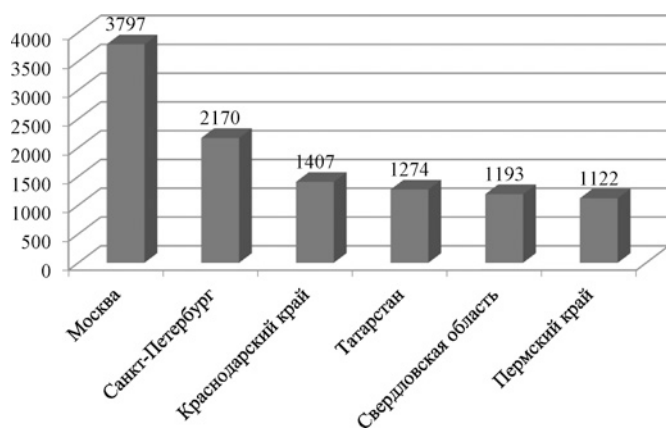


Рис. 1. Регионы, лидирующие по численности орфанных пациентов с жизнеугрожающими заболеваниями в России в 2020 г. (в абс. ед.).

субъектов Российской Федерации. Но координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, отнесена Конституцией Российской Федерации к совместному ведению Российской Федерации и субъектов. По вопросу обеспечения лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в Перечень редких жизнеугрожающих заболеваний, есть определение Конституционного Суда Российской Федерации от 02.07.2013 № 1054-О [7]: «...определение Российской Федерацией полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации по предметам совместного ведения, связанным с реализацией функций социального государства, не означает, что Российская Федерация тем самым перестает нести ответственность за состояние дел в соответствующей сфере (Постановление от 17 июня 2004 года № 12-П; определения от 27 декабря 2005 года № 502-О и от 16 ноября 2006 года № 508-О). Напротив, в случае недостаточности собственных средств для покрытия расходов на обеспечение лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности, субъекты Российской Федерации вправе рассчитывать на оказание им Российской Федерацией в той или иной форме финансовой помощи целевого характера».

Действительно, на протяжении 10 лет при наличии запроса от субъектов Российской Федерации о необходимости дофинансировать лекарственное обеспечение пациентов с редкими жизнеугрожающими заболеваниями органами власти Российской Федерации принимались решения, направленные на содействие и улучшение ситуации со льготным лекарственным обеспечением указанной категории пациен-

тов: так, в 2015 г. по постановлению Правительства Российской Федерации от 19.06.2015 № 609 из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации были выделены иные межбюджетные трансферты в размере 12 млрд руб. в целях улучшения лекарственного обеспечения граждан, в том числе для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности.

Далее рассмотрим результаты реализации федеральной программы Минздрава России «14 ВЗН». Согласно анализу закупочных процедур по программе «14 ВЗН», проведенному Всероссийским союзом пациентов [8], число пациентов за последние 10 лет реализации программы увеличилось в 4 раза (с 52 тыс. в 2009 г. до 230 тыс. в 2021 г.; рис. 2).

Как видно из статистических данных, представленных на рис. 2, ежегодно демонстрируется неизменный рост числа пациентов, участвующих в программе.

Показатели финансирования программы представлены на рис. 3.

Финансирование программы носит нелинейный характер, оно изменялось как в плюс, так и в минус независимо от постоянного роста количества пациентов, которые обеспечиваются программой. Фактический рост в рублевом эквиваленте с 2008 г. составил чуть более 100%, при том что количество пациентов (с 2009 г.) увеличилось практически в 5 раз.

Проведенный Всероссийским союзом пациентов анализ позволил авторам заключить, что дефицит финансирования в 2021 г. составил порядка 10 млрд руб., а с учетом потребности в формировании переходящего остатка на 2022 г. — 18 млрд руб.

К началу апреля 2022 г. Минздрав России почти полностью израсходовал предусмотренный на текущий год бюджет на закупку препаратов по госпрограмме «14 ВЗН». ФКУ «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения граждан» объявило дополнительные аукционы

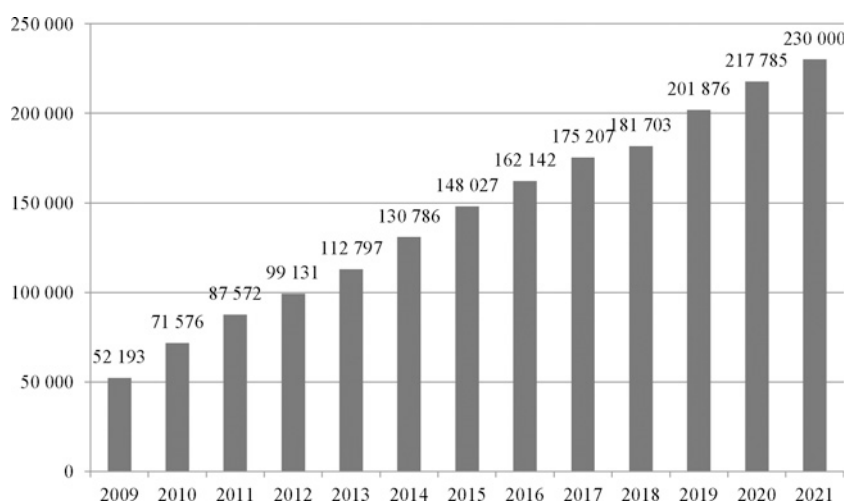


Рис. 2. Число пациентов в программе высокотратных нозологий (в абс. ед.).

на приобретение лекарств из перечня «14 ВЗН» общей стоимостью 23 млрд руб. Эти средства были заложены на 2023—2024 гг. [9]. Также, по мнению авторов, за последние 5 лет участились случаи обращений от пациентов и пациентов организаций по поводу сбоев в реализации права на получение лекарственных препаратов, несмотря на значительные усилия, которые были направлены на реализацию и развитие программы [8].

Как утверждают авторы (Всероссийский союз пациентов) [8] в своем исследовании, реальная ситуация с обеспечением пациентов с рассеянным склерозом окрелизумабом (международное непатентованное наименование — МНН) и больных гемофилией эмицизумабом (МНН) в 2021 г. была следующей: закупка окрелизумаба была осуществлена в размере 49 и 17% (суммарно 66%) от потребности 2021 г. в марте и июне 2021 г. соответственно, а закупка эмицизумаба в размере 50% от потребности 2021 г. была осуществлена только в апреле 2021 г., при этом фактически получать терапию пациенты в некоторых регионах смогли только в июне из-за длительного процесса постановки препарата на учет для отпуска пациентам. Таким образом, пациенты в течение 3—6 мес находились без лечения в ожидании получения препаратов. Следовательно, не успев начать долгожданную терапию, пациенты вынуждены были ее прервать по причине отсутствия окрелизумаба и эмицизумаба в регионах в необходимых количествах, заявленных специалистами на 2021 г. Дефицит окрелизумаба наблюдался в 80 регионах, что сказалось на 2350 пациентов. Аналогичная ситуация (по мнению авторов исследования [8]) наблюдалась еще с 8 препаратами программы «14 ВЗН».

Как сказано ранее, в 2021 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 21.05.2021 № 769 были утверждены Правила (на основании Указа Президента Российской Федерации № 16 о создании Фонда «Круг добра»), которые устанавливают порядок обеспечения оказания медицинской помощи (при необходимости — за пределами Российской Федерации) конкретному ребенку с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием. Настоящие Правила распространяются на детей в возрасте до 18 лет, являющихся гражданами Российской Федерации [10, 11]. Согласно данному документу, перечень заболеваний формируется с учетом следующих критериев:

- заболевание имеет распространенность не более 10 случаев на 100 тыс. населения и/или является хроническим с тяжелым течением, приводящим без патогенетического лечения к выраженным нарушениям жизненных функций или летальному исходу в детском возрасте;
- для лечения заболевания дополнительно к объемам медицинской помощи, оказываемой

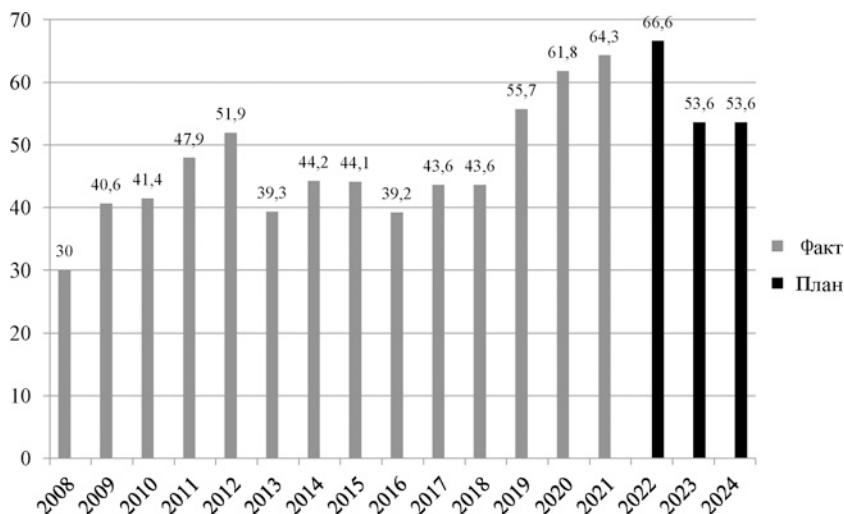


Рис. 3. Затраты на программу высокочастотных нозологий (в млрд руб.).

гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, необходимо дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи детям с орфанными заболеваниями, включая обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также техническими средствами реабилитации;

- для лечения заболевания имеются лекарственные препараты патогенетического действия, зарегистрированные в Российской Федерации, и/или в странах Европейского союза, и/или в Соединенных Штатах Америки, или имеются медицинские изделия, предназначенные для коррекции или лечения жизнеугрожающих заболеваний, зарегистрированные в Российской Федерации, и/или в странах Европейского союза, и/или в Соединенных Штатах Америки, а также технические средства реабилитации;
- для лечения заболевания имеется метод лечения с научно доказанной эффективностью.

Отметим, что обеспечение оказания медицинской помощи конкретному ребенку с орфанным заболеванием в части обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также техническими средствами реабилитации осуществляется в соответствии с утверждаемыми попечительским советом Фонда перечнем лекарственных препаратов, закупаемых Минздравом России или подведомственным ему казенным учреждением для нужд Фонда, и перечнем лекарственных препаратов, медицинских изделий, технических средств реабилитации, закупаемых Фондом для оказания медицинской помощи детям с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями (далее — перечни для закупок).

При формировании перечней для закупок лекарственных препаратов экспертным советом Фонда учитываются следующие критерии:

Здоровье и общество

- отсутствие возможности бесплатного обеспечения лекарственным препаратом или обеспечения лекарственным препаратом со скидкой, в том числе в случае, если лекарственный препарат не включен в утвержденный Правительством Российской Федерации Перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения 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 типа, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра), лиц после трансплантации органов и/или тканей;
- лекарственный препарат предназначен для патогенетического лечения больного с заболеванием, включенным в перечень заболеваний;
- лекарственный препарат зарегистрирован в Российской Федерации, и/или в странах Европейского союза, и/или Соединенных Штатах Америки;
- лекарственный препарат имеет доказательства клинической эффективности и безопасности его применения при данном заболевании (приведены ссылки на клинические исследования эффективности и безопасности применения данного лекарственного препарата);
- по результатам мониторинга эффективности и безопасности лекарственного препарата отсутствует информация о выявлении данных, не содержащихся в инструкции по медицинскому применению, или информация, свидетельствующая о превышении возможного риска применения лекарственного препарата по отношению к ожидаемой пользе;
- лекарственный препарат, который предлагается для включения в перечень лекарственных препаратов, закупаемых Минздравом России или подведомственным ему казенным учреждением для нужд Фонда, зарегистрирован в Российской Федерации.

Также в Постановлении говорится, что помощь может быть оказана как для конкретных детей с тяжелыми жизнеугрожающими или хроническими заболеваниями, так и для групп таких детей. При этом помощь может быть оказана за границей.

Рассмотрим результаты деятельности Фонда за 2021 г. [12]. По итогам 2021 г. в перечень заболеваний, с которыми работает Фонд «Круг добра», вошли 44 нозологии. Это все орфанные заболевания, для которых сегодня есть патогенетическое лечение. Фонд осуществляет закупку 40 наименований лекарственных препаратов и пяти видов медицинских изделий. Фонд совместно с Минздравом России разработал информационную систему, позволяющую родителям детей подавать заявление на по-

лучение помощи через единый портал государственных услуг, а также отслеживать процедуру принятия решений по заявке на лекарственное обеспечение.

В 2021 г. Фонд «Круг добра» оказал помощь 2085 детям: 2058 детей были обеспечены лекарственными препаратами и медицинскими изделиями или их закупка была законотрактована; 27 детей со злокачественными заболеваниями крови и кроветворных органов и тяжелых незлокачественных болезней крови и врожденных иммунодефицитов получили специализированную медицинскую помощь в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России (табл. 2).

Общая сумма средств, собранных за счет повышенной ставки налогообложения и направленных на реализацию основных задач, поставленных перед Фондом «Круг добра», в 2021 г. составила 75,05 млрд руб. В 2021 г. на реализацию дополнительного механизма организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи детям с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, было направлено более 30,9 млрд руб. (свыше 99% всех трат Фонда).

Фонд «Круг добра» самостоятельно определяет перечень заболеваний и перечень категорий детей, для которых показано назначение лекарств, медицинских изделий и технических средств реабилитации согласно критериям (приведены ранее). Также фонд формирует список препаратов и медицинских изделий, которые он закупает самостоятельно за счет грантов и пожертвований, и тех, что закупает государство. Решения о закупке по обоим спискам принимается Фондом. Следовательно, помощь может быть оказана не всем, кто в ней нуждается.

Рассмотрим пример с лечением больных спинальной мышечной атрофией — редким (орфанным) заболеванием, при котором происходит отмирание двигательных нейронов спинного мозга. Спинальная мышечная атрофия проявляется в виде нарушения функций мускулатуры ног, головы, шеи, а впоследствии — легких, сердца и других внутренних органов. Ужас этого заболевания состоит в том, что ребенок, страдающий им, сохраняет полную ясность ума. Без должного лечения пациенты редко доживают до двух лет. Как результат — смерть от остановки сердца или удушья.

Препарат, который может спасти ребенка от неминуемой гибели, есть. Таким незарегистрированным препаратом до 9 декабря 2021 г. была «Золгенсма» — самый дорогой препарат в мире, предназначенный для генно-заместительной терапии больных спинальной мышечной атрофией. Уникальность этого препарата заключается в том, что он вводится один раз в жизни и замещает дефектный ген *SMN1*, вызывающий заболевание. Постановлением Правительства от 18.01. 2022 № 14 было внесено изменение в Правила приобретения препаратов, позволя-

Итоги деятельности Фонда «Круг добра» по обеспеченности пациентов (детей) с тяжелыми жизнеугрожающими или хроническими заболеваниями лекарственными препаратами в 2021 г. [12]

Заболевание	Наименование препаратов		Число пациентов, абс. ед.
	МНН	торговое наименование (ТН)	
Спинальная мышечная атрофия	Нусинерсен	Спинраза	674
	Рисдиплам	Эврисди	496
	Онасемноген абепавовек	Золгенсма	20
Семейная средиземноморская лихорадка	Канакинумаб	Иларис	20
Криопирин-ассоциированный периодический синдром	Канакинумаб	Иларис	15
Периодический синдром, ассоциированный с рецептором фактора некроза опухоли	Канакинумаб	Иларис	6
Болезнь Помпе	Алглюкозидаза альфа	Майозайм	21
Гипофосфатазия	Асфотаза Альфа	Стрензик	26
Мукополисахаридоз IV A	Элосульфаза Альфа	Вимизайм	47
Нейробластома	Дунутуксимаб бета	Unituxin, Isquette, Карзиба	57
Миодистрофия Дюшенна—Беккера	Аталурен	Трансларна	132
Муковисцидоз	Ивакафтор+Лумакафтор	Оркамби	234
	Элексакафтор/Ивакафтор/Тезакафтор	Трикафта/Кафтрио	91
Синдром короткой кишки	Тедуглутид	Ревистив/Гэттестив	53
Туберозный склероз	Эверолимус	Афинитор	67
Нейрональный цероидный липофусциноз 2-го типа	Церлипоназа альфа	Бринейра	1
Дефицит лизосомной кислой липазы	Себелипаза альфа	Кануба	32
Наследственные дистрофии сетчатки, вызванные биаллельными мутациями в гене <i>RPE65</i>	Воретиген непарвовек	Лукстурна	6
Нейрофиброматоз 1-го типа	Селуметиниб	Коселуго	30
Гипер-IgD-синдром /синдром дефицита мевалонат-киназы	Канакинумаб	Иларис	9
Альфа-маннозидоз	Велманаз альфа	Ламзид	2
Пропионовая ацидемия	Карглумовая кислота	Карбаглу, Уцедан	3
Метилмалоновая ацидемия			3
Наследственный ангионевротический отек	Ланаделумаб	Такзайро	9
Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия	Имуноглобулин человека нормальный	Привиджен	2
Центральный гиповентиляционный синдром	Стимулятор диафрагмального (френического) нерва Марк IV		2
Итого...			2058

ющее фонду «Круг добра» закупать зарегистрированные в Российской Федерации лекарства до их ввода в гражданский оборот в течение 6 мес со дня государственной регистрации. Ранее незарегистрированный препарат мог быть привезен в Россию по запросу любого благотворительного фонда за 121 млн руб. Следовательно, Фонд «Круг добра» временно стал единственным фондом, имеющим право на приобретение «Золгенсмы» (до окончания государственной регистрации препарата).

Т а б л и ц а 3

Расходы Фонда «Круг добра» в части затрат на основную деятельность

Наименование расходов	Сумма, руб.
Осуществление закупки не зарегистрированных в России лекарственных препаратов	4 564 781 280,53 (законтрактовано) 3 462 760 915,20 из них оплачено
Осуществление медицинской помощи детям с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием	53 013 226,04
Закупка зарегистрированных в России лекарственных препаратов через ФКУ «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения граждан» Минздрава России	27 385 635 661,93
И т о г о: Средства для реализации дополнительного механизма организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи детям с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями	30 901 409 803,17

Но по критериям, обозначенным выше, не все желающие пациенты могли получить одобрение на обеспечение «Золгенсмой». По данным критериям возрастной предел детей со спинальной мышечной атрофией — до 6 мес. По достижении 6-месячного возраста Фонд отказывает в лечении. Стоит отметить, что производителем данного препарата срок установлен до 2 лет. В таких случаях, после отказа в получении лечения, родители больных детей вынуждены самостоятельно искать альтернативные варианты приобретения «Золгенсмы», организуя сборы денежных средств, обращаясь в благотворительные организации и к зарубежным производителям препарата.

Обсуждение

В 2020 г. в государственной программе помощи людям с редкими жизнеугрожающими заболеваниями числилось около 15 тыс. человек, а в программе «14 ВЗН» — более 230 тыс. В то же время авторы проекта «Если быть точным» (создан благотворительным фондом «Нужна помощь») указывают, что экспертные оценки сильно отличаются от официальных [13]. Так, журнал «Ragus», который издает Всероссийское общество орфанных заболеваний, говорит о 2—7 млн людей с редкими болезнями в России [14].

Интересны для рассмотрения результаты аналитического отчета Центра стратегических разрабо-

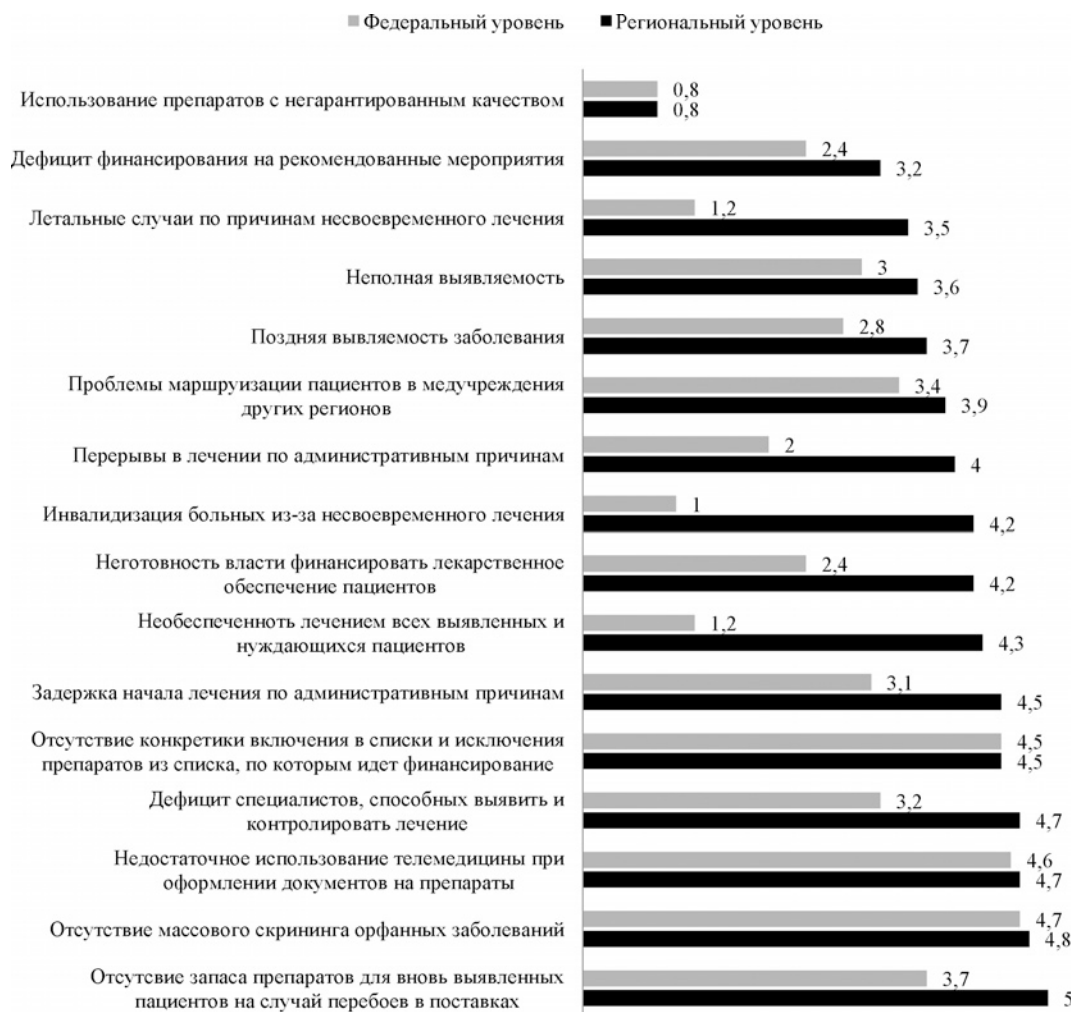


Рис. 4. Результаты опроса 14 аналитиков — специалистов по орфанным заболеваниям Центра стратегических разработок [15] (в баллах).

ток, который был посвящен анализу возможностей централизации закупок лекарств для пациентов с редкими заболеваниями за счет средств федерального бюджета [15]. Так, аналитики центра провели опрос среди 14 специалистов по орфанным заболеваниям с целью проведения оценки проблемы в области лечения (сопровождения орфанных заболеваний). Значимость проблемы оценивалась по шкале от 0 до 5, где 0 — это ее отсутствие, а 5 — очень высокая значимость (рис. 4).

Самая высокая значимость проблемы (на федеральном и региональном уровнях) связана с отсутствием запаса препаратов для вновь выявленных пациентов на случай перебоев в поставках. На втором месте по значимости определена проблема с отсутствием массового скрининга орфанных заболеваний (с незначительной разницей по уровням). На третьем месте респонденты определили проблему, связанную с недостаточным использованием телемедицины при оформлении документов на препараты и дефицит специалистов, способных выявить заболевание и контролировать лечение (на федеральном уровне ситуация менее критична). Кроме того, к явным проблемам (на двух уровнях) отнесено от-

сутствие конкретики включения в списки и исключения препаратов из списка, по которым идет финансирование. Задержка начала лечения по административным причинам и необеспеченность лечением всех выявленных и нуждающихся пациентов определены как значимые проблемы на региональном уровне.

Аналитики проекта «Если быть точным» замечают, что диагностика в России орфанных болезней и доступность лечения пока недостаточны. Они приводят данные опроса пациентов, который в 2020 г. провело объединение «Фармпробег» совместно с центрами помощи пациентам с орфанными заболеваниями «Дом редких», «Геном» и «Чтобы видеть!» [16]:

- около 70% российских орфанных пациентов не получают лекарств или получают их с перебоями;
- 54% отметили, что провели в ожидании постановки диагноза год и более (большинство указали в качестве причины низкий уровень подготовленности врачей).

Несовершенство системы организации лекарственным обеспечением пациентов с орфанными

заболеваниями вынуждает таких пациентов и их близких решать проблемы лекарственного обеспечения самостоятельно, прибегая к необходимости поиска и приобретения лекарственных средств, возможно, даже за пределами Российской Федерации.

Заключение

Несмотря на то что в мире насчитывается около 8 тыс. редких орфанных заболеваний, в Российской Федерации в информационном перечне редких заболеваний, который публикует Минздрав России, числится всего 273 заболевания. Можно заключить, что государственная статистика в России учитывает пациентов не по всем болезням из информационного перечня Минздрава России, а только по 31 позиции, которые входят в Перечень Правительства Российской Федерации (17 заболеваний) и в федеральную программу «14 ВЗН» (14 заболеваний).

Кроме того, цели ведения перечня орфанных заболеваний законодательством не установлены (ст. 44 регламентирует, что Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению жизни граждан или их инвалидности, ведется в целях лекарственного обеспечения).

Несмотря на законодательные нормы, предусматривающие нормы, правила и положения, касающиеся лекарственного обеспечения граждан, страдающих заболеваниями, включенными в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, охват нуждающихся пациентов ничтожно мал.

Обеспечение лекарственными препаратами по федеральной программе «14 ВЗН» испытывает дефицит финансирования, в связи с чем за последние 5 лет участились случаи обращений от пациентов и пациентских организаций по поводу сбоев в реализации права на получение лекарственных препаратов, несмотря на значительные усилия, которые были направлены на реализацию и развитие программы.

Результаты исследования подтверждают, что в настоящее время организация лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями несовершенна: имеют место сложность в учете численности пациентов и отсутствие целостной системы льготного лекарственного обеспечения.

Существующие проблемы в обозначенной области исследования вынуждают некоторых пациентов с орфанными заболеваниями самостоятельно искать выходы для поиска и приобретения жизненно необходимых препаратов.

Для преодоления выявленных проблем, по мнению авторов, необходимо расширить Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, утвержденный постановлением Правительства. Кроме того, требуется организация комплексного подхода к вопросам диагностики и лечения редких заболеваний со стороны феде-

ральных органов власти и научного сообщества, общественных и благотворительных организаций. Решение данной проблемы также позволит улучшить ситуацию с учетом пациентов с орфанными заболеваниями.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». *Консультант Плюс*. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 23.09.2022).
2. Перечень редких (орфанных) заболеваний. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9700-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy> (дата обращения 24.09.2022).
3. Постановление Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента». *Гарант*. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70168888/> (дата обращения 24.09.2022).
4. Минздрав потратит на закупку лекарств по «14 ВЗН» еще 23 млрд рублей. *Vademecum*. Режим доступа: <https://vademecum.ru/news/2022/04/25/minzdrav-potratit-na-zakupku-lekarstv-po-14-vzn-eshche-23-mlrd-rublej/> (дата обращения 23.09.2022).
5. Постановление Правительства РФ от 28 августа 2014 г. № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями). *Гарант*. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70728348/#:~:text=Постановление%20Правительства%20РФ%20от%2028,необходимых%20для%20оказания%20медицинской%20помощи> (дата обращения 23.09.2022).
6. Достижения терапии проходят мимо рублей. *Коммерсант*. Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/5606467> (дата обращения 23.09.2022).
7. Определение Конституционного Суда РФ от 02.07.2013 № 1054-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запросов Кабинета министров Республики Татарстан и Вахитовского районного суда города Казани о проверке конституционности пункта 10 части 1 статьи 16 и части 9 статьи 83 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». *Законы, Кодекс и НПА Российской Федерации*. Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-02072013-n-1054-o-ob/> (дата обращения 23.09.2022).
8. Письмо (Исх. ВСП-01/195 19.07.2021 г.) Всероссийского союза пациентов, адресованное Министру финансов РФ. *VSPRU media*. Режим доступа: <https://vspru.ru/media/1440609/19072021-ministru-finansov-rossiiskoi-federacii-ag-siluanovu-odop-finansirovanii-vzn.pdf> (дата обращения 23.09.2022).
9. Высокозатратные нозологии. Официальный сайт ФКУ «Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения граждан» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: https://fcpilo.minzdrav.gov.ru/?page_id=217 (дата обращения 23.09.2022).
10. Редкие болезни в России. *Журнал RARUS*. Режим доступа: <http://journal.rare-diseases.ru> (дата обращения 23.09.2022).
11. Постановление Правительства РФ от 21 мая 2021 г. № 769 «Об утверждении Правил обеспечения оказания медицинской помощи (при необходимости за пределами Российской Федерации) конкретному ребенку с тяжелым жизнеугрожающим или хроническим заболеванием, в том числе редким (орфанным) заболеванием, либо группам таких детей». *Гарант*. Режим доступа: <https://base.garant.ru/400794260/> (дата обращения 23.09.2022).
12. Годовой отчет за 2021 год. Официальный сайт Фонда «Круг добра». Режим доступа: <https://фондкругдобра.рф/итоги-2021/> (дата обращения 23.09.2022).
13. Половина расходов на лекарства от редких болезней пришла с 10 регионов. *РБК*. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/>

Здоровье и общество

- 30/09/2020/5f72fb3c9a7947ce2079f194 (дата обращения 23.09.2022).
- Редкие болезни в России. *Журнал RARUS*. Режим доступа: <http://journal.rare-diseases.ru> (дата обращения 23.09.2022).
 - На редкость нередкие. *Коммерсант*. Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/5019422> (дата обращения 23.09.2022).
 - Тимченко Т. Н., Тонконог В. В., Погарская А. С., Головань Т. В., Конфино К. В. Проблемы нормативно-правового обеспечения лекарственными препаратами с содержанием наркотических и психотропных веществ судов заграничавания. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(специальный выпуск):808–12.
 - 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(специальный выпуск):803–9.
 - 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.
 - Косьякова Н. В., Гаврилина Н. И. Орфанные заболевания — история вопроса и современный взгляд на проблему. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;2(ч.2). Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=21923> (дата обращения 15.09.2022).
 - Соколов А. А., Александрова О. Ю., Кадыров Ф. Н. Высокотехнологическая медицинская помощь больным редкими заболеваниями — проблемы организации и финансирования. *Менеджер здравоохранения*. 2016;(6):60–70.
 - Агасаров Л. Г., Апханова Т. В., Сергеев В. Н., Фесюн А. Д., Крюкова М. М., Васильева В. А., Кульчицкая Д. Б., Кончугова Т. В., Пузырева Г. А., Яковлев М. Ю. Нутрицевтическая коррекция в комплексном немедикаментозном лечении метаболического синдрома. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2021. №98(4): 25–31.
 - The ruling of the Constitutional Court of the Russian Federation dated 02.07.2013 No. 1054-O “On the refusal to accept for consideration the requests of the Cabinet of Ministers of the Republic of Tatarstan and the Vakhitovsky District Court of the city of Kazan to verify the constitutionality of paragraph 10 of Part 1 of Article 16 and Part 9 of Article 83 of the Federal Law «On the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation» Laws, Code and NPA of the Russian Federation. Available at: <https://legalacts.ru/doc/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-02072013-n-1054-o-ob/> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Letter (Ex. VSP-01/195 19.07.2021) of the All-Russian Union of Patients addressed to the Minister of Finance of the Russian Federation. *VSPRU media*. Available at: <https://vspru.ru/media/1440609/19072021-ministru-finansov-rossiiskoi-federacii-ag-siluanovu-odop-finansirovani-vzn.pdf> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - High-cost nosologies. The official website of the Federal State Institution “Federal Center for Planning and Organization of Drug Provision for Citizens” of the Ministry of Health of the Russian Federation. Available at: https://fcpilo.minzdrav.gov.ru/?page_id=217 (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Rare diseases in Russia. *RARUS log*. Available at: <http://journal.rare-diseases.ru> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Decree of the Government of the Russian Federation No. 769 of May 21, 2021 “On Approval of the Rules for Providing Medical care (if necessary outside the Russian Federation) to a Specific child with a serious life-threatening or chronic disease, including a rare (orphan) disease, or groups of such children”. *Garant*. Available at: <https://base.garant.ru/400794260/> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Annual Report for 2021. The official website of the Circle of Good Foundation. Available at: <https://фондкругдобра.rf/results-2021/> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Half of the costs of medicines for rare diseases fell on 10 regions. *RBK*. Available at: <https://www.rbc.ru/society/30/09/2020/5f72fb3c9a7947ce2079f194> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Rare diseases in Russia. *RARUS log*. Available at: <http://journal.rare-diseases.ru> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Extremely frequent. *Kommersant*. Available at: <https://www.kommersant.ru/doc/5019422> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
 - Timchenko T. N., Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S., Golovan T. V., Konfino K. V. Problems of regulatory and legal provision of drugs containing narcotic and psychotropic substances for ships abroad. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2021;29(special issue):808–12 (in Russian).
 - Timchenko T. N., Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S., Golovan T. V., Konfino 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(special edition):803–9 (in Russian).
 - Botnariuk M. V., Timchenko T. N. The Russian pharmaceutical market: the main trends of development and pricing in modern conditions. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022;30(2):198–206 (in Russian).
 - Kosyakova N. V., Gavrilina N. I. Orphan diseases — the history of the issue and a modern view of the problem. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya = Modern problems of science and education*. 2015;2(part 2). Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=21923> (accessed 15.09.2022) (in Russian).
 - Sokolov A. A., Alexandrova O. Yu., Kadyrov F. N. High-tech medical care for patients with rare diseases — problems of organization and financing. *Menedzher zdravookhraneniya = Health care manager*. 2016;(6):60–70 (in Russian).
 - Agasarov L. G., Apkhanova T. V., Sergeev V. N., Fesyun A. D., Kryukova M. M., Vasilyeva V. A., Kulchitskaya D. B., Konchugova T. V., Puzyreva G. A., Yakovlev M. Yu. Nutritional correction in complex non-drug treatment of metabolic syndrome. Questions of balneology, physiotherapy and therapeutic physical culture. 2021. №98(4): 25–31.

Поступила 19.09.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

- Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 “On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation”. Consultant Plus. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed 23.09.2022) (in Russian).
- List of rare (orphan) diseases. Ministry of Health of the Russian Federation. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9700-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy> (accessed 24.09.2022) (in Russian).
- Decree of the Government of the Russian Federation No. 403 of April 26, 2012 “On the Procedure for Maintaining the Federal Register of Persons Suffering from life-threatening and Chronic progressive Rare (orphan) Diseases leading to a reduction in the life expectancy of Citizens or their disability, and its regional segment”. *Garant*. Available at: <https://base.garant.ru/70168888/> (accessed 24.09.2022) (in Russian).
- The Ministry of Health will spend another 23 billion rubles on the purchase of medicines for “14 VZN”. *Vademecum*. Available at: <https://vademecum.ru/news/2022/04/25/minzdrav-potratis-na-zakupku-lekarstv-po-14-vzn-eshche-23-mlrd-rublej/> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
- Decree of the Government of the Russian Federation No. 871 dated August 28, 2014 “On approval of the Rules for the Formation of lists of medicines for medical use and the minimum range of medicines necessary for the provision of medical care” (with amendments and additions). *Garant*. Available at: <https://base.garant.ru/70728348/#:~:text=Resolution%20of%20the%20Government%20RF%20of%202028,required%20for%20contraindications%20medical%20help> (accessed 23.09.2022) (in Russian).
- The achievements of therapy pass by rubles. *Kommersant*. Available at: <https://www.kommersant.ru/doc/5606467> (accessed 23.09.2022) (in Russian).

Агаларова Л. С.¹, Розанова Т. П.², Стыцюк Р. Ю.², Таваков А. А.³

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ТУРИЗМА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367003, г. Махачкала;²ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125167, г. Москва;³ГБУ РД «Махачкалинский родильный дом № 2 имени Р. А. Каримова», 367003, г. Махачкала

Представлен анализ основных подходов к определению сущности лечебно-оздоровительного туризма в трудах отечественных ученых и исследователей, сделаны вывод о том, что наиболее распространенной классификацией лечебно-оздоровительного туризма является его разделение на лечебный и оздоровительный. К лечебному туризму относят медицинский и санаторно-курортный, а к оздоровительному — курортологический, SPA-туризм, Wellness-туризм. Определено различие между лечебным и оздоровительным туризмом в целях получения услуг, разработана авторская структура лечебно-оздоровительных услуг, видов туризма и специализирующихся организаций. Проведен анализ состояния спроса и предложения на лечебно-оздоровительный туризм за 2014—2020 гг. Сформулированы основные тенденции развития лечебно-оздоровительного сегмента в разрезе его направлений: рост SPA- и Wellness-индустрии, рост медицинского туризма, рост доходов от оздоровительного туризма. Определены и структурированы факторы, сдерживающие развитие и снижающие конкурентоспособность лечебно-оздоровительного туризма в России.

Ключевые слова: лечебно-оздоровительный туризм; диагностика; профилактика; реабилитация; рекреация; антистрессовые услуги; релакс-процедуры; санатории; курорты; SPA; Wellness-индустрия.

Для цитирования: Агаларова Л. С., Розанова Т. П., Стыцюк Р. Ю., Таваков А. А. Проблемы развития лечебно-оздоровительного туризма в современных условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):44—50. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-44-50>

Для корреспонденции: Стыцюк Рита Юрьевна, д-р экон. наук, профессор Департамента туризма и гостиничного бизнеса ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: RStytjuk@fa.ru

Agalarova L. S.¹, Rozanova T. P.², Stytsiuk R. Yu.², Tavakov A. A.³

THE PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF MEDICAL HEALTH-IMPROVING TOURISM IN MODERN CONDITIONS

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Dagestan State Medical University” of Minzdrav of Russia, 367003, Makhachkala, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125167, Moscow, Russia;³The State Budget Institution of the Republic of Dagestan “The R. A. Karimov Makhachkala Maternity Home № 2”, 367003, Makhachkala, Russia

The analysis of main approaches to determining essence of health-improving tourism in works of national scientists and researchers is presented. The conclusions are made that the most widespread classification of health-improving tourism is its division into medical and health-improving tourism. The medical tourism includes such its types as medical and sanatorium-health resort, and health-improving tourism covers balneologic, SPA-tourism, Wellness-tourism. The difference between medical and health-improving tourism is determined in order to regulate received services. The author's structure of medical and health-improving services, types of tourism and specialized organizations is developed. The analysis of supply and demand for health-improving tourism in 2014–2020 is presented. The main trends of development of health-improving segment in context of such its directions as increasing of SPA and Wellness industry, development of medical tourism, increasing of return on health tourism are formulated. The factors constraining development and reducing competitiveness of health-improving tourism in Russia are identified and structured.

Keywords: health-improving tourism; diagnostics; prevention; rehabilitation; recreation; anti-stress services; relaxation procedures; sanatorium; resort; SPA; Wellness; industry.

For citation: Agalarova L. S., Rozanova T. P., Stytsiuk R. Yu., Tavakov A. A. The problems of development of medical health-improving tourism in modern conditions. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):44–50 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-44-50>

For correspondence: Stytsiuk R. Yu., doctor of economical sciences, professor, professor of the Department of Tourism and Hotel Business of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: RStytjuk@fa.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 13.05.2022

Accepted 31.10.2022

Введение

На современном этапе развития общества лечебно-оздоровительный и медицинский туризм выступает одной из приоритетных задач органов государственной власти по жизнеобеспечению деятельности граждан, направленной на развитие и восстановление их физических, интеллектуальных и ду-

ховных сил. Во всем мире «лечебно-оздоровительный туризм является одним из наиболее динамично развивающихся видов туризма» [1]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, «туризм в сочетании с лечением и оздоровлением населения в 2022 году станет одним из ключевых видов деятельности в мире» [2].

Основные подходы к определению сущности лечебно-оздоровительного туризма в трудах отечественных ученых и исследователей

Наименование термина	Цель туризма	Направления лечебно-оздоровительных мероприятий	Автор подхода
Лечебно-оздоровительный туризм (2001)	Восстановление жизненно важных функций больных и ослабленных людей	Не указаны	Федякин А. А. [5]
Лечебный туризм (2002)	Не указаны	Отдых и лечение в курортных или санаторных условиях	Казаков В. Ф. [6]
Курортно-оздоровительный туризм (2003)	Оздоровительные цели	Не указаны	Балабанов И. Т., Балабанов А. И. [7]
Оздоровительный туризм (2007)	«Отдых, формирование здорового образа жизни, рекреация, профилактика заболеваний, оздоровление, лечение»	« «	Дыбовская Е. И. [8]
Лечебно-оздоровительный туризм (2008)	Оздоровительные цели, цели профилактики различных заболеваний организма человека	« «	Бабкин А. В. [9]
Оздоровительный туризм (2010)	Отдых и укрепление здоровья	Оздоровительные программы	Ветитнев А. М., Кусков А. С. [10]
Оздоровительный туризм (2011)	Оздоровительные цели, цели профилактики различных заболеваний организма человека, реабилитация, отдых	Не указаны	Чекмарева К. А. [11]
Оздоровительный туризм (2011)	Сохранение или восстановление здоровья	« «	Маврина Н. Ф. [12]
Лечебно-оздоровительный туризм (2012)	Предотвращение заболеваний, реабилитация, лечение различной патологии	Получение лечебно-диагностических, реабилитационных, профилактических и рекреационных услуг	Ветитнев А. М., Дзюбина А. В., Торгашева А. А. [13]
Лечебно-оздоровительный туризм (2012)	Удовлетворение медико-социальных и психолого-физиологических потребностей человека	Восстановление психологического, физиологического, духовного здоровья, лечение, профилактика, реабилитация, дополнительные рекреационные услуги	Оборин М. С. [14]
Оздоровительный туризм (2014)	Удовлетворение потребностей людей	Получение оздоровительных услуг, отдых, развлечения	Трофимов Е. Н., Мошняга Е. В., Сеселкин А. И. и др. [15]
Лечебно-оздоровительный туризм (2014)	Поддержание или улучшение состояния здоровья граждан	Лечебно-оздоровительные услуги	Сикорская В. А. [16]
Лечебный туризм (2014)	Не указаны	Профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные программы	Мозокина С. Л. [17]

В последнее десятилетие лечебно-оздоровительный туризм России претерпевает значительные изменения. Традиционные лечебно-оздоровительные курорты, которые ранее выступали местом оздоровления и отдыха для лиц преклонного возраста, становятся полноценными оздоровительными центрами для широкого круга потребителей. Это обусловлено более полноценным и целенаправленным сбором анамнеза, углубленным физикальным осмотром и обследованием, более полной дачей рекомендаций каждому больному по поводу его лечения, режима питания и обследования [3], а также изменением характера спроса на предоставляемые лечебно-оздоровительные услуги [1]. Повышается спрос на антистрессовые услуги, релакс-процедуры, услуги, способствующие поддержанию здорового образа жизни. С другой стороны, многие отечественные курорты переориентируют (расширяют) сферу своей деятельности в связи с сокращением финансовой поддержки со стороны органов государственной власти. Однако, если в развитых странах рынок курортно-оздоровительных услуг пребывает в стадии активного развития, лечебно-оздоровительный сегмент в России находится в стадии формирования.

В настоящее время лечебно-оздоровительный и медицинский туризм стал одной из сфер, особенно пострадавших во время пандемии: закрытые границы, колоссальная нагрузка на системы здравоохранения привели к тому, что поток туристов достиг своего минимума [1, 4]. Мировая экономика не-

спешно оправляется после такого удара, необходимо использовать вынужденный перерыв для повышения привлекательности и качества оказываемых гражданам медицинских и оздоровительных услуг. Период локдауна позволил иначе взглянуть на повседневное наполнение нашей жизни, в котором тепло человеческого общения, свобода передвижений приобрели особую ценность [4].

В ближайшие несколько лет в России прогнозируется рост показателей медицинского туризма в рамках лечебного за счет увеличения объема медицинских услуг по таким направлениям, как сердечно-сосудистая хирургия, эндопротезирование суставов, микрохирургия глаза, экстракорпоральное оплодотворение и др. Ожидается рост показателей оздоровительного туризма за счет активного развития рынка SPA- и Wellness-индустрии, а также расширения пакета услуг отечественных санаториев и курортов, в том числе в «мертвые» сезоны.

На сегодняшний день в научной отечественной среде сформулированы подходы к определению лечебно-оздоровительного туризма (табл. 1).

Как видно из определений, представленных в табл. 1, лечебный и оздоровительный туризм во многих из них синонимизируются. Лечебный туризм отождествляется с оздоровительным отдыхом (В. Ф. Казаков). Отдых выступает как целью лечебно-оздоровительного туризма (А. М. Ветитнев, А. С. Кусков), так и частью лечебно-оздоровительных мероприятий (Е. Н. Трофимов, Е. В. Мошняга, А. И. Сеселкин). Направления лечебно-оздорови-

Динамика изменения основных показателей санаторно-курортного (лечебного) туризма в России за период 2005—2020 гг.

Показатель	2014 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Количество санаториев и санаториев-профилакториев, абс. ед.	1886	1855	1808	1781
Абсолютный прирост: базисный/цепной, абс. ед.	-262/64	-293/-31	-340/-47	-367/-27
Темп прироста: базисный/цепной, %	-12,2/3,51	-13,64/-1,64	-15,83/-2,53	-17,09/-1,49
Темпы роста: базисный/цепной, %	87,8/103,51	86,36/98,36	84,17/97,47	82,91/98,51
Темп наращивания, %	2,98	-1,44	-2,19	-1,26
В том числе:				
санаториев, абс. ед.	1289	1287	1279	1271
санаториев-профилакториев, абс. ед.	597	568	529	510
Численность лечившихся и отдохнувших в санаториях и санаториях-профилакториях, тыс. человек	6641	6476	7134	5982
Абсолютный прирост: базисный/цепной, абс. ед.	293/532	128/-165	786/658	-366/-1152
Темп прироста: базисный/цепной, %	4,62/8,71	2,02/-2,48	12,38/10,16	-5,77/-16,15
Темпы роста: базисный/цепной, %	104,62/108,71	102,02/97,52	112,38/110,16	94,23/83,85
Темп наращивания, %	8,38	-2,6	10,37	-18,15

тельных мероприятий не детализируются (Е. И. Дыбовская, Н. Ф. Маврина). Наиболее полно направления лечебно-оздоровительных мероприятий, рекомендованные Всемирной туристской организацией (ЮНВТО) [15, 18], отражены в определении «лечебно-оздоровительного туризма», предложенном А. М. Ветитневым, А. В. Дзюбиной, А. А. Торгашевой.

К целям лечебно-оздоровительного туризма отнесем: предотвращение (профилактику) заболеваний организма человека, оздоровление, лечение, реабилитацию, формирование здорового образа жизни, отдых. В качестве основных направлений лечебно-оздоровительных мероприятий выделим: диагностические, лечебно-оздоровительные, профилактические, реабилитационные, рекреационные услуги, а также услуги по организации досуга. Данные табл. 1 также позволяют сделать вывод о том, что наиболее распространенной классификацией лечебно-оздоровительного туризма является его разделение на лечебный и оздоровительный. М. С. Оборин выделяет ключевые отличия лечебного туризма от оздоровительного: лечебный туризм реализуется на специализированных лечебно-оздоровительных территориях с курортной инфраструктурой, оздоровительный туризм — как на специализированных лечебно-оздоровительных территориях, так и в оздоровительно-профилактических заведениях (косметологические салоны, SPA-центры, спортивно-оздоровительные комплексы).

К лечебному туризму С. Л. Мозокина относит медицинский и санаторно-курортный, а к оздоровительному — курортологический, SPA-туризм, Wellness-туризм [17]. А. А. Щербакова, В. С. Орлова классифицируют лечебно-оздоровительный туризм на медицинский, санаторно-курортный и оздоровительный [19, 21]. А. К. Гергишан выделяет в составе лечебного курортный и клинический туризм [22, 23]. Приведенные классификации лечебно-оздоровительного туризма приводят к выводу, что ключевое отличие лечебного туризма и от оздоровительного заключается прежде всего в целях получения услуг: цель лечебного туризма — получить диагностические, лечебно-оздоровительные, реабилитационные услуги, цель оздоровительного — профилак-

тические, оздоровительные, рекреационные услуги, услуги по организации досуга и отдыха.

Материалы и методы

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансовому университету при Правительстве Российской Федерации в 2021 г.

При проведении исследования использованы данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (далее — Росстат), информация выборочных исследований работников санаторно-курортных комплексов, пансионатов и здравниц, материалы научных статей. В целях исследования применяли критический анализ научной и методической литературы, статистический и эмпирические методы, абстрагирование, синтез, системно-структурный подход.

Результаты исследования

Проведенный авторами анализ состояния спроса и предложения в сфере лечебно-оздоровительного туризма за 2014—2020 гг. позволяет отметить, что в 2020 г. по сравнению с 2014 г. количество санаториев и санаториев-профилакториев в России уменьшилось на 367 (17,1%) единиц (табл. 2).

В 2020 г. по сравнению с 2019 г. данный показатель сократился на 27 (1,5%) единиц. С каждым годом количество санаториев и санаториев-профилакториев в среднем уменьшалось на 61,17 единицы. В 2020 г. по сравнению с 2014 г. численность лечившихся и отдохнувших в санаториях и санаториях-профилакториях уменьшилась на 366 тыс. (5,8%). В 2020 г. по сравнению с 2019 г. данный показатель уменьшился на 1152 тыс. (16,2%). В среднем численность лечившихся и отдохнувших в санаториях и санаториях-профилакториях ежегодно сокращалась на 61 тыс. (1%).

О развитии медицинского туризма в России в рамках лечебного можно судить по Международному индексу медицинского туризма, рассчитанному International Healthcare Research Center (IHRC) по итогам 2020 г. В глобальном рейтинге Россия заняла 34-е место из 41 [24]. В рейтинге факторов окружа-

Популярные направления развития лечебно-оздоровительного туризма России по критерию посещаемости курортов туристами за 2018—2020 гг.

Курорт	Число туристов, абс. ед.		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Сочи (Краснодарский край)	6,5 млн (1)	Более 6 млн (1)	Более 6 млн (1)
Анапа (Краснодарский край)	4,7 млн (2)	4,7 млн (2)	4,7 млн (2)
Геленджик (Краснодарский край)	4,2 млн (3)	4 млн (3)	4,3 млн (3)
Ялта (Республика Крым)	2 млн. (4)	2 млн (4)	2,8 млн (5)
Евпатория (Республика Крым)	744 тыс. (5)	Более 600 тыс. (8)	Более 1 млн (7)
Новороссийск (Краснодарский край)	Более 600 тыс. (6)	Более 600 тыс. (8)	Более 600 тыс. (9)
Ейск (Краснодарский край)	Более 600 тыс. (6)	700 тыс. (7)	760 тыс. (8)
Светлогорск (Калининградская область)	Более 600 тыс. (6)	Более 600 тыс. (8)	—
Алушта (Республика Крым)	540 тыс. (7)	—	Более 600 тыс. (9)
Кисловодск (Ставропольский край)	300 тыс. (8)	—	—
Соль-Илецк (Оренбургская область)	—	1,4 млн (5)	1,4 млн (6)
Севастополь (Республика Крым)	—	1,3 млн (6)	3 млн (4)

Примечание. В скобках — место в рейтинге.

ющей среды, медицинской туристической инфраструктуры, а также факторов качества ее объектов и предоставляемых услуг Российской Федерации присвоены 34, 34 и 31-е места соответственно [1, 25]. Ухудшение внешней экономической конъюнктуры привело к более активному развитию внутреннего медицинского туризма в рамках лечебно-оздоровительного туризма.

В последние годы наблюдается рост числа учреждений курортологического туризма в рамках оздоровительного туризма. Количество домов отдыха и пансионатов с 2019 по 2020 г. выросло со 139 до 155 ед., баз отдыха, кемпингов и прочих организаций отдыха — со 2726 до 3930 ед., туристских баз — со 455 до 614 ед. [25]. Количество санаториев и санаториев-профилакториев в России уменьшилось за указанный период на 367 ед. (17,1%), численность домов, баз отдыха, кемпингов, пансионатов, турбаз увеличилось на 1379 ед. Привести более подробные точные статистические данные по курортологическому туризму не представляется возможным, так как статистическая информация, имеющаяся в открытом доступе, представлена вместе с данными о предоставленных населению санаторно-курортных услуг в рамках лечебного туризма.

С учетом дальнейшей модернизации санаториев и профилакториев Крыма, динамичного развития инфраструктуры в прочих курортных регионах России, формирования инновационных программ лечения и оздоровления численность потребителей санаторно-курортных услуг в 2023 г. составит около 7,8 млн [26]. В наиболее развитых регионах, а также городах федерального значения страны активно развивается рынок SPA- и Wellness-индустрии, предлагающий антистрессовые, релаксационные, косметологические программы населению. В России прогнозируется рост SPA- и Wellness-индустрии до 104 млрд руб. к 2023 г., доходы от оздоровительного туризма возрастут с 2015 г. на 7,5% и составят более 800 млрд руб. [3].

Авторами рассмотрены популярные направления развития лечебно-оздоровительного туризма в России по критерию посещаемости курортов тури-

стами за 2018—2020 гг., проведено ранжирование в соответствии с проведенной сегментацией курортов, которые используют в своей деятельности уникальные и редкие природные лечебные ресурсы (табл. 3).

Наибольший поток туристов пришелся на курортную зону Краснодарского края и Республику Крым. Потребители лечебно-оздоровительных услуг прежде всего отдают предпочтение климатическим и морским курортным зонам, нежели озерным, горным и равнинным с наличием уникальных природных ресурсов (минеральные воды, лечебные грязи). Так, согласно мониторингу состояния и развития конкурентной среды на рынке санаторно-курортных и туристских услуг Краснодарского края, решение получить комплекс лечебно-оздоровительных услуг на курортах Краснодарского края в 2020 г. было обусловлено природно-климатическими условиями региона у 32,9% респондентов. Вторым по значимости фактором, повлиявшим на выбор курорта, стал фактор отсутствия проблем с пересечением границы, а также языковых проблем (14,3%). Лишь 9,5% опрошенных отдали предпочтение тому или иному курорту исходя из возможности оздоровления и лечения. В последние годы в России оздоровительный туризм развивается более активными темпами по сравнению с медицинским. Население отдает предпочтение современным отечественным курортам с развитой инфраструктурой, инновационными услугами и оздоровительными релакс- и SPA-программами, которые соответствуют мировым оздоровительным трендам. Несмотря на то что около 20% из всех санаториев страны находятся в собственности государства [27], большинство из них оснащено устаревшей материально-технической базой, что выталкивает население из сегмента медицинского туризма. В целом наметившийся рост как лечебного, так и оздоровительного туризма происходит на фоне увеличения доли выездного туризма. В 2018 г. за пределы страны выезжали более 23 млн россиян, что на 8 млн больше по сравнению с 2017 г. Для получения медицинских услуг в 2019 г. 7% российских граждан предпочитали зару-

бежные учреждения лечебно-оздоровительного туризма, в то время как в 2018 г. этот показатель составлял 3% [28].

Обсуждение

По данным ежегодного Рейтинга инвестиционной привлекательности «ТОП-100 российских здравниц», инициированного Ассоциацией оздоровительного туризма и корпоративного здоровья, проведен анализ количества организаций лечебно-оздоровительного туризма, вошедших в «ТОП-100 российских здравниц» по показателю инвестиционной привлекательности по итогам 2020 г.

Сезонная динамика расходов регионов наиболее ярко проявляется на Алтае, в Приморском и Краснодарском краях, на Северном Кавказе. Именно в этих регионах широко развит лечебно-оздоровительный туризм. В идеале регионы, чередуя различные стратегии маркетинга, должны привлекать потребителей лечебно-оздоровительных услуг в течение всего календарного года.

Кроме того, весомым фактором для выбора лечебно-оздоровительной организации выступает ценовая политика. Наибольшее число туристов лечебно-оздоровительного сегмента представлено пользователями услуг со средним и низким уровнем благосостояния и платежеспособности, а также со средним и низким уровнем санитарной культуры, в то время как здравницы, являющиеся лидерами по инвестиционной привлекательности, ориентированы на пользователей с высоким уровнем благосостояния и платежеспособности, а также с высоким уровнем санитарной культуры.

Так, стоимость комплексной лечебно-оздоровительной путевки на одного человека на 7 дней с питанием в ООО «Санаторий „Плаза“» Ставропольского края (5-е место в Рейтинге по итогам 2018 г.) в 2019—2020 гг. составляет в летний период 37 800 руб. — стандартный номер, 64 400 руб. — президентские апартаменты. Для сравнения отметим, что в 2018 г., согласно данным мониторинга состояния и развития конкурентной среды на рынке санаторно-курортных и туристских услуг Краснодарского края, основную долю среди опрошенных туристов, отдыхающих в регионе, составили люди со среднемесячным доходом 21—60 тыс. руб. в месяц на одного человека (36,6% респондентов). Доля туристов с высоким доходом (свыше 60 тыс. руб. на одного члена семьи) составила 2,4% опрошенных.

В последнее десятилетие российский рынок лечебно-оздоровительного туризма претерпевает значительные изменения. Доля лечебного туризма сокращается прежде всего в связи с наличием ряда финансовых факторов макро- и мезоуровня. Доля оздоровительного туризма активно развивается за счет изменения характера спроса на предоставляемые лечебно-оздоровительные услуги. Повышается спрос на антистрессовые услуги, релакс-процедуры, услуги, способствующие поддержанию здорового образа жизни.

Заключение

Проведенное исследование позволило сформулировать вывод о том, что ключевыми целями лечебно-оздоровительного туризма являются предотвращение (профилактика) заболеваний организма человека, оздоровление, лечение, реабилитация, формирование здорового образа жизни, отдых. В качестве основных направлений лечебно-оздоровительных мероприятий выделены диагностические, лечебно-оздоровительные, профилактические, реабилитационные, рекреационные услуги, а также услуги по организации досуга. Для отдельных субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, богатых уникальными природными лечебными и рекреационными ресурсами, сфера лечебно-оздоровительного туризма должна стать драйвером социально-экономического роста, способом привлечения в отрасль дополнительных инвестиций, создания новых рабочих мест. Ключевыми целями развития лечебно-оздоровительного туризма являются рост объема помощи, оказываемой врачами лечебно-оздоровительных организаций населению [26, 27], повышение качества жизни населения и улучшение социально-экономических показателей мест. Ключевыми факторами, определяющими степень развития лечебно-оздоровительного туризма являются:

- наличие исходной базы (фундамента) для развития лечебно-оздоровительных организаций, включающей высокий уровень природно-ресурсного потенциала региона. Ключевыми ресурсами для развития лечебно-оздоровительного туризма выступают природно-лечебные ресурсы: минеральные воды, лечебные грязи, рапа лиманов и соленых озер, лечебный климат, прочие природные объекты и условия, используемые для лечения и оздоровления;
- оптимальный баланс между различными видами регионального потенциала, особенно между природно-ресурсным, туристско-рекреационным, инфраструктурным (транспортно-логистическая инфраструктура) потенциалами. Например, для развития лечебно-оздоровительного туризма того или иного региона недостаточно иметь конкурентоспособные санатории и здравницы, соответствующие мировым стандартам качества. Немаловажно развивать транспортную инфраструктуру, позволяющую туристам с наибольшим комфортом и минимальными финансовыми затратами добираться до места лечения и отдыха, а также перемещаться внутри региона. Кроме того, для многих регионов остро стоит вопрос зависимости количества туристов от фактора сезонности. В связи с этим необходимо акцентировать внимание на микроуровне формирования лечебно-оздоровительного туризма (мероприятия по снижению сезонных спадов). Даже при наличии высокого уровня природно-ре-

Здоровье и общество

сурсного регионального потенциала, но на фоне неэффективной экологической политики региональных властей развитие лечебно-оздоровительного туризма будет незначительным, а эффективность маркетинга территории — низкорезультативной;

- наличие возможностей для развития организаций лечебно-оздоровительного туризма, которые включают в себя финансовые средства, кадровые ресурсы, современные информационные технологии. Другими словами, региону необходимо обладать прочими отраслевыми конкурентными преимуществами, которые могут значительным образом стимулировать социально-экономическое развитие;
- наличие эффективной системы управления организациями лечебно-оздоровительного туризма, которая определяется способностями и желанием региональных органов власти развивать лечебно-оздоровительный туризм и использовать на практике весь инструментарий территориального маркетинга и менеджмента.

В качестве основных тенденций развития лечебно-оздоровительного сегмента в разрезе его направлений прогнозируются:

- рост SPA- и Wellness-индустрии в России до 104 млрд руб.;
- рост медицинского туризма от 25 до 30% в год;
- рост доходов от оздоровительного туризма в России с 2020 г. на 7,5%, которые составят более 800 млрд руб.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Rozanova T. P., Stytsiuk R. Y., Artemyeva O. A., Motagali Y. B. Assessment of the tourism potential of the Russian Federation. In: Financial and Economic Tools Used in the World Hospitality Industry. Proceedings of the 5th International Conference on Management and Technology in Knowledge, Service, Tourism and Hospitality. Moscow: CRC Press; 2018. P. 183—8.
2. Мозокина С. Л. Перспективы развития оздоровительного туризма. *Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета*. 2012;(2):89а—93.
3. Гаджиев Р. С., Агаларова Л. С. Совершенствование технологии работы участковых врачей на амбулаторном приеме. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):324—7.
4. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Меельская А. В., Шкурмяк А. Р. О необходимости психологической поддержки граждан в условиях пандемии Covid-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(4):572—5.
5. Федякин А. А. Теоретико-методические основы оздоровительного туризма. Майкоп; 2001. 279 с.
6. Казаков В. Ф. Опыт организации лечебного туризма в санатории средней полосы России. *Курортные ведомости*. 2002;(2):10—2.
7. Балабанов И. Г., Балабанов А. И. Экономика туризма. Учебное пособие. М.: Финансы и статистика; 2003. 176 с.
8. Дыбовская Е. И. Оздоровительный туризм как одно из приоритетных направлений экономики в Республике Беларусь. В сб.: Современный олимпийский спорт и спорт для всех: Материалы XI Международного научного конгресса, г. Минск, 10—12 октября 2007 г. Минск; 2007. Ч. 2. С. 328.
9. Бабкин А. В. Специальные виды туризма: Учебное пособие. Ростов н/Д.: Феникс; 2008. 78 с.
10. Ветитнев А. М., Кусков А. С. Лечебный туризм. М.: Форум; 2010. 592 с.
11. Чекмарева К. А. Некоторые детерминанты спроса на оздоровительный туризм в регионе. *Проблемы развития территорий*. 2011;54(2):54—63.
12. Маврина Н. Ф. Перспективы развития оздоровительного туризма в России и за рубежом. *Вестник Российского нового университета*. 2011;(2):186.
13. Ветитнев А. М., Дзюбина А. В., Торгашева А. А. Лечебно-оздоровительный туризм: вопросы терминологии и типологии. *Вестник СГУТюКД*. 2012;20(2):43—7.
14. Оборин М. С. Лечебно-оздоровительный туризм: теоретические подходы и классификация. Организация территории: статика, динамика, управление: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Уфа: Изд-во БГПУ; 2012. С. 176—9.
15. Трофимов Е. Н., Мошняга Е. В., Сеселкин А. И. Основы туризма: Учебник. М.: Федеральное агентство по туризму; 2014. 384 с.
16. Сикорская В. А. Развитие лечебно-оздоровительного туризма в современных условиях. *Вестник РМАТ*. 2014;(3):34—9.
17. Мозокина С. Л. Тенденции развития лечебно-оздоровительного и медицинского туризма. *Известия СПбГЭУ*. 2014;89(5):42—6.
18. International Tourism: A Global Perspective. Madrid: WTO; 1997. P. 123—4.
19. Medical Tourism Index. Режим доступа: <https://www.medicaltourismindex.com/destination/russia/>
20. Радченко Т. Диагноз туриста: За лечением в Россию пока едут в основном из стран СНГ. *Российская газета*. Столичный выпуск № 7433 (267). Режим доступа: <https://rg.ru/2017/11/23/kakrazvivat-v-rossii-medicinskij-turizm.html>
21. Щербакова А. А., Орлова В. С. Индустрия лечебно-оздоровительного туризма и направления ее модернизации. *Проблемы развития территорий*. 2014;70(2):39.
22. Гергишан А. К. Организационные аспекты безопасного развития оздоровительной дестинации. *Вестник СГУТюКД*. 2015;4(14):18.
23. Лечиться в России. Есть ли перспективы у медицинского туризма. *Forbes*. Режим доступа: <http://www.forbes.ru/biznes/355967-lechitsya-v-rossii-est-li-perspektivy-u-medicinskogoturizma>
24. Российский статистический ежегодник. 2020: Стат. сб. М.: Росстат; 2020. 221 с.
25. Лариса Попович. «Ситуация на рынке санаторно-курортного лечения». *Welcome Times*. 25.07.2018. Режим доступа: <https://welcometimes.ru/opinions/larisa-popovich-situaciya-na-rynke-sanatorno-kurortnogo-lecheniya>
26. Maimina E., Puzynya T., Grishina T., Psareva N., Stytsyuk R. New professions emerging out of the development of robotics. *Espacios*. 2019;10(4):16.
27. Агаларова Л. С. Объем и характер амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами городскому населению. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2007;(1):26—9.
28. Stytsyuk R. Yu., Lustina T. N., Sekerin V. D., Martynova Marina, Chernavsky M. Yu., Terekhova N. V. Impact of stem education on soft skill development in it students through educational scrum projects. *REVISTA CONRADO*. 2022;18(84):183—92.

Поступила 13.05.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Rozanova T. P., Stytsiuk R. Y., Artemyeva O. A., Motagali Y. B. Assessment of the tourism potential of the Russian Federation. In: Financial and Economic Tools Used in the World Hospitality Industry. Proceedings of the 5th International Conference on Management and Technology in Knowledge, Service, Tourism and Hospitality. Moscow: CRC Press; 2018. P. 183—8.
2. Mozokina S. L. Prospects for the development of health tourism. *Izvestiya Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta = Proceedings of the St. Petersburg State University of Economics*. 2012;(2):89a-93 (in Russian).
3. Gadzhiev R. S., Agalarova L. S. Improving the technology of work of district doctors at outpatient admission. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hy-*

- giene, healthcare and the history of medicine. 2018;26(5):324–7 (in Russian).
4. Aksenova E. I., Kamynina N. N., Meelskaya A. V., Shkurmyak A. R. On the need for psychological support of citizens in the conditions of the Covid-19 pandemic. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2021;29(4):572–5 (in Russian).
 5. Fedyakin A. A. Theoretical and methodological foundations of health tourism [Teoretiko-metodicheskiye osnovy ozdorovitel'nogo turizma]. Maykop; 2001. 279 p. (in Russian).
 6. Kazakov V. F. Experience of organization of medical tourism in the sanatorium of the central part of Russia. *Kurortnyye vedomosti = Resort statements*. 2002;(2):10–2 (in Russian).
 7. Balabanov I. T., Balabanov A. I. Tourism Economics. Textbook [Ekonomika turizma. Uchebnoye posobiye]. Moscow: Finance and statistics; 2003. 176 p. (in Russian).
 8. Dybovskaaya E. I. Health tourism as one of the priority directions of the economy in the Republic of Belarus. In: Modern Olympic sports and sports for everyone: materials of the XI International Scientific Congress. Minsk, October 10–12, 2007 [Sovremennyy olimpiyskiy sport i sport dlya vseh: Materialy XI Mezhdunarodnogo nauchnogo kongressa, g. Minsk, 10–12 oktyabrya 2007 g.]. Minsk; 2007. Part 2. 328 p. (in Russian).
 9. Babkin A. V. Special types of tourism: a textbook [Spetsial'nyye vidy turizma: Uchebnoye posobiye]. Rostov-on-Don: Phoenix; 2008. 78 p. (in Russian).
 10. Vetitnev A. M., Kuskov A. S. Medical tourism [Lechebnyy turizm]. Moscow: Forum; 2010. 592 p. (in Russian).
 11. Chekmareva K. A. Some determinants of demand for health tourism in the region. *Problemy razvitiya territoriy = Problems of development of territories*. 2011;54(2):54–63 (in Russian).
 12. Mavrina N. F. Prospects for the development of health tourism in Russia and abroad. *Vestnik Rossiyskogo novogo universiteta = Bulletin of the Russian New University*. 2011;(2):186 (in Russian).
 13. Vetitnev A. M., Dzyubina A. V., Torgasheva A. A. Medical and wellness tourism: issues of terminology and typology. *Vestnik SGUTiKD = Bulletin of the SGUTiKD*. 2012;20(2):43–7 (in Russian).
 14. Oborin M. S. Health tourism: theoretical approaches and classification. In: Organization of the territory: statics, dynamics, management: Materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference [Organizatsiya territorii: statika, dinamika, upravleniye: Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii]. Ufa: Publishing House of BSPU; 2012. P. 176–9 (in Russian).
 15. Trofimov E. N., Moshnyaga E. V., Seselkin A. I. Fundamentals of tourism: textbook [Osnovy turizma: Uchebnyk]. Moscow: Federal Agency for Tourism; 2014. 384 p. (in Russian).
 16. Sikorskaya V. A. Development of medical and health tourism in modern conditions. *Vestnik RMAT = Bulletin of the RMAT*. 2014;(3):34–9 (in Russian).
 17. Mozokina S. L. Trends in the development of health and wellness and medical tourism. *Izvestiya SPbGEU*. 2014;89(5):42–6 (in Russian).
 18. International Tourism: A Global Perspective. Madrid: WTO; 1997. P. 123–4.
 19. Medical Tourism Index. Available at: <https://www.medicaltourism-index.com/destination/russia/>
 20. Radchenko T. The diagnosis of a tourist: For treatment in Russia while they go mainly from the CIS countries. *Rossiyskaya Gazeta*. Capital issue No. 7433(267). Available at: <https://rg.ru/2017/11/23/kakrazvivat-v-rossii-medicinskij-turizm.html> (in Russian).
 21. Shcherbakova A. A., Orlova V. S. The medical and health tourism industry and the directions of its modernization. *Problemy razvitiya territorii = Problems of territory development*. 2014;70(2):39 (in Russian).
 22. Gergishan A. K. Organizational aspects of the safe development of a health destination. *Vestnik SGUTiKD = Bulletin of the SGUTiKD*. 2015;14(4):18 (in Russian).
 23. To be treated in Russia. Are there any prospects for medical tourism. *Forbes*. Available at: <http://www.forbes.ru/biznes/355967-lechitsya-v-rossii-est-li-perspektivy-u-medicinskogoturizma>
 24. Russian Statistical Yearbook. 2020 [Rossiyskiy statisticheskiy yezhegodnik. 2020: Stat. sb.]. Moscow: Rosstat; 2020. 221 p. (in Russian).
 25. Larisa Popovich: “The situation on the market of sanatorium treatment”. *Welcome Times*. 25.07.2018. Available at: <https://welcometimes.ru/opinions/larisa-popovich-situaciya-na-rynke-sanatorno-kurortnogo-lecheniya> (in Russian).
 26. Maimina E., Puzyrya T., Grishina T., Psareva N., Stytsyuk R. New professions emerging out of the development of robotics. *Espacios*. 2019;10(4):16.
 27. Agalarova L. S. The volume and nature of outpatient polyclinic care provided by general practitioners and district therapists to the urban population. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2007;(1):26–9 (in Russian).
 28. Stytsyuk R. Yu., Lustina T. N., Sekerin V. D., Martynova Marina, Chernavsky M. Yu., Terekhova N. V. Impact of stem education on soft skill development in it students through educational scrum projects. *REVISTA CONRADO*. 2022;18(84):183–92.

Манойлов А. Е., Маркина А. Ю.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ О МЕТОДАХ ОЦЕНКИ РИСКА ИНСУЛЬТА

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 454092, г. Челябинск

Оценка распространенности острых нарушений мозгового кровообращения у лиц с артериальной гипертензией вместе с изучением осведомленности врачей первичной медико-санитарной помощи о методах оценки риска мозгового инсульта позволяет судить об эффективности мероприятий по профилактике нарушений мозгового кровообращения и наметить дальнейшие пути предупреждения цереброваскулярных осложнений гипертензии.

Цель исследования — изучение заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения и информированности врачей первичной медико-санитарной помощи о клинико-инструментальных методах оценки риска развития мозгового инсульта у лиц с артериальной гипертензией.

В исследовании использованы официальные статистические материалы о заболеваемости внутримозговым кровоизлиянием и инфарктом головного мозга населения России, Челябинской области за 2008—2020 гг., итоги опроса врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи шести регионов России.

Исследование показало, что уровень заболеваемости внутримозговым кровоизлиянием и инфарктом головного мозга за 2008—2020 гг. в Челябинской области не изменился, в то время как число первично установленных диагнозов внутримозгового кровоизлияния и инфаркта головного мозга в России достоверно ($p < 0,05$) увеличилось. Одновременно выявлена плохая осведомленность врачей-терапевтов о клинико-инструментальных критериях оценки риска развития мозгового инсульта.

Данные позволяют сделать вывод о том, что стабилизация показателей заболеваемости нарушениями мозгового кровообращения в Челябинской области, рост заболеваемости в России сочетаются с неудовлетворительным информированием врачей о клинико-инструментальной диагностике риска развития мозгового инсульта.

Ключевые слова: первичная заболеваемость; нарушения мозгового кровообращения; информированность врачей.

Для цитирования: Манойлов А. Е., Маркина А. Ю. Осведомленность врачей первичной медико-санитарной помощи о методах оценки риска инсульта. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):51—54. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-51-54>

Для корреспонденции: Александр Егорович Манойлов, канд. мед. наук, доцент кафедры безопасности жизнедеятельности, медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: a.e.manoylov@mail.ru

Manoilov A. E., Markina A. Yu.

THE AWARENESS OF PRIMARY HEALTH CARE PHYSICIANS ABOUT METHODS OF EVALUATION OF RISKS OF STROKE

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Southern-Ural State Medical University” of Minzdrav of Russia, 454092, Chelyabinsk, Russia

The assessment of prevalence of acute cerebral circulation disorders in persons with arterial hypertension, together with study of awareness of primary health care physicians about methods of assessing risk of stroke, allows to judge effectiveness of measures preventing acute cerebral circulation disorders and to outline further ways preventing cerebrovascular complications of hypertension.

The purpose of study was to investigate morbidity of acute cerebral circulation disorders and awareness of primary care physicians about clinical and instrumental methods assessing risk of stroke in persons with arterial hypertension.

Materials and methods included official statistical materials on morbidity of intracerebral bleeding and cerebral infarction in population of Russia, the Chelyabinsk Oblast in 2008–2020, totals of survey of internists and emergency physicians in six regions of Russia.

It was established that morbidity of intracerebral bleeding and cerebral infarction in 2008–2020 in the Chelyabinsk Oblast has not changed, while morbidity of intracerebral bleeding and brain infarction in Russia significantly ($p < 0,05$) increased. At the same time, poor awareness of internists about clinical and instrumental criteria of assessing risk of stroke was revealed.

The conclusion is made that stabilization of morbidity of acute cerebral circulation disorders in the Chelyabinsk Oblast, increasing of morbidity in Russia are combined with poor awareness of physicians about clinical and instrumental diagnostic of risk of development of stroke.

Keywords: morbidity; acute cerebral circulation disorder; awareness; physician.

For citation: Manoilov A. E., Markina A. Yu. The awareness of primary health care physicians about methods of evaluation of risks of stroke. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):51–54 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-51-54>

For correspondence: Manoilov A. E., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Personal and Social Safety, Catastrophe Medicine, Emergency and Acute Medical Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Southern-Ural State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: a.e.manoylov@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Статистические данные по эпидемиологии инсультов головного мозга в Российской Федерации (РФ) за последние 15—20 лет демонстрируют неуклонный рост числа этих заболеваний [1]. Диагностированные у пациентов-гипертоников нарушения кровоснабжения головного мозга можно разделить на нозологические формы, связанные собственно с повышенным артериальным давлением (АД), например внутримозговое кровоизлияние (ВМК), а также на заболевания, где гипертензия синергически взаимодействует с атеросклерозом, приводя к инфаркту головного мозга (ИГМ) [2], поэтому исследование распространенности ВМК и ИГМ позволяет судить об эффективности профилактики острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Для предупреждения ОНМК в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) большое значение имеет своевременная ультразвуковая (УЗ) диагностика поражения церебральных сосудов у лиц с артериальной гипертензией (АГ), показания и цели которой определены в нормативных документах¹ и клинических практических рекомендациях (КПР) [3].

Поскольку, согласно стандарту медицинской помощи, вероятность предоставления больному АГ медицинской услуги УЗ-исследования (УЗИ) церебральных артерий составляет 0,13¹, исследование проводится по показаниям, которыми должны руководствоваться врачи. В силу целого ряда обстоятельств ранняя диагностика нарушений кровоснабжения головного мозга часто малоэффективна. Например, врачи первичной медицинской помощи слабо информированы о факторах риска и мозговых симптомах мозгового инсульта [4], неизбирательно назначают УЗ-ангиовизуализацию головного мозга [5]. Все вышесказанное делает злободневной оценку степени теоретической и практической готовности врачей ПМСП к оценке угрозы развития ОНМК у пациентов с очевидным фактором риска АГ.

Цель исследования — провести анализ заболеваемости ВМК и ИГМ в Челябинской области, РФ и прогнозирование их уровня на ближайшую перспективу, установить, какие неврологические проблемы терапевты поликлиник считают основанием для направления пациента с АГ на УЗ-ангиовизуализацию головного мозга, выявить, что прогнозируют обнаружить терапевты поликлиник у асимптомных лиц с АГ после проведения им УЗИ брахиоцефальных артерий.

Материалы и методы

Исследование выполнено в 2015—2021 гг. Поскольку только с 2008 г. в форме государственной

статистической отчетности цереброваскулярные заболевания стали регистрировать отдельно по ВМК и ИГМ, данные в работе представлены с 2008 г. Необходимая информация получена из официальных статистических материалов о заболеваемости населения России за 2008—2020 гг. Рассчитывали средние и относительные величины и их ошибки репрезентативности. С помощью непараметрического критерия итераций (повторений) выясняли наличие или отсутствие тенденции к оценке уровней динамических рядов. Для выяснения статистически значимых различий в динамике был применен расчет непараметрического критерия Вилкоксона—Уайта. Коэффициент корреляции вычисляли методом χ^2 Пирсона. Прогнозирование осуществляли по линии тренда с использованием программы Microsoft Office 10. Размещение в таблицы и обобщение первичной информации, а также все расчеты выполнялись с использованием программ Microsoft Office и Microsoft Office Excel 2010. В добровольном порядке анкетированы 397 врачей-терапевтов городских поликлиник шести регионов РФ и 130 врачей скорой медицинской помощи (СМП). Ответы респондентов сравнивали с КПР [3].

Результаты исследования

В результате сравнительного анализа заболеваемости ВМК установлено, что за период наблюдения изменение уровня их распространенности в Челябинской области происходило в пределах случайных колебаний и определенной динамики к росту или снижению не имело (табл. 1). В среднем за период 2008—2020 гг. этот показатель составил $34,9 \pm 1,2$ случая на 100 тыс. взрослого населения. По сравнению с Челябинской областью количество первично установленных диагнозов ВМК в РФ за исследуемый период времени значимо ($p < 0,05$) увеличилось с 33,3 случая на 100 тыс. взрослого населения в 2008 г. до 39 случаев в 2020 г. Темп роста составил 117,1%. Средний уровень заболеваемости ВМК в РФ за исследуемый промежуток составил $38,0 \pm 1,3$ случая на 100 тыс. взрослого населения. Несмотря на разницу в динамике показателей Челябинской области и РФ, значимых различий между средними уровнями заболеваемости ВМК не выявлено.

Достоверного роста распространенности ИГМ в Челябинской области за 2008—2020 гг. также не выявлено, величины находились в пределах случайных колебаний от 251,0 случая на 100 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 304,1 случая в 2015 г. Средняя частота ИГМ в Челябинской области за период исследования составила $273,9 \pm 4,4$ случая на 100 тыс. взрослого населения. В РФ, напротив, отмечен значимый ($p < 0,05$) рост заболеваемости ИГМ — от 181 случая на 100 тыс. взрослого населения в 2008 г. до 300 случаев в 2019 г. Темп роста составил 165,7%. Среднее число зарегистрированных случаев ИГМ на 100 тыс. взрослого населения РФ составило $238,0 \pm 11,5$. Достоверной разницы между частотой ИГМ в Челябинской области и РФ не выявлено.

¹ Приказ Минздрава России от 02.11.2020 № 1193н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при артериальной гипертензии»; Приказ Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Таблица 1

Заболеваемость населения России и Челябинской области ВМК и ИГМ за 2008—2020 гг. (на 100 тыс. взрослого населения)

Год	ВМК		ИГМ	
	Челябинская область	РФ	Челябинская область	РФ
2008	33,0	33,3	280,2	181,0
2009	33,3	33,0	282,0	188,4
2010	26,9	32,7	261,3	198,0
2011	28,5	32,8	256,1	197,5
2012	35,7	32,6	251,0	207,3
2013	34,7	38,2	273,9	236,0
2014	44,0	39,0	273,5	225,9
2015	38,5	42,8	304,1	259,7
2016	39,2	42,4	284,1	266,6
2017	36,6	44,2	258,7	277,8
2018	37,3	43,2	280,1	288,1
2019	33,7	41,3	295,3	300,0
2020	32,2	39,0	260,0	275,6
Средняя	34,9±1,2	38,0±1,3	273,9±4,4	238,0±11,5

Прогнозирование заболеваемости ОНМК у пациентов-гипертоников Челябинской области показывает, что к 2025 г. частота ИГМ стабилизируется на уровне в 281,4 случая на 100 тыс. населения, а заболеваемость ВМК сохранится на уровне в 37,5 случая на 100 тыс. населения.

Далее была поставлена задача выявить степень информированности врачей ПМСП о показаниях и целях проведения УЗИ церебральных артерий пациентам с АГ. Итоги ответов на клиническое задание «Какие клинические проблемы у больного с гипертензией и повышенным уровнем холестерина должны использоваться для назначения ему УЗИ сосудов головного мозга» представлены в табл. 2. В качестве обоснований для УЗ-визуализации брахиоцефальных артерий только в 8,8% ответов участковых терапевтов и 6,1% ответов врачей СМП были указаны очаговые симптомы сосудистого поражения мозга: односторонняя слабость в конечностях, нарушение речи, выпадение полей зрения, т. е. совпадали с КПП [5]; 65,7 и 68,9% соответственно считали основанием для УЗ-диагностики неспецифические общемозговые симптомы (головокружение, цефалгии/цервикалгии, шумовой дискомфорт в голове, ушах и тугоухость, синкопе, нарушения равновесия, мелькания пятен перед глазами, потемнение в глазах, когнитивное снижение). Каждый четвертый респондент затруднился с ответом на поставленный вопрос.

При ответе на вопрос «Что Вы прогнозируете обнаружить у асимптомных лиц с АГ в результате проведения у них УЗИ брахиоцефальных артерий?» ответы 61% участковых терапевтов и 59,9% врачей СМП только формально соответствовали КПП по лечению АГ — «определить характер и локализацию сосудистого поражения» [3]. Однако конкретные виды поражения, например утолщение сосудистой стенки, наличие атеросклеротической бляшки, обычно не указывались. За исключением одного участкового терапевта, ни один респондент не указал необходимость выяснения локализации сосуди-

стого поражения, например «устье внутренней сонной артерии». Оставшиеся 28,4% опрошенных затруднились с ответом. Уровень знаний был расценен как неудовлетворительный, поскольку доля респондентов, правильно представляющих цель направления на УЗИ церебральных артерий, была ниже 70%. Значимых различий между ответами респондентов из разных регионов РФ, зависимости от стажа и возраста не выявлено.

Обсуждение

Полученные данные подтверждают неудовлетворительный уровень контроля АГ в РФ, что объясняет избыточное число цереброваскулярных осложнений. По последним данным, эффективный контроль АД до целевого уровня достигнут в РФ примерно у 20% лиц с диагностированным заболеванием, но, ориентировочно, 70% тех, кто лечился, лечились неэффективно [6, 7].

В проведенном исследовании в качестве показаний для УЗИ артерий головного мозга чаще всего были отмечены обычно не связанные с поражением сосудов симптомы, что свидетельствует о неудовлетворительном уровне врачебных знаний по данному вопросу. Отмеченные респондентами клинические проблемы (головокружение, головные боли, шум в ушах) обычно не связаны с цереброваскулярными заболеваниями, т. е. с ишемией головного мозга. Обнаруженная нами специфика клинико-инструментальной оценки у больных индивидуального риска развития нарушений мозгового кровообращения при АГ исторически восходит к гипотезам 1960-х годов и эпидемиологическим исследованиям в неврологии 1980-х годов. На указанном этапе развития знаний для диагностики риска мозгового инсульта вместе с цифрами кровяного давления учитывались «церебральные жалобы» (цефалгии и др.). В настоящее время прогностическая значимость «церебральных жалоб» не подтвердилась [8].

Таблица 2

Осведомленность терапевтов поликлиник и врачей СМП о показаниях для диагностического исследования артерий головного мозга у лиц с повышенным АД (в процентах от общего числа ответов)

Вариант ответа	Участковые терапевты	Врачи СМП
Какие клинические проблемы у больного с гипертензией и повышенным уровнем холестерина должны использоваться для назначения ему УЗИ сосудов головного мозга?		
Симптомы очагового сосудистого поражения мозга	8,8	6,1
Неспецифические общемозговые симптомы	65,7	68,9
Затруднились с ответом	25,5	25,0
Что Вы прогнозируете обнаружить у асимптомных лиц с АГ в результате проведения у них УЗИ брахиоцефальных артерий?		
Уточнить характер и локализацию поражения сосудистого русла	61,0	59,9
Решить клинические проблемы, не соответствующие возможностям этого метода диагностики	10,6	10,0
Затруднились с ответом	28,4	30,1

Заключение

Обнаруженный нами рост и неблагоприятные прогнозы частоты ВМК и ИГМ указывают на отсутствие дальнейшего прогресса в лечении АГ, которая является одним из основным факторов риска ОНМК, в регионе и в РФ. Необходимо усиление превентивных мер, направленных на своевременную диагностику повышенного АД и расширение охвата лечением пациентов с АГ, а также выявление цереброваскулярных осложнений заболевания на доклинической стадии. Осведомленность врачей ПМСП о современных клинико-инструментальных критериях диагностики цереброваскулярных заболеваний очевидно недостаточна: почти 90% врачей не знали, какие клинические проблемы пациента с гипертензией и гиперхолестеринемией служат поводом для направления его на ангиовизуализацию артерий головного мозга; доля респондентов, правильно представляющих цель направления на УЗИ брахиоцефальных артерий асимптомных пациентов, ниже 70%. Недифференцированное использование УЗ-визуализации магистральных артерий головы и шеи снижает вероятность раннего выявления сосудистой патологии и не способствует профилактике ОНМК у лиц с АГ.

Результаты исследования были эффективно применены для проблемно ориентированных занятий с терапевтами и врачами СМП. Для занятий использовался специально разработанный алгоритм «Клинико-инструментальная диагностика цереброваскулярных осложнений АГ».

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Мачинский П. А., Плотникова Н. А., Ульянов В. Е., Рыбаков А. Г., Макеев Д. А. Сравнительная характеристика показателей заболеваемости ишемическим и геморрагическим инсультом в России. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2021;64(1):51–6. doi: 10.17116/sudmed20216401151
2. Kumar V., Abbas A. K., Aster J. C. Robbins basic pathology. 10th ed. Copenhagen: Elsevier Science; 2018.
3. Кобалава З., Конради А. О., Недогова С. В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(3):3786. doi: 10.15829/1560-4071-2020-3-3786
4. Chang T., Ibrahim S., Ranasinghe H. M., Mhirini A. H. T. M., Weerasinghe D., Vithanage T. D. P. Knowledge of stroke, its warning symptoms, risk factors and treatment among the general public

and general practitioners in a South Asian population. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2020;29(5):104760. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104760

5. Landry B. A., Barnes D., Keough V., Watson A., Rowe J., Mallory A. Do family physicians request ultrasound scans appropriately? *Can. Fam. Physician*. 2011;57(8):e299–304.
6. Шальнова С. А., Конради А. О., Баланова Ю. А., Деев А. Д., Имаева А. Э., Муромцева Г. А. Какие факторы влияют на контроль артериальной гипертензии в России. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(4):53–60.
7. Малюткина С. К., Маздорова Е. В., Шапкина М. Ю., Авдеева Е. М., Маслацов Н. А., Симонова Г. И. Профиль медикаментозной терапии у лиц с артериальной гипертензией старше 50 лет в городской российской популяции. *Кардиология*. 2020;60(3):21–9.
8. Суслина З. А., Варакин Ю. Я., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. М.: МЕДпресс-информ; 2006.

Поступила 15.07.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Machinsky P. A., Plotnikova N. A., Uliankin V. E., Rybakov A. G., Makeev D. A. Some features of the postmortal diagnosis of hemorrhagic strokes as a type of cerebrovascular disease. *Sudbno-meditsinskaya ekspertisa*. 2021;64(1):51–6. doi: 10.17116/sudmed20216401151 (in Russian).
2. Kumar V., Abbas A. K., Aster J. C. Robbins basic pathology. 10th ed. Copenhagen: Elsevier Science; 2018.
3. Kobalava Z. D., Konradi A. O., Nedogoda S. V., et al. Arterial hypertension in adults. Clinical guidelines 2020. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal = Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(3):3786. doi:10.15829/1560-4071-2020-3-3786 (in Russian).
4. Chang T., Ibrahim S., Ranasinghe H. M., Mhirini A. H. T. M., Weerasinghe D., Vithanage T. D. P. Knowledge of stroke, its warning symptoms, risk factors and treatment among the general public and general practitioners in a South Asian population. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2020;29(5):104760. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104760
5. Landry B. A., Barnes D., Keough V., Watson A., Rowe J., Mallory A. Do family physicians request ultrasound scans appropriately? *Can. Fam. Physician*. 2011;57(8):e299–304.
6. Shalnova S. A., Konradi A. O., Balanova Yu. A., Deev A. D., Имаева А. Э., Муромцева Г. А., Evstifeeva S. E., Kapustina A. V., Shlyakhto E. V., Boytsov S. A., Drapkina O. M. What factors do influence arterial hypertension control in Russia. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2018;17(4):53–60. doi: 10.15829/1728-8800-2018-4-53-60 (in Russian).
7. Malyutina S. K., Mazdorova E. V., Shapkina M. Yu., Avdeeva E. M., Maslakov N. A., Simonova G. I. The Profile of Drug Treatment in Subjects Aged Over 50 Years with Hypertension in an Urban Russian Population. *Kardiologiya*. 2020;60(3):21–9. doi: 10.18087/cardio.2020.3.n948 (in Russian).
8. Suslina Z. A., Varakin Yu. Ya., Vereshchagin N. V. Vascular diseases of the brain. Epidemiology. Fundamentals of prevention [*Sosudistye zabolovaniya golovnogo mozga. Epidemiologiya. Osnovy profilaktiki*]. Moscow: Medpress-inform; 2006 (in Russian).

Жигунова Г. В.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ НАСЕЛЕНИЯ ЕВРО-АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА РОССИИ

ФГБОУ ВО «Мурманский арктический государственный университет», 183038, г. Мурманск

Проблема восприятия человека с инвалидностью как «нетипичного» индивида — одна из острых в современном обществе. Существующие в представлениях граждан стереотипы и страхи в отношении данной категории негативно отражаются на инклюзивных процессах, интенсивно происходящих в настоящее время. Наиболее отрицательно негативные представления о людях с инвалидностью сказываются на детской популяции, отягощая процессы социализации и включения в социальные практики, свойственные «нормотипичным» сверстникам. В результате анкетного опроса населения Евро-Арктического региона, проведенного автором в 2022 г., обнаружено превалирование негативных представлений в оценках детей с инвалидностью. Полученные данные показали, что основной фокус в восприятии инвалидизированных субъектов приходится на их личностные и деятельностно-поведенческие характеристики, а не на социальные условия их жизнедеятельности. Результаты исследования позволили сделать вывод о значительном влиянии медицинской модели инвалидности на представления граждан о людях с инвалидностью, а сам феномен инвалидности отнести к факторам, способствующим негативной маркировке ее субъектов. Выводы и результаты исследования могут быть использованы для формирования позитивного образа инвалидов в российском социуме в процессе дальнейшего развития инклюзивных процессов.

Ключевые слова: нетипичность; стереотипы инвалидности; представления о детях с инвалидностью; социальный образ ребенка-инвалида; Евро-Арктический регион; инклюзивные процессы.

Для цитирования: Жигунова Г. В. Социальный портрет ребенка с инвалидностью в представлениях населения Евро-Арктического региона России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):55—59. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-55-59>

Для корреспонденции: Жигунова Галина Владимировна, д-р социол. наук, доцент, зав. кафедрой философии и социальных наук Мурманского арктического государственного университета, e-mail: galina-zhigunova@yandex.ru

Zhigunova G. V.

THE SOCIAL PORTRAIT OF CHILD WITH DISABILITY AS CONCEIVED BY POPULATION OF THE EURO-ARCTIC REGION OF RUSSIA

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Murmansk Arctic State University”,
183038, Murmansk, Russia

The problem of perceiving person with disability as “atypical” individual is one of the most acute in modern society. The stereotypes and fears existing in conceptions of citizens regarding this category are negatively reflected in current intensive inclusive processes. The most negatively negative conceptions about persons with disabilities affect children population, aggravating processes of socialization and inclusion in social practices inherent to their “norm-typical” peers. The survey of population of the Euro-Arctic region, carried out by the author in 2022, to identify characteristics of perception of children with disabilities, established that negative perceptions prevail in assessments of children with disabilities. The results demonstrated that, basically, disabled subjects are perceived through assessments of their personal and behavioral characteristics, and not through the social conditions of their life. The results of the study made it possible to conclude that medical model of disability significantly impact on citizens’ perceptions of persons with disabilities. The phenomenon of disability itself can be attributed to factors contributing to negative labeling of its subjects. The conclusions and results of the study can be used to develop positive image of disabled persons in the Russian socium in process of further development of inclusive processes.

Keywords: atypicality; disability stereotypes; conceptions about children with disabilities; social image; disabled child; the Euro-Arctic region; inclusive processes.

For citation: Zhigunova G. V. The social portrait of child with disability as conceived by population of the Euro-Arctic region of Russia. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):55–59 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-55-59>

For correspondence: Zhigunova G. V., doctor of sociological sciences, associate professor, the Head of the Chair of Philosophy and Social Sciences of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Murmansk Arctic State University”. e-mail: zhigunova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study was financially supported by the Russian Science Foundation within the framework of the scientific project № 22-28-00795 “Atypical” childhood as a social phenomenon in the context of the development of inclusive processes in the Euro-Arctic region of Russia”.

Received 17.06.2022
Accepted 31.10.2022

Введение

Категория детей с инвалидностью является одной из наиболее сложных с точки зрения социальной реализации их субъектности в социуме. Несмотря

на законодательно закрепленные равные права граждан и инклюзивные ориентиры, актуализированные в нашей стране в последние десятилетия, дети с инвалидностью зачастую имеют множество препятствий для включения в социальные практи-

ки, свойственные их сверстникам. Тем самым создается специфическое «обедненное» пространство их детства, значительно затрудняя становление детей с инвалидностью как самостоятельных социальных субъектов. С другой стороны, осложняется восприятие социумом ребенка с инвалидностью как самоценной личности, формируются и закрепляются механизмы его социального исключения. Это препятствует развитию инклюзивных процессов в российском обществе — важнейшей проблеме, требующей решения, согласно плану основных мероприятий Десятилетия детства в России (Распоряжение Правительства РФ от 23.01.2021 № 122-р «Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 г.»).

В сознании граждан люди со стойкими нарушениями здоровья обычно маркируются в качестве «нетипичных элементов», а сама инвалидность выступает одним из вариантов нетипичной телесности личности [1]. Речь идет прежде всего о визуально идентифицируемой инвалидности, связанной с теми или иными физическими дефектами, позволяющими классифицировать их носителей в качестве инановых.

Феномен нетипичности, обуславливая представления об инвалидности, основан на отличительных особенностях индивидов. Он выступает антиподом принятых в данном социуме стандартов и норм, закрепленных в социальных институтах и в массовом сознании граждан. Данное явление применительно к человеку связано с репрезентацией нежелательных человеческих качеств, отличающих их субъектов от большинства типичных представителей социума, вследствие чего обладающие ими индивиды вытесняются на периферию сообщества и маркируются в качестве нетипичных и неполноценных.

Как отмечает Е. Гоффман, общество воспринимает «нетипичного» человека как «не вполне человека», приписывая ему целый список несовершенств и применяя к нему разные виды дискриминации [2]. «Типичность» в этом случае выступает свойством «нормальности». «Нетипичные» лица, по мнению Л. Анниковой и Т. Колесниковой, воспринимаются обществом как угроза его стабильности, которая может приводить к социальной дезинтеграции [3].

Особенности социокультурного развития общества сформировали систему закрытых и обособленных учреждений для содержания, лечения, обучения данных лиц, что способствовало негативному отношению к лицам с инвалидностью. В результате в общественном сознании, как отмечают ученые, накопилось множество стереотипов, способствующих искаженному представлению о людях с инвалидностью [4, 5]. Пол Хант, британский активист XX в. в сфере прав инвалидов, выделял пять основных стереотипов в отношении инвалидов: неудачливость; бесполезность; разность и отличность; дискриминация и притеснение; болезненность, — которые способствуют противопоставлению инвалидов другим членам общества [6].

Данное восприятие инвалидизированных субъектов сохраняется и сегодня, являясь пережитком медицинской модели инвалидности, отражающей негативное восприятие нетипичности под знаком «неполноценности» [1], согласно которой человек с инвалидностью не согласуется с нормой и может стать «нормальным» лишь после выздоровления, что во многих случаях невозможно.

Восприятие человека с инвалидностью как нетипичного субъекта особенно негативно сказывается на детях с инвалидностью, способствуя формированию социальных барьеров для успешной самореализации, повседневного общения с ровесниками и доступа ко многим социальным благам. Указанные барьеры особую значимость приобретают в условиях арктических регионов нашей страны, имеющих дискомфортные условия проживания, недостаточно развитую социальную инфраструктуру в сравнении с общероссийским уровнем, специфический стиль и образ жизни населения. Указанные и иные факторы могут способствовать сужению сфер активности детей с инвалидностью, затруднять процессы освоения ими социокультурного опыта и в итоге осложнять формирование социальной идентичности ребенка социумом и его самоидентичности как самоценной личности.

Учитывая, что в последние 5 лет в Российской Федерации наблюдается поступательное увеличение численности детей-инвалидов, составившее к началу 2022 г. 729 тыс.¹, из которых доля детей-инвалидов Евро-Арктического региона (Мурманская область; арктические территории Архангельской области, включая Ненецкий автономный округ (НАО), Республики Карелия, Республики Коми) превышает средние значения в других субъектах Северо-Западного федерального округа, проблема восприятия данной категории является чрезвычайно актуальной.

Все это указывает на значимость исследования представлений о подрастающем поколении с инвалидностью для формирования дальнейших мер в направлении их инклюзии.

Материалы и методы

С целью выявления представлений о детях с инвалидностью автором было проведено онлайн-анкетирование населения Евро-Арктического региона России. Опрошен 861 человек в возрасте от 18 до 78 лет, из них лиц мужского пола было 76 (8,8%), женского — 785 (91,2%). Средний возраст опрошенных составил 40 лет. Большинство (61,8%) респондентов имели высшее образование.

Выборка пропорциональна численности жителей регионов европейской части российской Арктики. Представителей арктических территорий Республики Карелия было 52 (6%), Республики Коми —

¹ Доля детей-инвалидов в общей численности инвалидов в разрезе субъектов РФ, на 01.01.2022. Федеральный реестр инвалидов: сайт. Режим доступа: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei/dolya-detei>

Здоровье и общество

39 (4,5%), НАО — 34 (3,9%), Архангельской области — 326 (37,9%), Мурманской области — 410 (47,6%).

Результаты исследования

По мнению большинства респондентов, дети с инвалидностью обычно выделяются из массы своих сверстников. Их легко идентифицировать по наличию каких-либо технических средств — инвалидной коляски или трости (71,7%) — и нетипичному поведению (62,7%). Кроме того, выделяют данных детей из социального окружения сопровождающий человек (44,2%), нетипичная внешность (37,4%), нетипичная одежда (3,6%) и др. По всем регионам наблюдается сходное распределение ответов.

Раскрывая другие характеристики детей с инвалидностью, респонденты отмечали, что они зависят от характера заболевания и индивидуальных особенностей каждого ребенка, но при этом «нетипичных» детей всегда можно отличить по их движениям, речи и поведению. По мнению 1,2% опрошенных, ребенок с инвалидностью совсем не отличается либо может ничем не отличаться от остальных детей в случае некоторых заболеваний (например, сахарный диабет).

Опрошенные в той или иной мере встречали в общественных местах своих регионов детей с инвалидностью, за исключением 0,6%: постоянно и часто — 8,6 и 23,2% соответственно, когда как — 24,5%, редко — 43,1%. При этом большинство (74,8%) отметили, что реагируют на детей со стойкими нарушениями здоровья так же, как на любого другого человека, а 10,8% предлагают свою помощь. Однако часть респондентов при встрече с данной категорией чувствуют себя неловко и не знают, что делать (8,4%), 2,1% стараются не замечать их, 1,4% испытывают любопытство; 2,6% указали «другое». Зависимости полученных ответов от региона не выявлено.

При выявлении представления опрошенных о характерных качествах детей с инвалидностью с помощью шкалы семантического дифференциала (баллы от -3 до +3) установлено, что основное количество оценок расположилось в зонах оценок 0 и 1, а в целом получены средние (нейтральные) значения, не достигающие +1 и -1 баллов.

Некоторая положительная направленность оценок отмечается в таких качествах детей с инвалидностью, как дружелюбие, общительность, способность. Отрицательная направленность оценок качеств характера детей с инвалидностью получена в отношении самостоятельности, зависимости и состояния болезни (см. таблицу).

Несамостоятельными (по совокупности отрицательных оценок) считают детей с инвалидностью в большей мере представители Республики Карелия (40,3%), НАО (52,9%) и Архангельской области (47,5%), зависимыми — Республики Коми (48,7%), НАО (50,0%) и Архангельской области (53,4%), больными — НАО (41,1%) и Архангельской области (37,7%).

Представления респондентов о качествах личности и характера детей с инвалидностью по шкале семантического дифференциала (в абс. ед.)

№	Шкала	Баллы							Средний балл
		-3	-2	-1	0	1	2	3	
1	Зависимый—Независимый	67	93	227	242	130	48	28	-0,27
2	Несамостоятельный—Самостоятельный	39	84	246	222	176	75	29	-0,11
3	Больной—Здоровый	39	46	212	337	148	50	29	-0,06
4	Эгоистичный—Альтруистичный	39	53	201	230	229	73	35	0,08
5	Необычный—Обычный	35	52	190	275	161	76	41	0,14
6	Пассивный—Активный	28	75	189	183	248	92	46	0,16
7	Несчастный—Счастливый	24	26	172	334	170	75	31	0,18
8	Слабый—Сильный	29	40	180	270	216	72	44	0,18
9	Отталкивающий—Притягательный	21	24	135	385	212	59	28	0,20
10	Неуспешный—Успешный	20	30	140	364	216	64	27	0,20
11	Неперспективный—Перспективный	29	36	136	331	207	75	47	0,24
12	Разочарованный—Полный надежд	16	28	138	274	253	98	54	0,42
13	Неспособный—Способный	13	33	142	247	274	103	49	0,43
14	Нелюдимый—Общительный	12	48	142	225	251	128	55	0,45
15	Враждебный—Дружелюбный	16	19	87	268	263	126	82	0,66

Далее в процессе выявления представлений о ребенке с инвалидностью респондентам было предложено одним словом или фразой охарактеризовать ребенка-инвалида в социуме. Отвечая на этот вопрос, 51,7% респондентов охарактеризовали детей с инвалидностью с отрицательной коннотацией, 41,1% — с положительной, 7,2% затруднились ответить.

Высказывания опрошенных касались поведения и состояния (58,5%), качеств характера и личности (14,1%), социально-демографического и гражданского статуса (10,9%), отношения к данной категории лиц (6,2%) и прочих (номинальных) характеристик (3,1%). Положительные характеристики были даны во всех типах представлений, отрицательные — при оценках состояния и поведения детей (43,8%), своего отношения к ним (4,9%) и в номинальных характеристиках (0,3%).

Остановимся более подробно на структуре представлений респондентов о детях с инвалидностью.

Номинальные представления были отражены в 27 высказываниях, из них 88,9% позитивных, 11,1% негативных. Данные представления содержат в основном ассоциации с солнцем, ангелом, цветком, оборотом «солнечный ребенок». К негативным ассоциациям респондентов были отнесены наименования «овощ», «экземпляр», «существо».

К гражданским и социально-демографическим характеристикам отнесено 88 (10,2%) высказываний, из них все позитивные либо нейтральные. Респонденты давали характеристики: «ребенок», «малыш», «человек», «индивид», «личность», «гражданин», «равный». Кроме этого, респонденты указывали на необходимость реализации гражданских и личных прав ребенка, имеющиеся права на доступную среду, на жизнь, на счастливое детство.

К качествам личности и характера была отнесена 121 характеристика, из них 81% позитивных, 19%

негативных. Среди положительных оценок качеств доминировали «сильный» (духом, характером), «добрый», «добродушный», «жизнелюбивый», «неунывающий», «волевой», «отзывчивый», «целеустремленный». Среди отрицательных — «несчастный», «эгоистичный», «раздражительный», «неуравновешенный», «непредсказуемый», «напуганный» и др.

К характеристикам, описывающим *состояние и поведение детей* с инвалидностью, было отнесено 510 наименований, из них 25,7% позитивных, 74,3% негативных. Среди положительных указывали чаще всего «обычный», «такой же как все», «стремящийся жить», «преодолевающий болезнь». Данный ребенок в представлениях респондентов «живет надеждой», «борется за жизнь», «живет вопреки», «верит в лучшее», «старается стойко преодолевать все трудности».

В отрицательных характеристиках опрошенные отмечали, что ребенок с инвалидностью является «необычным», «другим», «дефектным», «не таким, как все». Он имеет множество сложностей и проблем в жизни, несамостоятелен и зависим от обстоятельств, общества, среды, окружающих; воспринимается жертвой, изживенцем, страдальцем, лишенным нормальной жизни и детства, неудачливым, неуспешным, немощным, нуждающимся, бедным, как и его семья, переживающая из-за него горе и трагедию.

К характеристикам, описывающим *отношение* респондентов к детям с инвалидностью, было отнесено 53 наименования, из которых 20,7% позитивных, 79,2% негативных. Респонденты, с одной стороны, констатировали свое понимание невиновности, нужности, небезнадежности этой категории, а с другой, напротив, выражали жалость и печаль по поводу «неполноценности» и «ущербности» данных детей.

Таким образом, в восприятии граждан имеется значительное число отрицательных характеристик, согласно которым дети с инвалидностью — немощная и неполноценная категория граждан, вызывающая жалость, а их положение воспринимается как личная трагедия, приводящая к большому числу проблем, требующих особого решения со стороны общества. В целом жители Евро-Арктической части России в своих представлениях относят детей с инвалидностью к «нетипичным» индивидам.

Обсуждение

Полученные данные о наличии фактов негативного восприятия детей с инвалидностью близки к результатам исследований современных ученых: Ю. А. Афонькиной и Г. В. Жигуновой [7], Е. А. Беловой [8], А. Ю. Домбровской [9], Н. А. Кондаковой и Л. Н. Фахрадовой [10], Е. Ярской-Смирновой [11] и др., показывающих, что в обществе встречаются нетолерантные мнения о лицах с инвалидностью, включающие характеристики «неспособный», «слабый», «странный», «недееспособный», «нездоровый».

По результатам исследований, проведенных в 2017 и 2020 гг. в Москве и Подмоскowie М. В. Вдовиной и Н. Н. Семочкиной, установлено, что семьи с детьми, имеющими инвалидность, сталкиваются с нетолерантным и равнодушным отношением также в среде чиновников и специалистов. Ученые в результате приходят к выводу об имеющей место низкой социальной отзывчивости социума в отношении исследуемой категории [12].

Можно отметить, что за последние 10 лет в обществе не изменилось восприятие людей, имеющих инвалидность, связанное с «традиционными» атрибутами инвалидов, как это было показано в исследовании Е. В. Воеводиной, Е. Е. Гориной, проведенном еще в 2011—2012 гг. [13].

Отношение к детям с инвалидностью, по мнению современных ученых [5, 11, 14], закрепляется ценностно-нормативной системой общества, социальным опытом его граждан, социальными статусами и ролями самих «нетипичных» лиц. По мнению В. Скворцовой, отношение общества к «нетипичному» ребенку в процессе его взаимодействия с социумом определяется также соответствием ребенка социальным ожиданиям, формируемым на основе принятых норм, однако нарушение здоровья к «нормальным» не относится [14].

Учитывая приведенные данные, представляется важным формировать в общественном сознании граждан позитивный образ ребенка с инвалидностью и развивать более широкие практики социального взаимодействия с этой категорией.

Заключение

Результаты опроса позволяют заключить, что инвалидность как социальный статус выступает значимым фактором в восприятии населением детей с инвалидностью. При этом наличие инвалидности у ребенка способствует негативным маркировкам его личности и поведения в представлениях сограждан. В представлениях респондентов о детях с инвалидностью акцент ставится на «нетипичных» свойствах индивидов, а не на условиях их социализации и самореализации.

Результаты исследования указывают на доминирующее в российском обществе восприятие инвалидности через призму медицинской модели, согласно которой человек с инвалидностью из-за своего заболевания не может успешно функционировать в социуме до тех пор, пока он не вылечится. Однако для равного участия в жизни общества всех без исключения граждан важно «лечить» само общество, создавая в нем условия для каждого, на основе инклюзивного дизайна и толерантного отношения друг ко другу. В связи с этим необходимо продолжать социальную политику по устранению барьеров социальной инклюзии инвалидизированных граждан, а также по формированию позитивного образа человека с инвалидностью, что в совокупности позволит сместить акцент с «нетипичных» индивидов на меры по устранению «нетипичных» условий их жизнедеятельности.

Здоровье и общество

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 22-28-00795 «„Нетипичное“ детство как социальный феномен в условиях развития инклюзивных процессов на территории Евро-Арктического региона России».

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русанова А. А. Стигма нетипичности как форма индивидуализированного телесного бытия. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Философия*. 2019;31(1):81–9.
2. Гоффман Е. Стигма: заметки об управлении искаженной идентичностью. 1963. Режим доступа: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (дата обращения 25.05.2022).
3. Анникова Л. В., Колесникова Т. В. Нетипичные личности в контексте современных интеграционных процессов. *Евразийский Союз Ученых*. 2015;18(1):118–20.
4. Морозова Е. А., Шевель П. П. Влияние менталитета на отношение к инвалидам. *Социально-гуманитарные знания*. 2013;(3):297–303.
5. Волкова В. В., Михальчи Е. В. Исследование социального стереотипа и психологического портрета лица с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью глазами студентов. *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2016;9(2):31–42.
6. Hunt Paul. Stigma: The Experience of Disability, London: Geoffrey Chapman, 1966: Judy Hunt. *Disabil. Soc.* 2007;22(7):795–99. Режим доступа: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687590701659659?journalCode=cdo20> (дата обращения 25.05.2022).
7. Жигунова Г. В., Афонькина Ю. А. Представления об инвалидности в региональном социуме. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: История. Политология. Социология*. 2019;(4):37–45.
8. Белова Е. А. Особенности отношения младших школьников к своим сверстникам с ограниченными возможностями здоровья. *Ученые записки Российского государственного социального университета*. 2015;(2):5–11.
9. Домбровская А. Ю. Типы социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья (по материалам социологического опроса в городах Орле и Курске). *Локус: люди, общество, культура, смыслы*. 2016;(2):89–100.
10. Кондакова Н. А., Фахрадова Л. Н. Отношение населения Вологодской области к статусу инвалида. *Вопросы территориального развития*. 2015;1(21):1–13.
11. Ярская-Смирнова Е. Р. Социокультурный анализ атипичности. Саратов: Саратовский государственный технический университет; 1997. 272 с.
12. Вдовина М. В., Семочкина Н. Н. Социальное здоровье семьи с ребенком-инвалидом в период раннего детства и в школьные годы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(2):287–92.
13. Воеводина Е. В., Горина Е. Е. Социальный портрет людей с ограниченными возможностями здоровья в студенческой среде как фактор социальной адаптации к условиям вуза. *Вестник Томского государственного университета*. 2013;373:60–5.
14. Скворцова В. О. Социальные аспекты в изучении нетипичного развития личности ребенка. *Известия Саратовского универси-*

тета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. 2014;3(2;10):168–73.

Поступила 17.06.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Rusanova A. A. Stigma of atypicality as a form of individualized bodily existence. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Filosofiya*. 2019;1(31):81–9 (in Russian).
2. Goffman E. Stigma: notes on the management of distorted identity; 1963. Available at: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (accessed 25.05.2022) (in Russian).
3. Annikova L. V., Kolesnikova T. V. Atypical personalities in the context of modern integration processes. *Evrazijskij Soyuz Uchenyh*. 2015;1(18): 118–20 (in Russian).
4. Morozova E. A., Shevel P. P. The influence of mentality on attitudes towards the disabled. *Social'no-gumanitarnye znaniya*. 2013;(3):297–303 (in Russian).
5. Volkova V. V., Mikhanchi E. V. Study of the social stereotype and psychological portrait of a person with disabilities and disabilities through the eyes of students. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya*. 2016;9(2):31–42 (in Russian).
6. Hunt Paul. Stigma: The Experience of Disability, London: Geoffrey Chapman, 1966: Judy Hunt. *Disabil. Soc.* 2007;22(7):795–9. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687590701659659?journalCode=cdo20> (accessed 25.05.2022).
7. Zhigunova G. V., Afonkina Yu. A. Perceptions of disability in the regional society. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Istoriya. Politologiya. Sotsiologiya*. 2019;(4):37–45 (in Russian).
8. Belova E. A. Features of the attitude of younger schoolchildren to their peers with disabilities. *Uchenyye zapiski Rossiyskogo gosudarstvennogo sotsialnogo universiteta*. 2015;(2):5–11 (in Russian).
9. Dombrovskaya A. Yu. Types of social adaptation of people with disabilities (based on a sociological survey in the cities of Orel and Kursk). *Lokus: lyudi, obshchestvo, kultura, smysly*. 2016;(2):89–100 (in Russian).
10. Kondakova N. A., Fakhradova L. N. The attitude of the population of the Vologda region to the status of a disabled person. *Voprosy territorialnogo razvitiya*. 2015;1(21):1–13 (in Russian).
11. Yarskaya-Smirnova E. R. Sociocultural analysis of atypicality [Sotsiokul'turnyy analiz atipichnosti]. Saratov: Saratov State Technical University; 1997. 272 p. (in Russian).
12. Vdovina M. V., Semochkina N. N. Social health of a family with a disabled child during early childhood and school years. *Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):287–92 (in Russian).
13. Voevodina E. V., Gorina E. E. Social portrait of people with disabilities in the student environment as a factor of social adaptation to the conditions of the university. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2013;373:60–5 (in Russian).
14. Skvortsova V. O. Social aspects in the study of atypical development of the child's personality. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Akmeologiya obrazovaniya. Psikhologiya razvitiya*. 2014;3(2;10):168–73 (in Russian).

Костин А. А.¹, Цветков А. И.², Абрамов А. Ю.¹, Кича Д. И.¹, Голощачов-Аксенов Р. С.¹

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩЬЮ НА ДИНАМИКУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, 117198, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург

Туберкулез является важнейшей медико-социальной проблемой в ряду глобально опасных эпидемиологических явлений. В структуре смертности и инвалидизации населения туберкулез занимает 9-е место и 1-е место среди причин смерти от одного инфекционного возбудителя. Цель исследования — провести анализ динамики общей заболеваемости и смертности, обусловленных туберкулезом, на фоне внедрения телемедицинской клинико-организационной технологии фтизиатрической помощи за 2007—2021 гг.

Использованы официальные региональные и федеральные данные Росстата за 2007—2021 гг. Определены показатели общей заболеваемости и смертности населения, обусловленные туберкулезом, в Свердловской области. Методы исследования — контент-анализ и статистический (анализ динамических рядов, графический, статистических различий). Расчеты и графический анализ данных проводили на базе пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Исследованием установлено, что в Свердловской области показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза превышают среднероссийские в 1,2—1,5 раза. С 2007 по 2021 г. в результате внедрения клинико-организационной телемедицинской технологии управления фтизиатрической помощью установлено снижение обусловленной туберкулезом общей заболеваемости и смертности населения в 2,275 и 2,97 раза соответственно. Темп снижения исследуемых эпидемиологических показателей в целом коррелировал со среднероссийскими при статистической значимости разности $t \geq 2$.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что в регионах с неблагоприятными эпидемиологическими показателями по туберкулезу требуется применение инновационных технологий управления клинико-организационными процессами. Разработка и внедрение клинико-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью способствуют достоверному снижению заболеваемости и смертности, обусловленных туберкулезом, оптимизируют санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Ключевые слова: туберкулез; заболеваемость; смертность; телемедицинская технология; клинико-организационное управление.

Для цитирования: Костин А. А., Цветков А. И., Абрамов А. Ю., Кича Д. И., Голощачов-Аксенов Р. С. Влияние применения клинико-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью на динамику заболеваемости и смертности от туберкулеза. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):60—64. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-60-64>

Для корреспонденции: Голощачов-Аксенов Роман Сергеевич, д-р мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярных и гибридных методов диагностики и лечения ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (РУДН) Минобрнауки России, e-mail: mzmo-endovascular@mail.ru

Kostin A. A.¹, Tsvetkov A. I.², Abramov A. Yu.¹, Kicha D. I.¹, Goloshchapov-Aksenov R. S.¹

THE EFFECT OF APPLYING CLINICAL ORGANIZATIONAL TELEMEDICINE TECHNOLOGY MANAGEMENT OF ANTI-TUBERCULOUS CARE ON DYNAMICS OF TUBERCULOSIS MORBIDITY AND MORTALITY

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University) of Minobrnauka of Russia, 117198, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Ural State Medical University” of Minzdrav of Russia, 620028, Yekaterinburg, Russia

The tuberculosis is the most important medical and social problem among globally dangerous epidemiological phenomena. The tuberculosis ranks 9th place in the structure of mortality and disability of population and 1st place among causes of death from single infectious agent.

The purpose of the study was to analyze dynamics of total morbidity and mortality because of tuberculosis against the background of the implementation of telemedicine clinical organizational technology in phthisiology care 2007–2021.

The official Regional and Federal data of Rosstat for 2007–2021 were used. The indicators of total morbidity and mortality of population caused by tuberculosis in the Sverdlovsk Oblast were established. The research methods were content analysis, dynamic series analysis, graphical analysis, statistical differences analysis.

In the Sverdlovsk Oblast, the morbidity and mortality of tuberculosis exceeded national average indicators by 1.2–1.5 times. In 2007–2021, as a result of implementation of clinical organizational telemedicine technology in managing phthisiology care, total morbidity and mortality of population caused by tuberculosis decreased up to 2.275 and 2.97 times respectively. The rate of decrease of analyzed epidemiological indicators generally correlated with national average data with statistical validity of difference $t \geq 2$.

In regions with unfavorable epidemiological indicators of tuberculosis, application of innovative technologies in management of clinical organizational processes is required. The development and implementation of clinical organizational telemedicine technology for managing regional phthisiology care contributes to significant reduction of morbidity and mortality of tuberculosis and optimizes sanitary and epidemiological well-being.

Keywords: tuberculosis; morbidity; mortality; telemedicine; technology; clinical and organizational management.

For citation: Kostin A. A., Tsvetkov A. I., Abramov A. Yu., Kicha D. I., Goloshchapov-Aksenov R. S. The effect of applying clinical organizational telemedicine technology management of antituberculous care on dynamics of tuberculosis morbidity and mortality. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):60–64 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-60-64>

For correspondence: Goloshchapov-Aksenov R. S., doctor of medical sciences, associate professor of the Chair of Cardiology, X-ray endo-vascular and hybrid methods of diagnostic and treatment of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University) of Minobrnauka of Russia. e-mail: mzmo-endovascular@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.08.2022
Accepted 31.10.2022

Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1993 г. объявила туберкулез глобальной угрозой человечеству, определив Россию как одну из стран с эпидемиологической напряженностью по туберкулезу. В 2019 г. в мире было выявлено и поставлено на учет в общей сложности 206 030 человек с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью или с устойчивостью к рифампицину, что на 10% больше, чем в 2018 г. (186 883 человека). Около половины таких больных выявлено в Индии, Китае и Российской Федерации. В настоящее время разработаны современные эффективные лекарственные противотуберкулезные препараты, включая средства для лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, технологии профилактики заболевания, результативно внедряются государственные противотуберкулезные программы, однако данная проблема является актуальной [1].

По данным ВОЗ, в 2016 г. число заболевших туберкулезом в мире составляло 10,4 млн, в 2019 г. — 10 млн, включая 1,2 млн детей. В настоящее время в мире туберкулезом ежегодно заболевает около 9,4 млн и 1,9 млн умирают. Треть населения планеты живет с латентным туберкулезом, который способен трансформироваться в клинически выраженный патологический процесс. Одна из задач здравоохранения к 2030 г. — положить конец эпидемии туберкулеза [1, 2].

В течение последнего десятилетия отмечаются позитивные тренды снижения заболеваемости, смертности и распространенности туберкулеза в Российской Федерации. За 2008—2017 гг. заболеваемость туберкулезом снизилась в среднем на 43,2% (с 85,1 до 48,3 на 100 тыс. населения), смертность — на 63,7% (с 17,9 до 6,5 на 100 тыс. населения). Однако заболеваемость туберкулезом детского населения и мужчин всех возрастных групп превышает аналогичные показатели европейских стран в 5 раз и более [1].

За последние 20 лет в Российской Федерации достигнуты лучшие в мире темпы снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза. За 2000—2019 гг. число ежегодно заболевающих туберкулезом снизилось более чем в 2 раза (с 133 229 в 2000 г. до 60 531 в 2019 г.), а умерших от туберкулеза — более, чем в 4 раза (с 29 966 в 2000 г. до 7264 в 2019 г.). В настоящее время в Российской Федерации заболеваемость туберкулезом составляет в среднем около 40 случаев на 100 тыс. населения в год, а смертность — около 5,5 на 100 тыс. населения. За период 2018—2019 гг. заболеваемость туберкулезом в на-

шей стране снизилась на 7,2% (с 44,4 до 41,2 на 100 тыс. населения), а смертность от туберкулеза — на 11,8% (с 5,9 до 5,1 на 100 тыс. населения) [3—5].

Улучшение эпидемиологических трендов заболеваемости и смертности, обусловленных туберкулезом, в мире и в Российской Федерации произошло в результате повышения охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез, уменьшения доли больных с запущенными формами заболевания на основе широкого внедрения современных методов диагностики и клинических рекомендаций по лечению и профилактике туберкулеза [4].

Свердловская область является регионом, характеризующимся высокими показателями заболеваемости и распространенности туберкулеза с тенденцией к снижению. На негативное развитие эпидемиологических трендов влияли социальные, демографические, климатические факторы, отсутствие медико-экономического обоснования совершенствования фтизиатрической помощи, несовершенство лекарственного обеспечения при туберкулезе, преобладание китайского штамма микобактерии туберкулеза [6, 7].

В настоящей статье представлен анализ динамики общей заболеваемости и смертности населения, обусловленных туберкулезом, в Свердловской области за 2007—2021 гг. для оценки эффективности разработанной и внедренной в практику региона инновационной клинко-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью.

Материалы и методы

Проведено сравнительное динамическое исследование с использованием официальной информации региона и единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) Федеральной службы статистики за 2007—2021 гг. и данных Федеральной службы государственной статистики (Росстат), Министерства здравоохранения Свердловской области. Общую заболеваемость и смертность, обусловленные туберкулезом, анализировали среди всего населения региона по стандартизованным показателям в расчете на 100 тыс. населения Свердловской области за 2007—2021 гг. Оценена эффективность разработанной и внедренной в практику здравоохранения области в 2012—2021 гг. инновационной клинко-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью в отношении динамики снижения фтизиатрической заболеваемости и смертности.

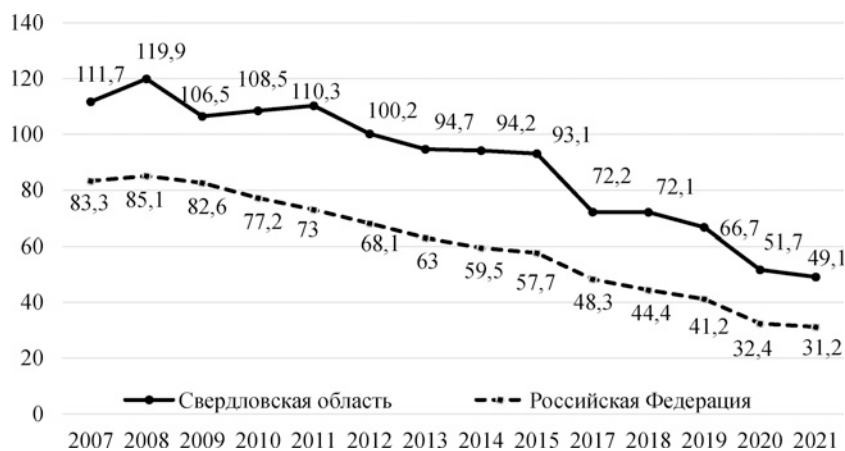


Рис. 1. Сравнительная динамика общей заболеваемости туберкулезом в Свердловской области и в Российской Федерации в 2007—2021 гг. (на 100 тыс. населения).

Методами исследования служили контент-анализ данных литературы и статистический (анализ динамических рядов, графический). Расчеты и графический анализ данных проведены на базе пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты исследования

Анализ результатов разработки и внедрения клинико-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью в Свердловской области проведен на основании исследования динамики заболеваемости и смертности от туберкулеза в регионе за период 2007—2021 гг.

На рис. 1 и 2 представлено сравнение динамики общей заболеваемости и смертности, обусловленных туберкулезом, в Свердловской области и в Российской Федерации за период 2007—2021 гг. За исследуемый период отмечено динамическое снижение показателей здоровья населения по туберкулезу в Свердловской области и в России. Региональные колебания обусловлены внедрением и функциональной адаптацией различных компонентов телемедицинской технологии противотуберкулезной помощи.

В период пандемии COVID-19 (2020—2021) в Свердловской области в 5 раз увеличилось число выполненных исследований легких с помощью компьютерной томографии. Роста заболеваемости туберкулезом в условиях пандемии отмечено не было. В 2020 г. активная форма туберкулеза выявлена у 2201 человека, что на 16% меньше, чем в 2019 г.

Важно отметить, что общемировая тенденция снижения охвата населения диспансерным наблюдением за период 2019—2020 гг. отмечена и в регионе. На фоне пандемии охват населения

региона диспансерным наблюдением в 2020 г. снизился на 10% по сравнению с 2019 г. и составил 70%. Охват детей профосмотрами в 2020 г. составил 95%, включая детей до 14 лет (98%). Охват пробами Манту детей до 14 лет в 2020 г. составил 86%.

В 2021 г. в Свердловской области был зафиксирован самый низкий исторический показатель смертности населения от туберкулеза (аналогично динамике в Российской Федерации) — 7,2 на 100 тыс. населения (в России в 2020 г. — 4,7 на 100 тыс. населения), что подтверждает результативность управленческих решений в регионе.

Обсуждение

Период 2007—2011 гг. в Свердловской области характеризовался негативными тенденциями заболеваемости и смертности, обусловленных туберкулезом, превышавшими средние значения по Российской Федерации в 1,3—1,5 раза [7].

Высокие показатели фтизиатрической заболеваемости и смертности в регионе со значительным превышением по сравнению со средними величинами по Российской Федерации в период 2007—2011 гг. зафиксированы на фоне высоких темпов распространения ВИЧ-инфекции (распространенность на период 31.12.2012 г. — 1347,5 случая на 100 тыс. населения, заболеваемость — 136,4 случая на 100 тыс. населения), наличия на территории региона значительного количества учреждений Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний, роста показателя заболеваемости туберкулезом среди детского населения (преимущественно детей в возрасте 7—14 лет) [7, 8].

По данным Министерства здравоохранения Свердловской области (2021), около 80% населения региона старше 30 лет инфицировано туберкулезом. Эпидемиологическая напряженность по туберкулезу в регионе обусловлена климатическими и экологическими условиями, миграционными процессами

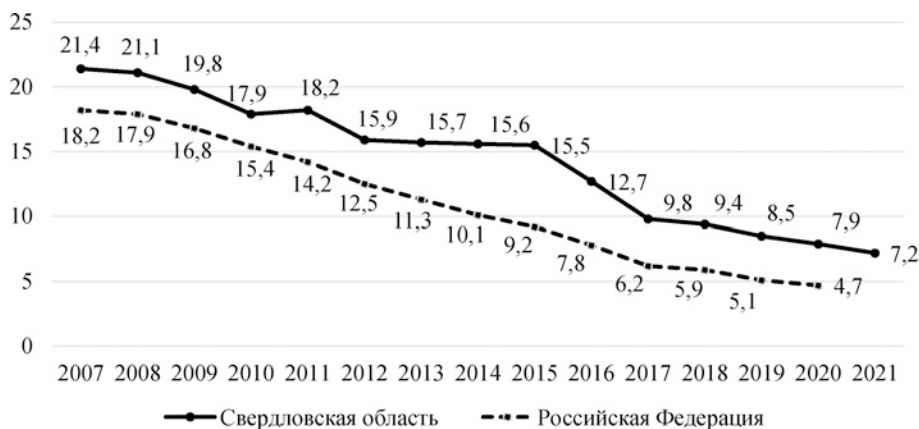


Рис. 2. Сравнительная динамика смертности от туберкулеза в Свердловской области и в Российской Федерации в 2007—2021 гг. (на 100 тыс. населения).

Здоровье и общество

ми (транзит жителей Средней Азии происходит через Свердловскую область), высокой плотностью размещения исправительных учреждений и изоляторов временного содержания в регионе (37 колоний и изоляторов временного содержания), в которых на начало 2021 г. содержались около 21 тыс. подготавливаемых, обвиняемых и осужденных (включая около 1 тыс. женщин), большой численностью проживающих ВИЧ-инфицированных (в 2021 г. — 3853), роста потребления алкоголя и наркотиков (Свердловская область находится в списке лидеров среди субъектов Российской Федерации по количеству алкоголь-ассоциированных смертей) [8].

В регионе за 2007—2011 гг. увеличилось с 97 до 110 (11,8%) человек число социально неблагополучных пациентов среди впервые выявленных больных туберкулезом. Увеличение численности людей без определенного места жительства и некачественное питание являются факторами риска повышения заболеваемости туберкулезом.

Реорганизация противотуберкулезной службы, разработка в 2006—2012 гг. и внедрение в практику системы здравоохранения Свердловской области инновационной клиничко-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью на основе интеграции и информатизации противотуберкулезных медицинских организаций и автоматизации и персонализации управления лечебно-профилактическими мероприятиями (2012—2020) способствовали интенсивному снижению заболеваемости и смертности, обусловленных туберкулезом [9—11]. В этот период стали интенсивно разрабатываться и внедряться специальные мероприятия клиничко-организационного характера, запатентованные клинические, системные и программные продукты и телемедицинские технологии, автоматизированный индикативный мониторинг фтизиатрических учреждений, структурно-функциональные преобразования местного и регионального уровня.

За 2010—2019 гг. в регионе увеличился охват профилактическими осмотрами населения старше 18 лет (с 72 до 85%), иммунодиагностикой — детей (с 70 до 94,4%). С 2015 г. проводятся ежегодные флюорографические осмотры населения (охват рентгенодиагностикой населения региона в 2018 г. составил более 90%), предшествующий период характеризовался проведением флюорографических осмотров 1 раз в 2 года [6]. В 2018 г. выявлено более 60% больных туберкулезом в результате профилактических осмотров. За период 2011—2018 гг. заболеваемость туберкулезом в Свердловской области снизилась на 31,5%, смертность — на 45,5% [8].

В период пандемии COVID-19 в 2020—2021 гг. внедрение ограничительных медико-социальных технологий с целью предупреждения распространения COVID-19, включая ношение медицинских масок, запрет на посещение мест общего пользования и культурно-массовых мероприятий, дистанционную диспансеризацию, способствовали снижению показателя заболеваемости туберкулезом в Сверд-

ловской области за период 2019 — начала 2021 г. на 16%, а смертности — до 9%.

Эффективность внедренной инновационной клиничко-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью характеризовалась прогнозируемой положительной динамикой и возросшими темпами изменения значений эпидемиологических коэффициентов туберкулеза. Статистическая и математическая обработка клинического материала, касающегося всех аспектов деятельности головного противотуберкулезного диспансера Свердловской области, показала, что по сравнению с периодом до внедрения инноваций и реорганизации фтизиатрической службы произошли достоверные изменения в позитивном тренде эпидемиологических показателей, в том числе снижение показателей заболеваемости и смертности, а также распространения инфекции. Показатели фтизиатрической заболеваемости и смертности в Свердловской области остаются в 1,3—1,5 раза выше, чем в среднем по Российской Федерации, что обусловлено региональными географическими, логистическими и медико-социальными факторами.

Заключение

За период 2007—2021 гг. в Свердловской области установлены устойчивое снижение общей заболеваемости туберкулезом с 111,7 до 49,1 на 100 тыс. населения (в 2,275 раза), динамика снижения смертности от туберкулеза с 21,4 до 7,2 на 100 тыс. населения (в 2,97 раза).

Пандемия COVID-19 в регионе не способствовала росту заболеваемости и смертности, обусловленных туберкулезом, но этому способствовали разработка и внедрение инновационной клиничко-организационной телемедицинской технологии управления региональной противотуберкулезной помощью.

Разработка и внедрение инновационных управленческих телемедицинских клиничко-организационных технологий обеспечивает повышение санитарно-эпидемиологического благополучия населения региона.

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

ЛИТЕРАТУРА

- ВОЗ. Информационный бюллетень. 2020. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Глобальные отчеты ВОЗ по туберкулезу, формированию и интерпретация. *Туберкулез и болезни легких*. 2017;95(5):7—15.
- Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации. Часть 1. Заболеваемость и распространенность туберкулеза. *Туберкулез и болезни легких*. 2017;95(6):9—21.
- Цветков А. И., Чугаев Ю. П., Черняев А. И., Чернавин П. Ф. Научное обоснование и эффективность индикаторного варианта управления крупным противотуберкулезным диспансером. *Медицинский альянс*. 2020;8(3):102—10.

5. WHO's global TB database Режим доступа: <http://www.who.int/tb/country/data/download/en> (дата обращения 01.03.2017).
 6. Голубкова А. А., Скорняков С. Н., Репина О. В. Туберкулез. От контроля к управлению. Эпидемическим процессом. *Вестник Уральского государственного медицинского университета*. 2017;(2):35—8.
 7. Россия демонстрирует один из самых значительных темпов снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза в мире. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. 27 марта 2020 года. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/news/2020/03/24/13577-rossiya-demonstriruet-odin-iz-samyh-znachitelnyh-tempov-snizheniya-zabolevaemosti-i-smernosti-ot-tuberkuleza-v-mire>
 8. Здравоохранение в России 2021. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). М.; 2021. 171 с. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2021.pdf>
 9. Голубев Д. Н., Цветков А. И., Голубев Ю. Д. Дистанционные медицинские технологии в управлении противотуберкулезной службой. *Фтизиатрия и пульмонология*. 2013;1(6):66—7.
 10. Эйтмонт Н. В., Цветков А. И. Опыт реорганизации противотуберкулезной службы Свердловской области в 2006—2012 гг. и план объединения в единое юридическое лицо организаций, оказывающих помощь населению по профилю «туберкулез». *Фтизиатрия и пульмонология*. 2013;2(7):75—9.
 11. Эйтмонт Н. В., Цветков А. И., Кожекина Н. В., Фоменко Н. В., Бояркина В. А., Сенин А. М., Бызов Н. С. Заболеваемость туберкулезом в Свердловской области. *Уральский медицинский журнал*. 2013;2(107):14—7.
- Поступила 18.08.2022
Принята в печать 31.10.2022
- REFERENCES
1. WHO. News bulletin. 2020. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (in Russian).
 2. Vasilyeva I. A., Belilovsky E. M., Borisov S. E., Sterlikov S. A. WHO global reports on tuberculosis, formation and interpretation. *Tuberkulez i bolezni legkikh = Tuberculosis and lung diseases*. 2017;95(5):7—15 (in Russian).
 3. Vasil'eva I. A., Belilovsky E. M., Borisov S. E., Sterlikov S. A. Incidence, mortality and prevalence as indicators of the burden of tuberculosis in WHO regions, countries of the world and in the Russian Federation. Part 1. Incidence and prevalence of tuberculosis. *Tuberkulez i bolezni legkikh = Tuberculosis and lung diseases*. 2017;95(6):9—21 (in Russian).
 4. Tsvetkov A. I., Chugaev Yu. P., Chernyaev A. I., Chernavin P. F. Scientific substantiation and effectiveness of the indicator option for managing a large TB dispensary. *Meditinskiy al'yans = Medical Alliance*. 2020;8(3):102—10 (in Russian).
 5. WHO's global TB database. Available at: <http://www.who.int/tb/country/data/download/en> (accessed 01.03.2017).
 6. Golubkova A. A., Skorniyakov S. N., Repina O. V. Tuberculosis. From control to management. epidemic process. *Vestnik Ural'skogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Bulletin of the Ural State Medical University*. 2017;(2):35—8 (in Russian).
 7. Russia demonstrates one of the most significant rates of decline in incidence and mortality from tuberculosis in the world. Official website of the Ministry of Health of the Russian Federation. March 27, 2020. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/news/2020/03/24/13577-rossiya-demonstriruet-odin-iz-samyh-znachitelnyh-tempov-snizheniya-zabolevaemosti-i-smernosti-ot-tuberkuleza-v-mire> (in Russian).
 8. Healthcare in Russia 2021. Federal State Statistics Service (Rosstat) [*Zdravookhraneniye v Rossii 2021. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki (Rosstat)*]. Moscow; 2021. 171 p. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2021.pdf> (in Russian).
 9. Golubev D. N., Tsvetkov A. I., Golubev Yu. D. Remote medical technologies in the management of anti-tuberculosis service. *Ftiziatriya i pul'monologiya = Phthisiology and pulmonology*. 2013;1(6):66—7 (in Russian).
 10. Eitmont N. V., Tsvetkov A. I. Experience of reorganization of antituberculous service of Sverdlovsk region in 2006—2012 and a plan to merge into a single legal entity organizations providing assistance to the population in the TB profile. *Ftiziatriya i pul'monologiya = Phthisiology and pulmonology*. 2013;2(7):75—9 (in Russian).
 11. Eitmont N. V., Tsvetkov A. I., Kozhekina N. V., Fomenko N. V., Boyarkina V. A., Senin A. M., Byzov N. S. The incidence of tuberculosis in the Sverdlovsk region. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal = Ural Medical Journal*. 2013;2(107):14—7 (in Russian).

Циринг Д. А.^{1,3}, Пахомова Я. Н.^{1,2}, Пономарева И. В.^{1,2,3}, Сергиенко Е. С.⁴, Важенин А. В.⁵, МIRONCHENKO М. Н.^{1,5}

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ МЕГАПОЛИСЕ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

¹ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», 634050, г. Томск;

²ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», 454001, г. Челябинск;

³ФГБОУ ВО «Уральский филиал Финансового университета при Правительстве Российской Федерации», 454084, г. Челябинск;

⁴ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», 129366, г. Москва;

⁵ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», 454092, г. Челябинск

Рак молочной железы занимает лидирующую позицию в структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире. Настоящее исследование посвящено изучению вклада психологических и средовых факторов в риск развития заболевания раком молочной железы у женщин, проживающих в промышленном мегаполисе и в сельской местности. Актуальность исследования связана с получением новых знаний о факторах риска заболевания раком молочной железы. В качестве психологических факторов определены базисные убеждения, жизненные ориентации, локус контроля, стратегии совладающего поведения, субъективная оценка качества жизни, показатель субъективного возраста, личностная беспомощность-самостоятельность, жизнестойкость. В качестве средового фактора рассматривается место проживания женщин, больных раком молочной железы (городская или сельская местность). В результате исследования обнаружено, что для женщин, проживающих в промышленном мегаполисе, в качестве психологических факторов риска можно рассматривать сниженные показатели базисных убеждений, качества жизни и жизнестойкости, редкое использование копинг-стратегии «Бегство-избегание», экстернальный локус контроля. Среди женщин, проживающих в сельской местности, психологическими факторами риска онкологического заболевания молочной железы выступают редкое применение стратегий совладания, сниженные показатели качества жизни, повышенная жизненная активность, интернальный уровень субъективного контроля, а также наличие личностной беспомощности. Полученные данные могут быть включены в разработку персонализированных протоколов скрининга заболевания, а также учтены при оценке риска его возникновения, при классификации женщин по группам риска.

Ключевые слова: онкопсихология; рак молочной железы; психологические факторы риска; промышленный мегаполис; сельская местность; базисные убеждения; локус контроля; совладающее поведение; качество жизни; жизнестойкость.

Для цитирования: Циринг Д. А., Пахомова Я. Н., Пономарева И. В., Сергиенко Е. С., Важенин А. В., МIRONCHENKO М. Н. Психологические и средовые факторы риска заболевания раком молочной железы у женщин, проживающих в промышленном мегаполисе и сельской местности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):65–71. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-65-71>

Для корреспонденции: Пахомова Яна Николаевна, канд. психол. наук, старший научный сотрудник ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», доцент кафедры психологии ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», e-mail: sizova159@yandex.ru

Tsiring D. A.^{1,3}, Pakhomova Ya. N.^{1,2}, Ponomareva I. V.^{1,2,3}, Sergienko E. S.⁴, Vazhenin A. V.⁵, Mironchenko M. N.^{1,5}

THE PSYCHOLOGICAL AND ENVIRONMENT RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF BREAST CANCER IN WOMEN RESIDING IN INDUSTRIAL MEGALOPOLIS AND RURAL LOCALITY

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Tomsk National Research State University”, 634050, Tomsk, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chelyabinsk State University”, 454001, Chelyabinsk, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Ural Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation”, 454084, Chelyabinsk, Russia;

⁴The Federal State Budget Institution of Science “The Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences”, 129366, Moscow, Russia;

⁵The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Southern-Ural State Medical University” 454092, Chelyabinsk, Russia

The breast cancer hold leading position in the structure of oncological morbidity of women worldwide. The purpose of the study is to analyze contribution of psychological and environmental factors to risk of development of breast cancer in women residing in industrial metropolis and rural locality. The actuality of the study is conditioned by acquisition of new knowledge about risk factors of breast cancer. The study covered psychological factors (basic beliefs, life orientations, locus of control, coping behavior strategies, subjective assessment of quality of life, subjective age indicator, personal helplessness-independence, resilience) and environmental factor (place of urban or rural residence of women with breast cancer). The study established that in women residing in industrial metropolis the psychological risk factors are reduced indicators of basic beliefs, of quality of life and of resilience, rare application of coping strategy “Escape-Avoidance”, external locus of control. Alternatively, in women residing in rural areas, psychological risk factors for breast cancer are rare application of coping strategies, reduced quality of life indicators, increased vital activity, internal level of subjective control and personal helplessness. The study results can be included in development of personalized breast cancer screening protocols and as well as considered in assessing risk of development of disease when classifying women by breast cancer risk groups.

Keywords: oncopychology; breast cancer; psychological risk factor; industrial metropolis; rural area; basic beliefs; locus of control; coping behavior; quality of life; resilience.

For citation: Tsiring D. A., Pakhomova Ya. N., Ponomareva I. V., Sergienko E. S., Vazhenin A. V., Mironchenko M. N. The psychological and environment risk factors of development of breast cancer in women residing in industrial megalopolis and

rural locality. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(1):65–71 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-65-71>

For correspondence: Pakhomova Ya. N., candidate of psychological sciences, the Senior Researcher of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Tomsk National Research State University”, associate professor of the Chair of Psychology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chelyabinsk State University”. e-mail: sizova159@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study was implemented at the expense of Grant of the Russian Foundation for Fundamental Research (project № 20-013-00824).

Received 10.05.2022

Accepted 31.10.2022

Введение

Онкологические заболевания являются одной из основных причин смерти, инвалидизации, ухудшения качества жизни и важным препятствием на пути увеличения продолжительности жизни в каждой стране мира. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2019 г. злокачественные новообразования занимали лидирующие позиции в структуре причин смерти в возрасте до 70 лет [1]. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млн (в России — более 70 тыс.) первичных опухолей молочной железы. Смертность от данного заболевания не превышает таковую от сердечно-сосудистых заболеваний или рака легкого у женщин. Но доля смертности от рака молочной железы (РМЖ) среди женщин 35—55 лет значительно больше, чем их смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и рака легкого, приходящаяся на средний возраст 60—85 лет [1, 2]. Эти данные подчеркивают необходимость поиска факторов риска заболевания и течения болезни. Женщинам с высоким риском заболевания РМЖ должны быть предложены более интенсивное наблюдение и профилактические меры. Центральное место в принятии решений относительно стратегии профилактики занимает точная и индивидуальная оценка риска заболевания [3]. В исследованиях отмечается опосредованность заболеваемости и выживаемости индивидов с онкологическим диагнозом социальными и психологическими особенностями последних [4—6]. Однако определить конкретные социальные механизмы и факторы, приводящие к развитию злокачественных новообразований, ученым пока не удается, получаемые результаты являются неоднозначными и иногда противоречат друг другу.

Согласно глобальной статистике рака [1], генетические факторы (в том числе основные гены восприимчивости — *BRCA1*, *BRCA2*), составляют около 10% случаев РМЖ в развитых странах, но их распространенность среди населения слишком мала, чтобы объяснить большую часть различий в риске заболеваемости среди женщин. Следовательно, различия в риске заболеваемости могут быть следствием разного воздействия окружающей среды, социальных и психологических факторов. Согласно данным социологических исследований, городское население чаще подвержено онкологическим заболеваниям, нежели сельское [7]. Место проживания человека может влиять на показатели здоровья и тече-

ние болезни за счет качества воздуха и воды, солнечной активности в регионе, близости к промышленным объектам, которые производят или хранят опасные вещества, доступности социальных объектов (медицинские учреждения, включая качество услуг; спортивные объекты). Воздействие канцерогенных и техногенных факторов окружающей среды в промышленном мегаполисе, процессы урбанизации, меняющие образ жизни, увеличивающийся темп жизни и информационной нагрузки влияют на рост заболеваемости жителей мегаполисов [7, 8]. Онкологические заболевания рассматриваются в качестве индикатора экологического неблагополучия территории. В Челябинской области Российской Федерации с ядерной катастрофой в истории и специфическими экологическими проблемами за последние десятилетия сложилась неблагоприятная обстановка в отношении распространения онкологических заболеваний.

Кроме социальных предпосылок развития злокачественных новообразований, в ряде исследований описаны психологические факторы течения РМЖ у женщин [9—11]. В качестве психологических факторов риска возникновения РМЖ выделяются сдержанность в проявлении эмоций, выраженное чувство вины и неуверенность в себе, экстернальный локус контроля и низкая значимость ценности здоровья [12], непродуктивные стратегии совладания, ощущения безнадежности и собственной беспомощности, ригидность установок [6], чувство отчаяния и депрессия [13] и др.

Целью настоящего исследования является изучение вклада психологических и средовых факторов в риск заболевания РМЖ у женщин.

Материалы и методы

В соответствии с целью исследования организовано и проведено эмпирическое исследование на выборке женщин, больных РМЖ на разных стадиях заболевания, впервые обратившихся за профессиональной медицинской помощью в ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». В исследовании приняли участие 206 пациенток (средний возраст составил 61,4 года), из которых 108 проживают в городской и 98 — в сельской местности, и 234 женщины без онкологического заболевания в анамнезе (средний возраст — 54,4 года), из них 104 женщины проживают в городской и 130 — в сельской местности.

Здоровье и общество

Методами диагностики психологических факторов риска заболеваемости были:

- шкала базисных убеждений Р. Янофф-Бульман в адаптации М. А. Падун и А. В. Котельниковой;
- опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса в адаптации Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк, М. С. Замышляевой;
- опросник личностной беспомощности Д. А. Циринг, А. В. Степаненко;
- русскоязычная версия опросника качества жизни (SF-36), рекомендованная Межнациональным центром исследования субъективной оценки здоровья, адаптированная в России К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант;
- методика уровня субъективного контроля Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной, Л. М. Эткинда;
- тест жизненной ориентации Ч. Карвер, М. Шейер в адаптации Д. А. Циринг, К. Ю. Эвниной;
- тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой.

В качестве методов количественной обработки эмпирических данных применяли методы дескриптивной статистики, дискриминантный анализ.

Результаты исследования

С целью определения совокупности психологических предикторов, связанных с риском заболевания РМЖ у женщин, проживающих в мегаполисе и в сельской местности, нами проведен дискримина-

Таблица 1

Результаты дискриминантного анализа, полученные на выборке женщин, проживающих в городской местности

Дискриминантная переменная	M_1	M_2	λ	F	P
Образ Я	29,19	31,3	0,954	8,114	0,005
Удача	32,4	34,9	0,956	7,862	0,006
Убеждение о контроле	25,83	27,1	0,976	4,665	0,03
Бегство-избегание	11,56	13,3	0,960	6,998	0,009
Планирование решения проблемы	11,69	12,6	0,968	5,524	0,02
Положительная переоценка	12,62	14,17	0,956	7,830	0,006
Физическое функционирование	63,93	87,76	0,718	66,524	0,001
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	39,5	75,44	0,834	38,39	0,001
Интенсивность боли	59,53	70,78	0,947	9,429	0,002
Общее состояние здоровья	52,95	65,57	0,914	15,945	0,001
Жизненная активность	50,04	61,47	0,920	14,628	0,001
Социальное функционирование	61,7	74,77	0,923	14,172	0,001
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	41,08	65,47	0,914	15,866	0,001
Психическое здоровье	47,58	64,25	0,849	29,959	0,001
Общая интернальность	11,4	20,68	0,948	9,325	0,003
Интернальность в области неудач	0,77	3,87	0,954	8,066	0,005
Интернальность в области семейных взаимоотношений	-0,65	2,03	0,948	9,271	0,003
Интернальность в области межличностных отношений	1,25	2,42	0,971	4,996	0,027
Принятие риска	14,97	13,09	0,975	4,282	0,04

Примечание. Здесь и в табл. 3: M_1 — средние значения показателей психологических характеристик женщин при РМЖ, проживающих в городе, M_2 — средние значения показателей психологических характеристик женщин без онкологического диагноза, проживающих в городе.

Таблица 2

Коэффициенты канонической дискриминантной функции, полученные на выборке женщин, проживающих в городской местности

Показатель	Функция 1
Физическое функционирование	0,554
Бегство-избегание	0,418
Психическое здоровье	0,374
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	0,332

нантный анализ. В качестве метода был использован метод Уилкса, относящийся к пошаговым методам.

Результаты дискриминантного анализа на выборке женщин, проживающих в городской местности, приведены в табл. 1 и 2. В табл. 1 приведены средние значения психологических переменных, коэффициент λ (лямбда Уилкса), F -критерий и уровень значимости, характеризующие различия по каждой из представленных переменных для групп женщин, проживающих в городской местности, с диагнозом РМЖ, а также женщин, не имеющих в анамнезе онкологического заболевания.

По результатам диагностики показателей личностной беспомощности, субъективного возраста и жизненной ориентации не было выявлено значимых различий среди женщин с онкологическим диагнозом и без него.

Согласно полученным данным, с фактом заболевания РМЖ ассоциируются показатели картины мира (базисные убеждения), копинг-стратегии, показатели качества жизни, показатели локуса контроля, а также показатель жизнестойкости — принятие риска. Психологические характеристики, выступающие в качестве дискриминантных переменных, указанные в табл. 1, выступают в качестве переменных, различия по которым между группами здоровых женщин и женщин с РМЖ, проживающих в городской местности, статистически значимы.

Обращаясь к средним значениям психологических характеристик женщин с онкологическим диагнозом и условно здоровых, можно утверждать, что более позитивная картина мира является неким протектором, предотвращающим РМЖ: у здоровых женщин показатели базисных убеждений о собственной ценности и значимости, удачливости и способности контролировать события собственной жизни статистически значимо выше, чем у женщин с онкологическим диагнозом.

Ряд стратегий совладающего поведения выступает в качестве фактора профилактики и снижает риск заболевания РМЖ. Речь идет о таких копинг-стратегиях, как бегство-избегание, планирование и положительная переоценка. Данные копинг-стратегии более выражены у здоровых женщин, проживающих в городской среде. Стратегия бегство-избегание, заключающаяся в уклонении личности от самостоятельного решения трудностей, большинством исследователей трактуется как неадаптивная, однако она имеет некоторый положительный

эффект, в частности способна быстро снижать эмоциональное напряжение в ситуации стресса, что позволяет женщине не аккумулировать негативные переживания в течение продолжительного времени. Планирование решения проблемы, характерное больше для здоровых женщин, чем для женщин с РМЖ, проявляется в попытках преодоления проблем за счет целенаправленного анализа ситуации: женщины, относящиеся к здоровой выборке, вырабатывают стратегии разрешения проблемы, планируют собственные действия, учитывая объективные условия, прошлый опыт и имеющиеся ресурсы. Положительная переоценка также в большей степени характерна для здоровых женщин и предполагает преодоление негативных переживаний за счет положительного переосмысления проблемы, рассмотрения трудной ситуации как стимула для личностного роста. Данные положительные эффекты от использования перечисленных копинг-стратегий, видимо, позволяют женщинам сохранять психологическое благополучие и соматическое здоровье.

Субъективная оценка качества жизни значимо выше у женщин без онкологического диагноза. Из этого следует, что сниженные физический и психологический компоненты здоровья выступают факторами риска заболевания РМЖ у женщин, проживающих в мегаполисе. Субъективный локус контроля как степень готовности личности брать на себя ответственность за то, что происходит вокруг, также значимо различается у женщин при РМЖ и здоровых. Однако следует заметить, что при значимых различиях по показателям локуса контроля большинство показателей соотносятся с экстернальностью в соответствии с нормами методики. Так, женщинам с онкологическим диагнозом в большей степени присущ экстернальный локус контроля в области неудач, семейных отношений, а также в целом они не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями, они не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство событий является результатом случая или действий других людей. В области же межличностных отношений для здоровых женщин характерен интернальный локус контроля, тогда как при РМЖ — экстернальный, т. е. последние не считают себя способными активно формировать свой круг общения и склонны считать свои отношения результатом действия своих партнеров. Рассматривая показатели жизнестойкости, констатируем, что у здоровых женщин принятие риска значимо выше, чем у женщин со смертельным диагнозом. Принятие риска проявляется как убежденность в том, что возможно получить важные знания и опыт из всего, что происходит в жизни, женщины активны, готовы действовать при отсутствии гарантий успеха [14].

Согласно полученным статистическим данным, дискриминантная функция информативна и объясняет 100% дисперсии, а также при значении $\lambda=0,641$ и статистической значимости $p=0,001$, ука-

зывает на то, что набор дискриминантных переменных обладает хорошей дискриминативной способностью.

Так, риск заболевания РМЖ женщин, проживающих в городской местности, зависит от их картины мира, используемых в трудных жизненных ситуациях копинг-стратегий, показателей качества жизни, локуса контроля, принятия риска. Однако в дискриминантное уравнение были включены не все вышперечисленные переменные, что связано с учетом не только их дискриминативной способности, но и с уникальным вкладом в совокупность с остальными переменными. В табл. 2 представлены коэффициенты канонической дискриминантной функции.

Коэффициенты канонической дискриминантной функции, представленные в табл. 3, характеризуют вклад каждой переменной в значение дискриминантной функции с учетом влияния остальных переменных. Так, наибольший вклад в значение дискриминантной функции, разделяющей женщин на здоровых и имеющих онкологический диагноз, вносят показатель качества жизни «Физическое функционирование», копинг-стратегия «Бегство-избегание», показатели качества жизни «Психическое здоровье» и «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» (переменные упорядочены по абсолютным величинам).

Как показывают результаты классификации, при данном наборе дискриминантных переменных точность классификации составляет 77,1%, что вполне эффективно для классификации двух классов объектов.

Далее представлены результаты дискриминантного анализа на выборке женщин, проживающих в сельской местности (табл. 3, 4). В табл. 3 приведены средние значения психологических переменных, коэффициент λ (лямбда Уилкса), F -критерий и уровень значимости, характеризующие достоверные различия по изучаемым переменным для групп женщин, проживающих в сельской местности, с ди-

Таблица 3

Результаты дискриминантного анализа, полученные на выборке женщин, проживающих в сельской местности

Дискриминантная переменная	M_1	M_2	λ	F	P
Конфронтационный копинг	8,5	9,89	0,962	4,072	0,046
Принятие ответственности	7,65	8,3	0,983	1,917	0,018
Бегство-избегание	11,45	12,89	0,980	2,06	0,015
Положительная переоценка	13,4	14,36	0,988	1,278	0,026
Физическое функционирование	72	80,77	0,976	2,535	0,011
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	48,75	67,85	0,968	3,388	0,05
Интенсивность боли	55,2	67,66	0,959	4,369	0,039
Жизненная активность	65	59,7	0,989	1,09	0,029
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	49,9	65,87	0,974	2,689	0,01
Общая интернальность	21,3	13,4	0,956	4,688	0,033
Интернальность в области достижений	8,73	5,29	0,947	5,664	0,019
Интернальность в области неудач	3,75	1,09	0,97	3,163	0,05
Интернальность в области семейных взаимоотношений	4,05	0,48	0,938	6,705	0,011
Интернальность в области производственных отношений	7,35	4,58	0,961	4,183	0,043
Личностная беспомощность	63,45	57,96	0,985	1,601	0,02

Таблица 4

Коэффициенты канонической дискриминантной функции, полученные на выборке женщин, проживающих в сельской местности

Показатель	Функция 1
Жизненная активность	0,983
Интенсивность боли	-0,851
Личностная беспомощность	0,796
Интернальность в семейных взаимоотношениях	0,524
Интернальность в области достижений	0,458
Физическое функционирование	0,36
Убеждение о справедливости	0,315
Убеждение о контроле	0,301

агнозом РМЖ и без онкологического заболевания в анамнезе.

Согласно полученным данным, базисные убеждения, субъективный возраст, показатели жизнестойкости и жизненной ориентации не имеют значимых различий среди женщин, проживающих в сельской местности, имеющих и не имеющих в анамнезе РМЖ.

По результатам диагностики обнаружено, что с фактом заболевания РМЖ среди женского населения в сельской местности ассоциируются определенные стратегии совладающего поведения, показатели качества жизни, уровень субъективного контроля, личностная беспомощность. Женщины без онкологического диагноза значимо чаще прибегают к использованию таких копинг-стратегий, как конфронтация, принятие ответственности, бегство-избегание, положительная переоценка. Применение перечисленных стратегий может выступать в качестве протектора, предотвращающего возникновение РМЖ. Стратегия конфронтации, заключающаяся в попытках разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, при умеренном использовании обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессогенных условиях. Возможно, таким образом, применение данной стратегии позволяет женщинам сохранять психологическое благополучие и соматическое здоровье. Принятие ответственности позволяет здоровым женщинам понимать личную роль в актуальных трудностях, бегство-избегание позволяет быстро снижать эмоциональное напряжение в ситуации стресса, положительная переоценка — осмысливать проблемную ситуацию, видеть в ней зону роста. Ряд показателей качества жизни (физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) значимо выше у женщин без онкологического диагноза: сниженные физический и психологический компоненты здоровья выступают факторами риска заболевания РМЖ у женщин, проживающих в сельской местности. Кроме того, в качестве фактора риска может выступать повышенное значение показателя жиз-

ненной активности, который подразумевает наличие у респондента ощущения себя полным сил и энергии, подъема личностных ресурсов. Данный показатель значимо выше при РМЖ у женщин, проживающих в сельской местности. Говоря об уровне субъективного контроля, можно отметить, что женщины при РМЖ более интернальны, чем респонденты без диагноза, проживающие в сельской местности. Данная локализация контроля проявляется в области достижений и в сфере производственных отношений. Так, женщины с онкологией имеют больше контроля над эмоционально положительными событиями, понимая, что они лично являются причиной собственных достижений, склонны считать свои действия важным фактором в организации своей карьеры, в выстраивании рабочих отношений. В области неудач и сфере семейных взаимоотношений в обеих группах респондентов выявлен экстернальный локус контроля, тем не менее при РМЖ наблюдается тенденция к интернальности, женщины в большей степени чувствуют ответственность за случившиеся неудачи и различные события в собственной семейной жизни. Показатель личностной беспомощности значимо выше при РМЖ. Полученные данные позволяют рассматривать выраженность личностной беспомощности у женщин, проживающих в сельской местности, как фактор риска возникновения РМЖ.

Согласно полученным значениям, дискриминантная функция информативна и объясняет 100% дисперсии при значении $\lambda=0,688$ и статистической значимости $p=0,001$. Представленные данные указывают на то, что набор дискриминантных переменных, выделенных на выборке респондентов, проживающих в сельской местности, обладает хорошей дискриминативной способностью. Однако в дискриминантное уравнение были включены не все вышеперечисленные переменные, что связано с учетом не только их дискриминативной способности, но и с уникальным вкладом в совокупность с остальными переменными. В табл. 4 представлены коэффициенты канонической дискриминантной функции для выборки женщин из сельской местности.

Коэффициенты канонической дискриминантной функции характеризуют вклад каждой переменной в значение дискриминантной функции с учетом влияния остальных переменных. Так, наибольший вклад в значение дискриминантной функции, разделяющей женщин на здоровых и женщин с онкологическим диагнозом, проживающих в сельской местности, вносят показатели качества жизни «Жизненная активность», «Интенсивность боли» и личностная беспомощность (переменные упорядочены по абсолютным величинам).

Как показывают результаты классификации, при данном наборе дискриминантных переменных точность классификации составляет 79,4%, что вполне эффективно для классификации двух классов объектов.

Заключение

В ходе исследования выявлены группы психологических факторов риска заболевания РМЖ женщин, проживающих в промышленном мегаполисе и сельской местности. Сниженные показатели базисных убеждений (образ Я, удача, убеждение о контроле), редкое использование копинг-стратегий «Бегство-избегание», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка», сниженные показатели качества жизни, экстернальный локус контроля, а также сниженный показатель жизнестойкости — принятие риска выступают в качестве факторов риска для женщин, проживающих в промышленном мегаполисе. Для женщин, проживающих в сельской местности, психологическими факторами риска онкозаболевания молочной железы выступают редкое применение стратегий совладания с трудностями «Конфронтационный копинг», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание», «Положительная переоценка», сниженные показатели качества жизни (физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), повышенная жизненная активность, интернальный локус контроля, а также наличие личностной беспомощности.

Полученные данные могут выступить в качестве сферы приложения усилий врачей-онкологов, направленных на эффективность лечения, онкопсихологов и других специалистов, сопровождающих процесс лечения онкопациентов. Психическое здоровье, являясь психологическим компонентом здоровья, связанное с настроением, наличием депрессии и тревоги, подлежат коррекции со стороны специалистов психологической службы. Полученные результаты могут быть включены в разработку персонализированных протоколов скрининга РМЖ, а также учтены при оценке риска и классификации женщин по группам риска развития РМЖ.

Работа выполнена при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 20-013-00824 «Психологические факторы риска развития злокачественных новообразований женщин, проживающих в промышленном мегаполисе и сельской местности»).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Piñeros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020. Available at: <https://gco.iarc.fr/today>
2. Бадоева З. А., Эштрекова А. М., Аликова З. Р., Козырева Ф. У. Особенности заболеваемости раком молочной железы в Кабардино-Балкарской Республике. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(1):39—43. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-1-39-43
3. Аминова И. П., Васильев М. Д., Перминова Е. В., Гараева А. С., Коновалов О. Е., Арсеенкова О. Ю. Комплексный подход к обследованию пациенток при диагностике доброкачественных заболеваний и рака молочной железы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(6):1349—54. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1349-54
4. Bahrami M., Mohamadirizi S., Mohamadirizi S. Hardiness and Optimism in Women with Breast Cancer. *Iranian J. Nurs. Midwifery*. 2018;23(2):105—10. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_200_16
5. Bray F., Laversanne M., Weiderpass E., Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*. 2021;127(16):3029—30. doi: 10.1002/cn-cr.33587
6. Carver C. S., Pozo-Kaderman C., Harris S. D., Noriega V., Scheier M. F., Robinson D. S., Ketcham A. S., Moffat F. L. Jr, Clark K. C. Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*. 1994;15(73—4):1213—20. doi: 10.1002/1097-0142(19940215)73:4<1213::aid-cn-cr2820730415>3.0.co;2-q
7. Kiku P. F., Alekseeva G. N., Izmaylova O. A., Iudin S. V., Iudin S. S., Moreva V. G., Sukhova A. V. The model of organization of oncologic care of population of region. *Health care of the Russian Federation*. 2017;61(6):284—91. doi: 10.18821/0044-197X-2017-61-6-284-291
8. Радкевич Л. А., Николаева И. С., Радкевич Д. А. Онкологические заболевания и экологические факторы. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2018;15(1):3—8.
9. Revidi P. Psychopathologie des cancer. *Sem. Hop. Paris*. 1983;59(12):809—10.
10. Тарабрина Н. В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями. *Журнал консультативной психологии и психотерапии*. 2014;(1):36—90.
11. Tsiring D. A., Evstafeeva E. A., Ponomareva I. V., Sizova Y. N. Subject and personal particularities of women having various stages of breast cancer. *Electron. J. General Med.* 2019;16(6):150. doi: 10.29333/ejgm/112266
12. Gibek K., Sacha T. Comparison of health locus of control in oncological and non-oncological patients. *Contempor. Oncol.* 2019;23(2):115—20. doi: 10.5114/wo.2019.856
13. Zenger M., Glaesmer H., Höckel M., Hinz A. Pessimism Predicts Anxiety, Depression and Quality of Life in Female Cancer Patients. *Japanese J. Clin. Oncol.* 2011; 41(1):87—94. doi: 10.1093/jjco/hyq168
14. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл; 2006. 63 с.

Поступила 10.05.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Piñeros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020. Available at: <https://gco.iarc.fr/today>
2. Badoeva Z. A., Eshtrikova A. M., Alikova Z. R., Kozyreva F. U. The characteristics of morbidity of breast cancer in the Kabarda-Balkar Republic. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny = Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2020;28(1):39—43. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-1-39-43 (in Russian).
3. Aminodova I. P., Vasil'ev M. D., Perminova E. V., Garaeva A. S., Kononov O. E., Arseenkova O. Ju. The comprehensive approach to examination of female patients in diagnostic of benign diseases and breast cancer. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2020;28(6):1349—54. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1349-1354 (in Russian).
4. Bahrami M., Mohamadirizi S., Mohamadirizi S. Hardiness and Optimism in Women with Breast Cancer. *Iranian J. Nurs. Midwifery*. 2018;23(2):105—10. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_200_16
5. Bray F., Laversanne M., Weiderpass E., Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*. 2021;127(16):3029—30. doi: 10.1002/cn-cr.33587

Здоровье и общество

6. Carver C. S., Pozo-Kaderman C., Harris S. D., Noriega V., Scheier M. F., Robinson D. S., Ketcham A. S., Moffat F. L. Jr, Clark K. C. Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*. 1994;15(73—4):1213—20. doi: 10.1002/1097-0142(19940215)73:4<1213::aid-cn-cr2820730415>3.0.co;2-q
7. Kiku P. F., Alekseeva G. N., Izmaylova O. A., Iudin S. V., Iudin S. S., Moreva V. G., Sukhova A. V. The model of organization of oncologic care of population of region. *Health care of the Russian Federation*. 2017;61(6):284—91. doi: 10.18821/0044-197X-2017-61-6-284-291
8. Radkevich L. A., Nikolaeva I. S., Radkevich D. A. Oncologic diseases and ecological factors. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2018;15(1):3—8 (in Russian).
9. Revidi P. Psychopathologie des cancer. *Sem. Hop. Paris*. 1983;59(12):809—10.
10. Tarabrina N. V. Post-traumatic stress in patients with life-threatening (oncological) diseases. *Zhurnal konsul'tativnoj psihologii i psihoterapii*. 2014;(1):36—90 (in Russian).
11. Tsiring D. A., Evstafeeva E. A., Ponomareva I. V., Sizova Y. N. Subject and personal particularities of women having various stages of breast cancer. *Electron. J. General Med.* 2019;16(6):150. doi: 10.29333/ejgm/112266
12. Gibek K., Sacha T. Comparison of health locus of control in oncological and non-oncological patients. *Contempor. Oncol.* 2019;23(2):115—20. doi: 10.5114/wo.2019.856
13. Zenger M., Glaesmer H., Höckel M., Hinz A. Pessimism Predicts Anxiety, Depression and Quality of Life in Female Cancer Patients. *Japanese J. Clin. Oncol.* 2011; 41(1):87—94. doi: 10.1093/jjco/hyq168
14. Leontiev D. A., Rasskazova E. I. Test of resilience [*Test zhiznestejnosti*]. Moscow: Smysl; 2006 (in Russian).

Идрисова Л. С.¹, Сулейманов Э. А.², Шургая М. А.³, Пузин С. Н.^{3,4}**ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ И ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**¹ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка имени Аймани Кадыровой», 364024, г. Грозный;²Правительство Чеченской Республики, 364000, г. Грозный;³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125445, г. Москва;⁴ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России, 141534, Московская область

Представлены результаты изучения проблемы инвалидности вследствие рака яичников женского населения в Чеченской Республике. Объект исследования — общий контингент женщин, впервые и повторно признанных инвалидами. Анализ проведен по трем возрастным группам (молодые, среднего возраста и пожилые). Период исследования охватил 2014—2020 гг. Установлено, что динамика инвалидности характеризовалась негативными тенденциями роста численности инвалидов. Выявлена четкая возрастная дифференциация: преобладали инвалиды пожилого возраста. У инвалидов отмечались стойкие нарушения функций системы крови и иммунной системы и обусловленные ими ограничения жизнедеятельности (нарушения способностей к передвижению, самообслуживанию и трудовой деятельности). Установлены особенности структуры инвалидности вследствие рака яичников по тяжести. Во всех возрастных группах преобладали инвалиды со II группой инвалидности, при этом доля женщин с I группой инвалидности была выше среди инвалидов среднего возраста. Результаты исследования свидетельствуют об актуальности оптимизации онкогинекологического скрининга женского населения в плане раннего выявления факторов риска и диагностики злокачественного процесса на начальных этапах развития. Это рациональный путь к органосохраняющему лечению и медико-социальной профилактике первичной инвалидности вследствие рака яичников. Представленные результаты исследования являются научно-практической базой для проведения целенаправленной маршрутизации профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: рак яичников; инвалидность; первичная; повторная; возраст; группа; нарушение функции; ограничение жизнедеятельности

Для цитирования: Идрисова Л. С., Сулейманов Э. А., Шургая М. А., Пузин С. Н. Тенденции динамики и особенности структуры инвалидности населения вследствие рака яичников в Чеченской Республике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):72—78. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-72-78>

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

Idrisova L. S.¹, Suleimanov E. A.², Shurgaya M. A.³, Puzin S. N.^{3,4}**THE TRENDS OF DYNAMICS AND CHARACTERISTICS OF STRUCTURE OF POPULATION OVARY CANCER DISABILITY IN THE CHECHEN REPUBLIC**¹The State Budget Institution “The Aimani Kadyrova Republican Clinical Center of Mother and Child Health”, 364024, Grozny, Russia;²The Government of the Chechen Republic, 364000, Grozny, 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 Scientific Institution “The Federal Scientific Clinical Center of Reanimatology and Rehabilitation” of Minobrnauka of Russia, 141534, Moscow Oblast, Russia

The article presents the results of analysis of issue of disability because of ovarian cancer in female population of the Chechen Republic. The object of study was total number of women, for the first time and repeatedly recognized as disabled ones. The analysis was applied to three age groups (the young, the middle aged and the elderly) in 2014–2020. It is established that dynamics of disability was characterized by negative trends of increasing of number of the disabled. The clear-cut age differentiation was revealed: the elderly disabled predominated. The study established that the disabled suffer of persistent malfunction of blood circulation system and of immune system that resulted in such life activity limitations as moving, self-service and work functions. The characteristics of structure of ovarian cancer disability according its severity were established. The disabled with second group of disability prevailed in all age groups. At that, percentage of women with first group of disability was higher in the middle-aged disabled. The results of the study testify actuality of optimization of onco-gynecological screening of female population for the purpose of early detection of risk factors and diagnosis of malignant process at initial stages of development. This is rational way to organ-preserving treatment and medical and social prevention of primary ovarian cancer disability. The results of the study can consider as scientific practical base for both targeted routing of preventive and therapeutic and rehabilitation measures.

Keywords: ovarian cancer; disability; primary; repeated; age; group; functional impairment.

For citation: Idrisova L. S., Suleimanov E. A., Shurgaya M. A., Puzin S. N. The trends of dynamics and characteristics of structure of population ovary cancer disability in the Chechen Republic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):72–78 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-72-78>

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

Здоровье и общество

Введение

Онкогинекология в настоящее время относится к числу важнейших проблем здравоохранения [1]. Одним из самых агрессивных онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин является рак яичников [2—7]. В структуре онкологических заболеваний женского населения России рак яичников занимает 9-е место (4,2% в 2018 г., прирост с 2008 г. — 4,66%), а в структуре причин онкологической смертности — 8-е место (5 %) [8]. Рак яичников встречается и во время беременности [9—10].

Имеют место сложности ранней верификации диагноза. У 0,9—4,2% оперированных больных с диагнозом доброкачественных опухолей яичников, несмотря на возможности предоперационной диагностики, при гистологическом исследовании обнаруживаются злокачественные новообразования [11]. Менее 30% всех случаев рака яичников диагностируется на ранних стадиях, тогда как у $2/3$ женщин злокачественный процесс выявляется на III или IV стадии либо не стадивируется [12]. Поздняя диагностика ассоциируется со стойким нарушением функций и ограничением жизнедеятельности (инвалидность). Больные нуждаются не только в проведении неотложных активных лечебных мероприятий, но и в возвращении к активной жизнедеятельности в социальной среде (медико-социальная реабилитация) [13, 14].

Эпидемиологические данные по аспектам онкопатологии существенно различаются между странами [15, 16] и на территориях внутри стран [17—19]. Международным партнерством в реализации программы борьбы с раком приветствуются изучение и мониторинг региональных особенностей нарушения здоровья вследствие злокачественных заболеваний. Это позволяет оценить усилия и определить приоритеты противораковой медико-социальной деятельности [20]. Инвалидность как важнейший показатель здоровья населения позволяет судить об эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и успешности медико-социальной профилактики [21].

Материалы и методы

Предмет исследования — инвалидность вследствие рака шейки матки в Чеченской Республике. Единицы наблюдения — впервые признанный инвалид (ВПИ) и повторно признанный инвалид (ППИ) в течение года. Дизайн исследования: эпидемиологическое, ретроспективное, оценочное. Объект исследования — совокупность ВПИ и ППИ вследствие рака яичников в Чеченской Республике (по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы — МСЭ). Анализ проведен по трем возрастным группам инвалидов из числа взрослого населения: молодого (женщины в возрасте 44 лет), среднего (женщины в возрасте 45—54 лет) и пожилого (женщины 55 лет и старше) возраста. Источником информации были формы ежегодной отчетно-

Динамика и медико-социальные показатели, характеризующие инвалидность женщин из числа взрослого населения вследствие рака яичников в Чеченской Республике (в абс. ед.)

Показатель	Возрастная группа			P
	18—44 года, (N=82)	45—54 года, (N=83)	55 лет и старше, (N=181)	
Динамика по годам:				
2014 г.	9 (10,98)	10 (12,05)	24 (13,26)	0,9989
2015 г.	12 (14,63)	10 (12,05)	18 (9,94)	
2016 г.	11 (13,41)	11 (13,25)	23 (12,71)	
2017 г.	11 (13,41)	13 (15,66)	30 (16,57)	
2018 г.	13 (15,85)	12 (14,46)	27 (14,92)	
2019 г.	11 (13,41)	12 (14,46)	22 (12,15)	
2020 г.	15 (18,29)	15 (18,07)	37 (20,44)	
Инвалидность первичная/повторная:				
первичная (n=147)	28 (34,15)	35 (42,17)	84 (46,41)	0,1758
повторная (n=199)	54 (65,85)	48 (57,83)	97 (53,59)	
Группа инвалидности:				
III	29 (35,37)	15 (18,07)	33 (18,23)	0,0136
II	44 (53,66)	49 (59,04)	114 (62,98)	
I	9 (10,98)	19 (22,89)	34 (18,78)	
Срок инвалидности:				
1 год	59 (71,95)	52 (62,65)	115 (63,54)	0,5387
бессрочно	12 (14,63)	13 (15,66)	25 (13,81)	
6 мес	6 (7,32)	5 (6,02)	15 (8,29)	
2 года	5 (6,10)	13 (15,66)	26 (14,36)	
Степень способности к передвижению:				
первая	29 (35,37)	35 (42,17)	70 (38,67)	0,0753
не установлено	36 (43,90)	21 (25,30)	66 (36,46)	
вторая	11 (13,41)	23 (27,71)	29 (16,02)	
третья	6 (7,32)	4 (4,82)	16 (8,84)	
Степень способности к самообслуживанию:				
первая	44 (53,66)	45 (54,22)	78 (43,09)	0,3294
вторая	33 (40,24)	31 (37,35)	89 (49,17)	
третья	5 (6,10)	7 (8,43)	14 (7,73)	
Степень способности к трудовой деятельности:				
первая	29 (35,37)	14 (16,08)	33 (18,23)	0,0190
вторая	43 (52,44)	46 (55,42)	112 (62,43)	
третья	9 (10,98)	19 (22,89)	30 (16,58)	
не установлено	1 (1,22)	4 (4,82)	5 (2,76)	

Примечание. В скобках — проценты.

сти «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (форма 7-собес). Период исследования — 2014—2020 гг.

Методы исследования: документальный, выкопировка данных, статистический и графический. Для описания числовых шкал применяли среднее значение и стандартное отклонение в формате «M±S». Сопоставления двух групп по числовым показателям проводили с помощью непараметрического критерия Манна—Уитни. Сравнения трех и более групп по числовым показателям осуществлял с помощью непараметрического критерия Краскела—Уоллиса. Статистическая достоверность различий групп для бинарных и номинальных шкал определена с использованием критерия возраста возраста хи-квадрат (χ^2) Пирсона в случае независимых групп и на основе метода МакНеймера в случае зависимых групп. Уровень статистической значимости зафиксирован как 0,05. Статистическая обработка данных производилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

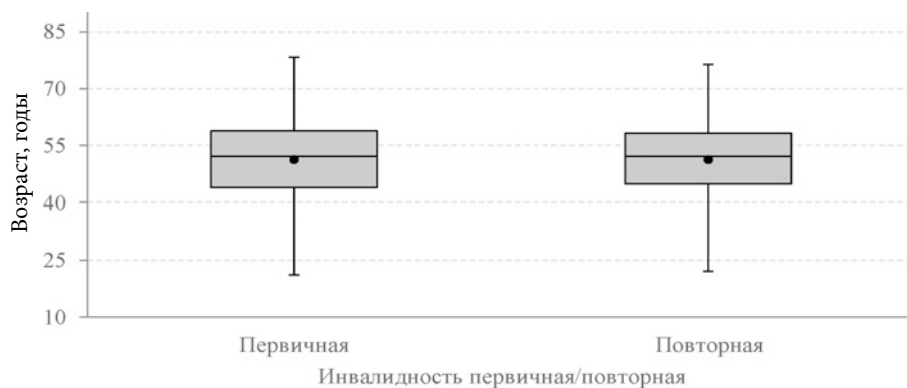


Рис. 1. Средний возраст впервые и повторно признанных инвалидами вследствие рака яичников в 2014—2020 гг. ($p=0,0526$).

Результаты исследования

Общая численность женщин-инвалидов вследствие рака яичников за период 2014—2020 гг. составила 346 человек, в том числе ВПИ — 147 (42,5%) женщин и ППИ — 199 (57,5%) женщин (см. таблицу). Уровень первичной инвалидности составил 0,44—0,53, а повторной инвалидности — 0,50—0,84 на 10 тыс. женского населения Чеченской Республики (2020).

В общем контингенте инвалидов средний возраст составил $52,27 \pm 12,09$ года. Коэффициент вариации равен 23%, что свидетельствует о среднем уровне разнородности показателя. В когорте ВПИ средний возраст был равен $53,98 \pm 11,88$ года, в когорте ППИ — $51,02 \pm 12,12$ (рис. 1).

В возрастной структуре общей инвалидности вследствие рака яичников в 2014 г. больше было женщин пожилого возраста (рис. 2; см. таблицу). В динамике их численность возрастала. Аналогичная динамика отмечена и в возрастных группах женщин молодого и среднего возраста. В 2020 г. во всех возрастных группах численность инвалидов имела самые высокие за исследуемый период значения ($p=0,9989$).

В возрастных группах инвалидов преобладали ППИ, которые среди молодых составляли 65,9%, в группе среднего возраста — 57,8%, среди пожилых — 53,6% (рис. 3; см. таблицу). Среди инвалидов молодого возраста было больше женщин, которые не владели профессией ($n=51$; 65,4%), инвалиды среднего возраста занимались умственным ($n=27$; 36,5%), а женщины пожилого возраста — физическим трудом ($n=77$; 47%; см. таблицу). По данному показателю обнаружены статистически значимые различия между группами ($p<0,0001$).

В группе инвалидов молодого возраста 29 (35,4%) женщин имели

III группу, 44 (53,7%) — II группу и 9 (11%) — I группу инвалидности. В группах инвалидов среднего и пожилого возраста также преобладали инвалиды со II группой. Доля инвалидов с III группой составила 18,1% в группе инвалидов среднего возраста и 18,2% в группе пожилых инвалидов. Экстенсивные показатели первой группы инвалидности составляли соответственно 22,9 и 18,8% (рис. 4; см. таблицу). По данному показателю обнаружены статистически значимые различия между группами

($p=0,0136$). I группа инвалидности чаще устанавливалась при первичном (54,8%), а II и III — при повторном освидетельствовании (соответственно 55,6 и 72,7%). Срок инвалидности «на 2 года» устанавливался только инвалидам с I группой (71%). Большинству инвалидов со II и III группой установлен срок инвалидности «на 1 год» ($p<0,0001$). Среди инвалидов с I и III группой преобладали лица с профессиями физического труда (38,8 и 37,3% соответственно), тогда как среди инвалидов со II группой больше было лиц, не имеющих профессии (37,5%).

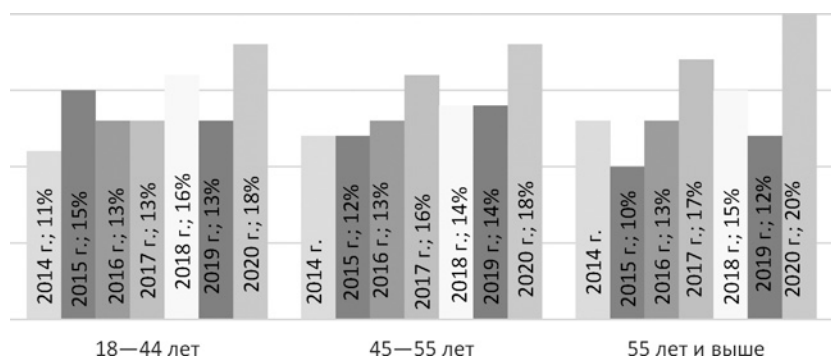


Рис. 2. Динамика возрастной структуры инвалидности вследствие рака яичников (2014—2020 гг.; в %; $p=0,9989$).

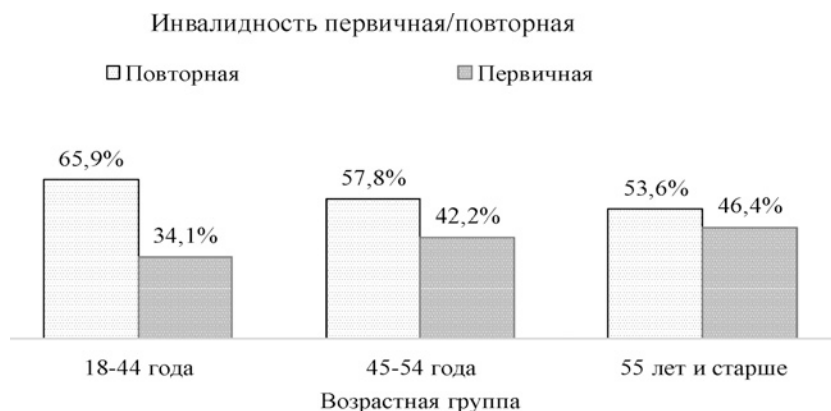


Рис. 3. Общий контингент инвалидов вследствие рака яичников из числа взрослого женского населения в Чеченской Республике: доля ВПИ и ППИ по возрастным группам (в %; $p=0,1758$)

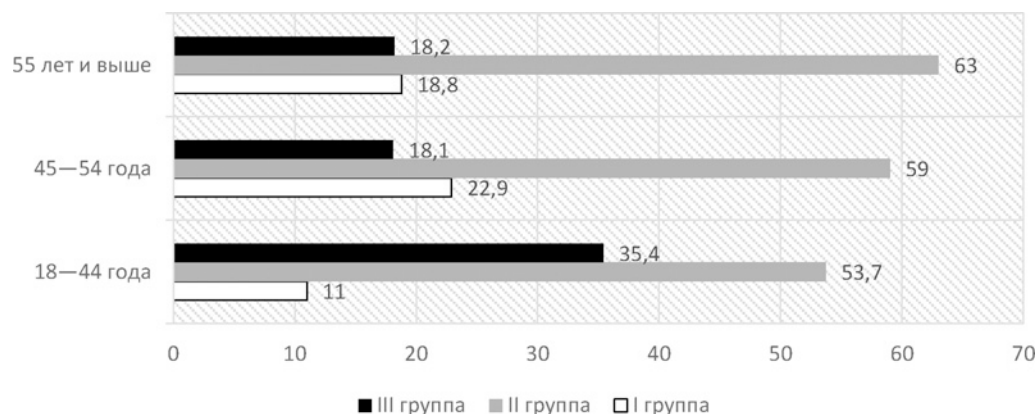


Рис. 4. Распределение инвалидов вследствие рака яичников по возрасту с учетом групп инвалидности (в %; $p=0,0136$).

У инвалидов отмечены стойкие нарушения функций системы крови и иммунной системы (100%), а также единичный случай нарушения дыхательной функции (0,3%). Имели место нарушения способностей к передвижению, самообслуживанию и трудовой деятельности. Нарушение способности к передвижению выявлено у 56,1% инвалидов, в том числе у 56,1% молодого, 74,7% среднего и 63,5% пожилого возраста с преобладанием первой степени ограничения этого вида жизнедеятельности (см. таблицу), однако различия не достигли уровня статистической значимости. Нарушение способности к самообслуживанию выявлено у всех инвалидов (см. таблицу). Распределение по степени выраженности данного вида ограничения жизнедеятельности было следующим: во всех возрастных группах инвалидов преобладали лица с первой степенью нарушения. Удельный вес инвалидов с второй степенью нарушения был выше в группах пожилого и молодого возраста, тогда как третья степень нарушения самообслуживания чаще встречалась среди инвалидов среднего возраста ($p=0,3294$).

Возрастные группы инвалидов дифференцировались по выраженности нарушения способности к трудовой деятельности. Так, в группе молодых инвалидов (98,8%) первая степень нарушения выявлена у 29 (35,4%) женщин, вторая степень — у 43 (52,4%), а третья степень — у 9 (11%) женщин. В группе инвалидов среднего возраста (95,2%) первая степень нарушения диагностирована у 14 (16,9%) женщин, вторая степень — у 46 (55,4%), а третья степень — у 19 (22,9%) женщин. В группе инвалидов пожилого возраста (97,2%) у 33 (18,3%) женщин отмечена первая степень нарушения, у 112 (62,2%) женщин — вторая степень и у 30 (16,7%) — третья степень нарушения. Данный вид ограничения жизнедеятельности не выявлен у 1,2% инвалидов молодого, 4,8% среднего и 2,8% пожилого возраста (см. таблицу). Таким образом, удельный вес первой степени нарушения способности к трудовой деятельности был выше в группе инвалидов молодого возраста, второй степени — в группе инвалидов пожилого возраста, а третьей степени — в груп-

пе инвалидов среднего возраста. Различия носили статистически значимый характер ($p=0,0190$).

Обсуждение

В аспекте медико-социальной профилактики инвалидности вследствие рака яичников в Чеченской Республике необходимо акцентировать внимание на показателях диагностики и заболеваемости. В Чеченской Республике доля больных, у которых диагноз рака яичника верифицирован на I стадии, меньше, а показатель диагностики на III стадии злокачественного процесса остается выше по сравнению с данными по Северо-Кавказскому федеральному округу (СКФО) и по России в целом. В то же время доля больных с верификацией диагноза рака яичника IV стадии в Чеченской Республике меньше таковой по СКФО и по стране (рис. 5) [8, 22]. В Чеченской Республике имеют место низкие показатели как в аспекте активного выявления и морфологической верификации, так и диспансерного наблюдения больных в течение 5 лет и более. Показатель завершенности лечения зарегистрированных в исследуемом году больных, подлежащих радикальному лечению, в Чеченской Республике меньше средних показателей по СКФО и по России при более высоких показателях доли больных, у которых лечение будет продолжено, в том числе с использованием комбинированного/комплексного метода. Также необходимо подчеркнуть, что показатель летальности больных раком яичника выше показателя по СКФО и среднероссийского показателя [8, 22].

Таким образом, раннее выявление рака яичников имеет первостепенное значение в охране здоровья женского населения. К сожалению, программы скрининга к настоящему времени не показали увеличения выявляемости рака яичников и ранняя диагностика до сих пор остается нерешенной проблемой [23]. Алгоритм обследования женщин должен включать клинический осмотр, лучевые и иммунологические исследования [24—28], а также молекулярно-генетическую диагностику с целью выявления наследственного рака яичников и повышения эффективности противоопухолевого лечения [29—30].

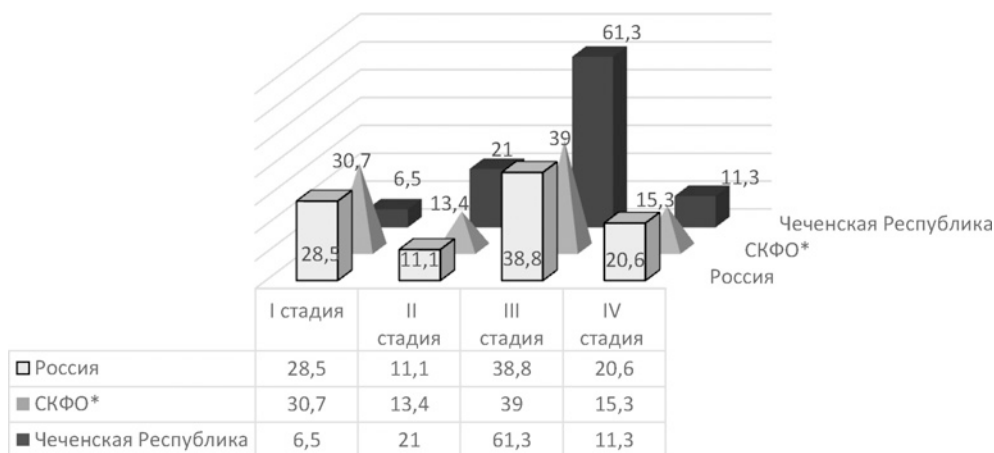


Рис. 5. Показатели диагностики рака яичников у женского населения Чеченской Республики в сравнении с показателями по СКФО и России в целом в 2020 г. (%).

Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о негативной динамике роста инвалидности женского населения вследствие рака яичников в Чеченской Республике. Выявлена четкая возрастная дифференциация как в контингенте ВПИ, так и в контингенте ППИ (преобладали инвалиды пожилого возраста). При распределении возрастных контингентов инвалидов с учетом трудовой деятельности определены статистически значимые различия: превалировали инвалиды, занимавшиеся физическим трудом. Установлены особенности структуры инвалидности вследствие рака яичников по тяжести. Во всех возрастных группах преобладали инвалиды со II группой инвалидности. Обращает на себя внимание, что удельный вес лиц с I группой инвалидности был выше в группе инвалидов среднего возраста.

Актуальной является оптимизация онкогинекологического скрининга женского населения в плане раннего выявления факторов риска и диагностики злокачественного процесса на начальных этапах развития. Это рациональный путь к органосохраняющему лечению и медико-социальной профилактике первичной инвалидности вследствие рака яичников. Для сокращения контингента ППИ вследствие рака яичников из числа женского населения необходимы доступность и активное проведение медико-социальной реабилитации.

Представленные результаты исследования являются научно-практической базой для проведения целенаправленной маршрутизации профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А. Д., Ашрафян Л. А., Стилиди И. С. Онкогинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 384 с.
- Ашрафян Л. А., Киселев В. И., Муйжнек Е. Л., Антонова И. Б., Кузнецов И. Н., Алешикова О. И., Герфанова Е. В. Рак яичников: концепция патогенеза и принципы терапии. *Онкология. Журнал им. П. А. Герцена*. 2015;4(30):73—81.
- Matz M., Coleman M. P., Carreira H., Salmerón D., Chirlaque M. D., Allemani C.; CONCORD Working Group. Worldwide comparison of ovarian cancer survival: Histological group and stage at diagnosis (CONCORD-2). *Gynecol. Oncol.* 2017;44(2):396—404. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.11.019
- Жордания К. И., Калиничева Е. В., Моисеев А. А. Рак яичников: морфология, эпидемиология и гистогенез. *Онкогинекология*. 2017;(3):26—32.
- Torre L. A., Trabert B., Desantis C. E., Miller K. D., Samimi G., Runowicz C. D., Gaudet M. M., Jemal A., Siegel R. L. Ovarian cancer statistics. *CA: Cancer J. Clinicians*. 2018;68(4):284—6. doi: 10.3322/caac.21456
- Sumanasekera W., Beckmann T., Fuller L., Castle M., Huff M. Epidemiology of Ovarian Cancer: Risk Factors and Prevention. *Bioméd. J. Sci. Tech. Res.* 2018;11(2):8405—17. doi: 10.26717/BJSTR.2018.11.002076
- Zhang Y., Luo G., Li M., et al. Global patterns and trends in ovarian cancer incidence: age, period and birth cohort analysis. *BMC Cancer*. 2019;19(1):984. doi: 10.1186/s12885-019-6139-6
- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2018 г. (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2019. 250 с.
- Адамян Л. В., Жордания К. И., Мартынов С. А. Опыт хирургического лечения опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных. *Проблемы репродукции*. 2011;17(4):108—11.
- Соломатина А. А., Кавтеладзе Е. В. Опухоли и опухолевидные образования яичников при беременности. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2017;(1):89—97.
- Abduljabbar H. S., Bukhari Y. A., Al Hachim E. G., et al. Review of 244 cases of ovarian cysts. *Saudi. Med. J.* 2015;36(7):834—8. doi: 10.15537/smj.2015.7.11690
- Егунова М. А., Куценко И. Г. Иммунологические исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований яичников на предоперационном этапе. *Электронный научный журнал*. 2015;(1):44—7. doi: 10.18534/enj.2015.01
- Заплутанов А. В., Литовкин В. Г., Белов А. А. и др. Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста с онкологической патологией. *Онкология. Журнал им. П. А. Герцена*. 2016;5(2):25—8. doi: 10.17116/onkolog20165225-28
- Солопова А. Г., Власина А. Ю., Идрисова Л. Э., Москвичева В. С., Бажанов С. А. Реабилитация онкогинекологических больных: актуальные проблемы и возможные решения. *Вестник восстановительной медицины*. 2019;5(93):87—96.
- Coburn S. B., Bray F., Sherman M. E., Trabert B. International patterns and trends in ovarian cancer incidence, overall and by histologic subtype. *Int. J. Cancer*. 2017;140(11):2451—60. doi: 10.1002/ijc.30676
- Menon U., Gentry-Maharaj A., Burnell M. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;397(10290):2182—93. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5

Здоровье и общество

17. Дмитриев В. Н. Злокачественные новообразования женской репродуктивной системы в Белгородской области в сопоставлении с общероссийскими показателями: моногр. Белгород: Эпистентр; 2015. 212 с.
18. Чибисова Г. М., Хабаров С. В. Оценка заболеваемости раком яичников и смертности от него в Тульской области за период с 2000 по 2017 годы. *Исследования и практика в медицине*. 2018;5(S1):99.
19. Проклова Т. Н., Щепин В. О., Чичерин Л. П., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Миргородская О. В. Стейкая нетрудоспособность населения Российской Федерации: анализ и оценка региональных особенностей. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(4):555–9. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-4-555-559
20. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R. L., et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 cancers in 185 Countries. *Ca: A Cancer J. Clin.* 2018;68(6):1394–424. doi: 10.3322/caac.21492
21. Шургая М. А. Злокачественные новообразования: Возрастные особенности эпидемиологии первичной инвалидности в Российской Федерации. *Российский онкологический журнал*. 2016;21(6):319–24.
22. Идрисова Л. С., Сулейманов Э. А., Пузин С. Н., Шургая М. А., Меметов С. С. Рак яичников в региональном аспекте оказания онкологической помощи в России. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2022;(1):60–8.
23. Никогосян С. О., Загаштоков А. З., Левченко Н. Е., Тхакохов М. М. Прогностические модели в диагностике рака яичников. *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2018;14(2):82–9.
24. Lu K. H., Skates S., Hernandez M. A. A 2-stage ovarian cancer screening strategy using the Risk of Ovarian Cancer Algorithm (ROCA) identifies early stage incident cancers and demonstrates high positive predictive value. *Cancer*. 2013;119(19):3454–61. doi: 10.1002/cncr.28183
25. Walker J. L., Powell C. B., Chen L. M. Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer. *Cancer*. 2015;121(13):2108–20. doi: 10.1002/cncr.29321
26. Chien J., Poole E. M. Ovarian Cancer Prevention, Screening, and Early Detection: Report From the 11th Biennial Ovarian Cancer Research Symposium. *Int. J. Gynecol. Cancer*. 2017;27(9S, Suppl. 5):S20–S22. doi: 10.1097/IGC.0000000000001118
27. Коган Я. Э. Актуальные вопросы патогенеза и диагностики опухолей и опухолевидных образований яичников. *Практическая медицина*. 2018;16(9):34–9. doi: 10/32000/2072-1757-2018-9-34-3
28. Armstrong D. K., Alvarez R. D., Bakkum-Gamez J. N. Ovarian cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, version 2. 2020. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2021;19(2):191–226. doi: 10.6004/jnccn.2021.0007
29. Jara L., Morales S., de Mayo T. Mutations in BRCA1, BRCA2 and other breast and ovarian cancer susceptibility genes in Central and South American populations. *Biol. Res*. 2017;50(1):35. doi: 10.1186/s40659-017-0139-2
30. Мамарасулова Д. З., Мамадалиева Я. М., Азизов Ю. Д., Якуббекова С. С. Оценка ассоциации генетических вариантов генов с развитием рака яичников. *Оперативная хирургия и клиническая анатомия*. 2018;2(3):19–24. doi: 10.17116/operhirurg2018203119
4. Zhordania K. I., Kalinicheva E. V., Moiseev A. A. Ovarian cancer: morphology, epidemiology and histogenesis. *Onkoginekologiya*. 2017;(3):26–32 (in Russian).
5. Torre L. A., Trabert B., Desantis C. E., Miller K. D., Samimi G., Runowicz C. D., Gaudet M. M., Jemal A., Siegel R. L. Ovarian cancer statistics. *CA: Cancer J. Clinicians*. 2018;68(4):284–6. doi: 10.3322/caac.21456
6. Sumanasekera W., Beckmann T., Fuller L., Castle M., Huff M. Epidemiology of Ovarian Cancer: Risk Factors and Prevention. *Bio-med. J. Sci. Tech. Res*. 2018;11(2):8405–17. doi: 10.26717/BJSTR.2018.11.002076
7. Zhang Y., Luo G., Li M., et al. Global patterns and trends in ovarian cancer incidence: age, period and birth cohort analysis. *BMC Cancer*. 2019;19(1):984. doi: 10.1186/s12885-019-6139-6
8. Kaprin A. D., Starinskiy V. V., Petrova G. V. Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality) [*Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2018 g. (zabolevayemost' i smertnost')*]. Moscow: MNIOI im. P. A. Gertsena — filial FGBU “NMITs radiologii” Minzdrava Rossii; 2019 (in Russian).
9. Adamyan L. V., Zhordaniya K. I., Martynov S. A. Experience in surgical treatment of tumors and tumor-like formations of the ovaries in pregnant women. *Problemy reproduktsii*. 2011;17(4):108–11 (in Russian).
10. Solomatina A. A., Kavteladze E. V. Tumors and tumor-like formations of the ovaries during pregnancy. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2017;(1):89–97 (in Russian).
11. Abduljabbar H. S., Bukhari Y. A., Al Hachim E. G., et al. Review of 244 cases of ovarian cysts. *Saudi. Med. J*. 2015;36(7):834–8. doi: 10.15537/smj.2015.7.11690
12. Egunova M. A., Kutsenko I. G. Immunological studies in the differential diagnosis of benign and malignant neoplasms of the ovaries at the preoperative stage. *Elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2015;(1):44–7. doi: 10.18534/enj.2015.01 (in Russian).
13. Zaplutanov A. V., Litovkin V. G., Belov A. A. Quality of life of elderly and senile patients with oncological pathology. *Onkologiya. Zhurnal im. P. A. Gertsena*. 2016;5(2):25–8. doi: 10.17116/onkolog20165225-28 (in Russian).
14. Solopova A. G., Vlasina A. Yu., Idrisova L. E., Moskvicheva V. S., Bazhanov S. A. Rehabilitation of oncogynecological patients: actual problems and possible solutions. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2019;5(93):87–96 (in Russian).
15. Coburn S. B., Bray F., Sherman M. E., Trabert B. International patterns and trends in ovarian cancer incidence, overall and by histologic subtype. *Int. J. Cancer*. 2017;140(11):2451–60. doi: 10.1002/ijc.30676
16. Menon U., Gentry-Maharaj A., Burnell M. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;397(10290):2182–93. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
17. Dmitriev V. N. Malignant neoplasms of the female reproductive system in the Belgorod region in comparison with the all-Russian indicators [*Zlokachestvennyye novoobrazovaniya zhenskoy reproductivnoy sistemy v Belgorodskoy oblasti v sopostavlenii s obshcherossiyskimi okazatelyami*]. Belgorod: Epitsentr; 2015; 212 p. (in Russian).
18. Chibisova G. M., Khabarov S. V. Assessment of the incidence of ovarian cancer and mortality from it in the Tula region for the period from 2000 to 2017. *Issledovaniya i praktika v meditsine*. 2018;5(S1):99 (in Russian).
19. Proklova T. N., Shchepin V. O., Chicherin L. P., Tel'nova E. A., Karпова O. B., Mirgorodskaya O. V. Persistent disability of the population of the Russian Federation: analysis and assessment of regional characteristics. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(4):555–9. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-4-555-559 (in Russian).
20. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R. L., et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 cancers in 185 Countries. *Ca: A Cancer J. Clin.* 2018;68(6):1394–424. doi: 10.3322/caac.21492
21. Shurgaya M. A. Persistent disability of the population of the Russian Federation: analysis and assessment of regional characteristics. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2016;21(6):319–24 (in Russian).
22. Idrisova L. S., Suleymanov E. A., Puzin S. N., Shurgaya M. A., Memetov S. S. Ovarian cancer in the regional aspect of cancer care in Russia. *Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noy ekspertize, rehabilitatsii i rehabilitatsionnoy industrii*. 2022;(1):60–8 (in Russian).

Поступила 12.06.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Kaprin A. D., Ashrafyan L. A., Stilidi I. S. Oncogynecology: a national guide [*Onkoginekologiya: natsional'noye rukovodstvo*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 384 p. (in Russian).
2. Ashrafyan L. A., Kiselev V. I., Muzyzhnek E. L., Antonova I. B., Kuznetsov I. N., Aleshikova O. I., Gerfanova E. V. Ovarian cancer: the concept of pathogenesis and principles of therapy. *Onkologiya. Zhurnal im. P. A. Gertsena*. 2015;4(30):73–81 (in Russian).
3. Matz M., Coleman M. P., Carreira H., Salmerón D., Chirlaque M. D., Allemani C.; CONCORD Working Group. Worldwide comparison of ovarian cancer survival: Histological group and stage at diagnosis (CONCORD-2). *Gynecol. Oncol.* 2017;44(2):396–404. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.11.019

23. Nikogosyan S. O., Zagastokov A. Z., Levchenko N. E., Tkhakohov M. M. Malignant ovarian tumors diagnostics difficulties. *Opukholi zhenskoy reproductivnoy systemy*. 2018;14(2):82–9 (in Russian).
24. Lu K. H., Skates S., Hernandez M. A. A 2-stage ovarian cancer screening strategy using the Risk of Ovarian Cancer Algorithm (ROCA) identifies early stage incident cancers and demonstrates high positive predictive value. *Cancer*. 2013;119(19):3454–61. doi: 10.1002/cncr.28183
25. Walker J. L., Powell C. B., Chen L. M. Society of Gynecologic Oncology recommendations for the prevention of ovarian cancer. *Cancer*. 2015;121(13):2108–20. doi: 10.1002/cncr.29321
26. Chien J., Poole E. M. Ovarian Cancer Prevention, Screening, and Early Detection: Report From the 11th Biennial Ovarian Cancer Research Symposium. *Int. J. Gynecol. Cancer*. 2017;27(9S, Suppl. 5):S20–S22. doi: 10.1097/IGC.0000000000001118
27. Kogan Y. A. E. Topical issues of pathogenesis and diagnosis of tumors and tumor-like formations of the ovaries. *Prakticheskaya medicina*. 2018;16(9):34–9. doi: 10/32000/2072-1757-2018-9-34-3 (in Russian).
28. Armstrong D. K., Alvarez R. D., Bakkum-Gamez J. N. Ovarian cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, version 2. 2020. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2021;19(2):191–226. doi: 10.6004/jnccn.2021.0007
29. Jara L., Morales S., de Mayo T. Mutations in BRCA1, BRCA2 and other breast and ovarian cancer susceptibility genes in Central and South American populations. *Biol. Res.* 2017;50(1):35. doi: 10.1186/s40659-017-0139-2
30. Mamarasulova D. Z., Mamadalieva Ya. M., Azizov Yu. D., Yakubbekova S. C. Assessing the association of genetic variants and genes with the development of ovarian cancer. *Operativnaya khirurgiya i klinicheskaya anatomiya*. 2018;2(3):19–24. doi: 10.17116/operhirurg2018203119

Согиайнен А. А.¹, Чичерин Л. П.², Щепин В. О.²

ТРАНСФОРМАЦИЯ ИСТОЧНИКОВ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ У ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В ДИНАМИКЕ ЗА ДЕСЯТИЛЕТИЕ

¹ООО «Теллур-Мед», 141002, г. Мытищи, Московская область;

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

В 2021 г. 71,5% граждан призывного возраста считали состояние своего здоровья удовлетворительным или плохим. Отрицательную динамику отметили 41,6% опрошенных, 64,4% на вопрос о наличии хронических заболеваний ответили отрицательно. При этом, по данным Росстата, до 72% молодых людей имеют хроническую патологию различных органов и систем, что указывает на недостаточное количество информации о состоянии здоровья у респондентов. Проведен в динамике анализ путей получения медицинской информации у молодых людей 17–20 лет в Московской области в 2012 (n=423), 2017 (n=568) и 2021 (n=814) годах. Общее число юношей, принявших участие в опросах, составило 1805 человек. Выявлено, что основную долю информации медицинской направленности они черпают из сети Интернет и социальных сетей (более 72%), а медицинские и педагогические работники совокупно предоставляют только 4,4% данной информации. За последние 10 лет роль школ и поликлиник в формировании здорового образа жизни упала более чем в 6 раз.

Данные особенности получения медицинской информации в современных условиях необходимо учитывать при формировании стратегий ее доставки фокусным группам населения с обязательным учетом региональных особенностей.

Ключевые слова: юноши призывного возраста, медицинская информация, профилактические мероприятия.

Для цитирования: Согиайнен А. А., Чичерин Л. П., Щепин В. О. Трансформация источников получения медицинской информации у юношей призывного возраста в динамике за десятилетие. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):79–81. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-79-81>

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

Sogiyainen A. A.¹, Chicherin L. P.², Shchepin V. O.²

THE TRANSFORMATION OF SOURCES PROVIDING MEDICAL INFORMATION IN MALE YOUTHS OF MILITARY AGE IN DECADE DYNAMICS

¹The Society with Limited Liability “Tellura-Med”, 141002, Mytishchi, Moscow Oblast, Russia;

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

In 2021, according to results of survey of citizens of military age, 71.5% of respondents considered their state of health as satisfactory or poor. The negative dynamics was noted by 41.6% and 64.4% stated about absence of chronic diseases. At that, according to Rosstat data, up to 72% of young males have chronic pathology of various organs and systems that indicates insufficient information about health status of respondents. The analysis was applied concerning ways of obtaining medical information by young males aged 17–20 years in the Moscow Oblast in 2012 (n=423), 2017 (n=568) and 2021 (n=814). The sampling of young males participating in survey was 1,805 respondents. It was established that in in the Moscow region main share of medical-oriented information is drawn by young males aged 17–20 years from the Internet and social networks (more than 72%). The medical and pedagogical personnel provide only 4.4% of this information. Over the past 10 years, the role of schools and polyclinics in the formation of healthy lifestyle has decreased by more than in 6 times.

Keywords: young male; military age; medical information; preventive measures.

For citation: Sogiyainen A. A., Chicherin L. P., Shchepin V. O. The transformation of sources providing medical information in male youths of military age in decade dynamics. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsiny*. 2023;31(1):79–81 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-79-81>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.06.2022
Accepted 31.10.2022

Введение

В соответствии с национальным проектом «Здравоохранение» (протокол № 16 от 24.12.2018 президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам) основными каналами информационно-коммуникационной кампании в рамках федеральных проектов «Развитие экспорта медицинских услуг», «Борьба с онкологическими заболеваниями»

ми», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» являются телевидение, радио и информационно-телекоммуникационная сеть Интернет. При этом охват населения медицинской информацией должен составить в 2022 г. до 70%.

Опыт создания в Москве центров общественного здоровья и медицинской профилактики показал,

что эффективность деятельности по развитию здоровьесберегающих технологий и укреплению общественного здоровья заключается в широком применении технологий межведомственного взаимодействия, использовании инновационных идей и информации, формируемой в сфере социально-информационного межведомственного взаимодействия [1].

Однако, согласно данным Росстата за 2021 г., доля лиц, ведущих здоровый образ жизни, по Российской Федерации составляет всего 7,3%, по Московской области он составил 6,5%. Произошло снижение данного показателя по сравнению с 2019 г. почти в 2 раза¹.

Таким образом, поиск актуальных путей доставки информации медицинской направленности для фокусных групп населения является важнейшим элементом политики государства в сфере современного здравоохранения.

Целью нашего исследования стало изучение современных источников медицинской информации среди юношей 17—20 лет на территории Московской области и проведение анализ изменения доли различных способов получения данной информации за последнее десятилетие.

Материалы и методы

Проведено анонимное анкетирование молодых людей 17—20 лет в Московской области в 2013 ($n=423$), 2016 ($n=568$) и 2021 ($n=814$) годах. Общее число опрошенных составило 1805 человек. В 2013 и 2016 гг. анкетирование проводили на бумажных носителях, в 2021 г. — частично ($n=520$) с помощью бумажных опросников, в остальной части ($n=294$) — посредством интернет-опроса (<https://www.google.ru/forms/about>). Обоснование использования данных форм при проведении гигиенических исследований приведено в исследовании Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова [2].

Результаты исследования

Исследование показало, что доля юношей, которые оценили состояние своего здоровья как отличное, увеличилась на 3% и составила 18,2% респондентов (15,2% в 2017 г. и 17,3% в 2012 г.). Считают его очень хорошим 10,3% (7,5% в 2017 г. и 11,1% в 2012 г.), 71,5% граждан определили его как удовлетворительное или плохое.

За 2020—2021 гг. положительную динамику в состоянии своего здоровья отметили только 13,9% граждан призывного возраста (14,2% в 2017 г. и 25,6% в 2012 г.). Отрицательную динамику отметили 41,6% респондентов (31,3% в 2017 г. и 25% в 2012 г.).

Психоэмоциональное и функциональное состояние организма в течение последнего месяца затруд-

Основные способы получения информации гражданами призывного возраста о методах по сохранению и укреплению здоровья

Способ получения информации	Доля, %			Ранг		
	2012 г.	2017 г.	2021 г.	2012 г.	2017 г.	2021 г.
Интернет, социальные сети	31,8	54,8	72,1	1	1	1
Друзья, знакомые	18,5	14,6	13,5	2	2	2
Телевидение	17,4	13,5	6,0	3	3	3
Поликлиника, медицинские работники	13,6	5,5	1,2	4	6	6
Школа, колледж, институт	12,2	5,6	3,2	5	5	4
Книги, газеты, журналы	6,5	6,0	3,1	6	4	5

няло социальное взаимодействие с семьей, друзьями, коллегами у 33,4% опрошенных (36,2% в 2017 г. и 38,9% в 2012 г.).

При ответе на вопрос о наличии хронических заболеваний по-прежнему сохраняется высокий удельный вес отрицательных ответов: 64,4% в 2021 г. (54,2% в 2017 г. и 65,7% в 2012 г.), что указывает на низкую информированность граждан призывного возраста о состоянии своего здоровья. По материалам Росстата², до 72%, а по результатам наших исследований [3, 4], до 80% молодых людей имеют ту или иную хроническую патологию. Такое расхождение между ответами респондентов и реальным состоянием дел указывает на отсутствие у контингента достоверной информации о своем здоровье и возможных профилактических мероприятиях.

Наш анализ актуальности путей получения информации (см. таблицу) показал, что традиционные способы (лечебно-профилактические организации, медицинский персонал, учебные заведения, печатные издания) остаются на последних ранговых местах и в совокупности занимали менее 10% в 2021 г. Причем их значимость снизилась с 2012 г. в 5 раз (33% в 2012 г., 7,5% в 2021 г.). Особое внимание обращает на себя снижение в 12 раз эффективности информационно-просветительной деятельности лечебно-профилактических организаций (поликлиник, медицинских кабинетов, диспансеров) среди молодых людей 17—20 лет. Они отмечают полное отсутствие информационных рассылок посредством электронной почты, активного продвижения услуг по проведению профилактических мероприятий в поисковиках и социальных сетях, неудачные пользовательские интерфейсы официальных сайтов.

Первое ранговое место традиционно занимают интернет и социальные сети. С 2012 г. доля этих путей получения информации увеличилась более чем в 2 раза и составила в 2021 г. 72,1%. На втором и третьем ранговых местах находятся друзья и знакомые (13,5% в 2021 г.) и телевидение (6% в 2021 г.) соответственно.

¹ Данные Росстата ЕМИСС «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни, 2021 год». Доступно по ссылке: <https://fedstat.ru/indicator/59457>

² Данные Росстата ЕМИСС «Профилактические осмотры детей и распределение по группам здоровья детей в возрасте от 0 до 17 лет, 2021 год». Доступно по ссылке: <https://fedstat.ru/indicator/60984>

Здоровье и общество

Ранее проведенные нами исследования показали существенные региональные различия (Московская область и Приморский край) в путях получения информации медицинской направленности [3, 4].

Заключение

В 2021 г. 71,5% граждан призывного возраста считали состояние своего здоровья удовлетворительным или плохим. Отрицательную динамику отметили 41,6% опрошенных, 64,4% респондентов на вопрос о наличии хронических заболеваний отвечали отрицательно. При этом, по данным Росстата, до 72% молодых людей имеют хроническую патологию различных органов и систем, что указывает на недостаточную информированность опрашиваемых о состоянии своего здоровья.

Основную долю (более 72%) информации медицинской направленности юноши 17—20 лет на территории Московской области черпают из сети Интернет и социальных сетей, а медицинские и педагогические работники предоставляют только 4,4% такой информации. За последние 10 лет роль школ и поликлиник в формировании здорового образа жизни снизилась более чем в 6 раз.

Данные особенности получения медицинской информации в современных условиях необходимо учитывать при формировании стратегий по ее доставке фокусным группам населения с обязательным учетом региональных особенностей.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Мыльникова Л. А., Камынина Н. Н. Создание центра общественного здоровья и медицинской профилактики города Москвы как структуры медицинской профилактики популяционного уровня в мегаполисе. *Здоровье мегаполиса*. 2021;2(1):7—21.
2. Пивоваров Ю. П., Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю. и др. Использование интернет-опросов в оценке осведомленности об основах здорового образа жизни. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(2):398—413.
3. Согияйнен А. А., Чичерин Л. П., Щепин В. О. Региональные особенности качества жизни граждан призывного возраста. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(2):128—30.
4. Согияйнен 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.

Поступила 18.06.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Mylnikova L. A., Kamynina N. N. Creation of the center of public health and medical prevention of the city of Moscow as a structure of medical prevention at the population level in the metropolis. *Zdorov'e megapolisa*. 2021;2(1):7—21 (in Russian).
2. Pivovarov Yu. P., Skoblina N. A., Milushkina O. Yu., et al. The use of Internet surveys in assessing awareness of the basics of a healthy lifestyle. *Sovremennye problemy zdravoochraneniya i medicinskoj statistiki*. 2020;(2):398—413 (in Russian).
3. Sogiyainen A. A., Chicherin L. P., Shchepin V. O. Regional features of the quality of life of citizens of military age. *Problemy social'noj gigieny, zdravoochraneniya i istorii mediciny*. 2019;27(2):128—30 (in Russian).
4. Sogiyainen A. A. The state of health of military conscripts as an indicator of the effectiveness of preventive measures during the preparation of citizens for military service. *Sovremennye problemy zdravoochraneniya i medicinskoj statistiki*. 2019;(21):256—64 (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023
УДК 614.2Копытов А. А.¹, Степанова Ю. С.², Овчинников И. В.¹, Волобуева Е. В.²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308000, г. Белгород;
²ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 города Белгорода», 308001, г. Белгород

На современном этапе становления российской стоматологии проблема устойчивого развития (*sustainable development*) сельской стоматологической помощи как системы локальных формирований сложной медико-социальной природы относится к национальным приоритетам и считается одним из важнейших направлений государственной социальной политики. Стоматологическое здоровье сельского населения следует считать индикатором стоматологического здоровья страны в целом. Это подтверждается пространственной структурой: сельские территории (обитаемые территории вне городов) охватывают $\frac{2}{3}$ территории Российской Федерации с населением 37,3 млн, или $\frac{1}{4}$ от общей численности населения. Пространственная структура Белгородской области достоверным образом сходна с общероссийской. Рядом отечественных и зарубежных исследований доказаны меньшие доступность, качество и своевременность страховой (государственной) стоматологии для сельских жителей, что можно рассматривать как один из признаков социального неравенства. В зависимости от социально-экономического статуса региона признаки социального неравенства в области стоматологии обуславливаются широким спектром факторов. В настоящей статье рассмотрены некоторые из них.

Ключевые слова: сельское население; доступность стоматологической помощи; кариес; пульпит; периодонтит; стоматологи.

Для цитирования: Копытов А. А., Степанова Ю. С., Овчинников И. В., Волобуева Е. В. Сравнительная оценка доступности стоматологической помощи для городского и сельского населения Белгородской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):82–87. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-82-87>

Для корреспонденции: Степанова Юлия Сергеевна, начальник отдела внутреннего контроля качества ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 города Белгорода», ассистент кафедры Стоматология общей практики ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: Tyfelka121@mail.ru

Kopytov A. A.¹, Stepanova Yu. S.², Ovchinnikov I. V.¹, Volobueva E. V.²

THE COMPARATIVE EVALUATION OF ACCESSIBILITY OF STOMATOLOGICAL CARE FOR MUNICIPAL AND RURAL POPULATION OF THE BELGOROD OBLAST

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod National Research University”, 308000, Belgorod, Russia;²The Oblast State Autonomous Health Care Institution “The Stomatological Polyclinic № 1 of the City of Belgorod” 308001, Belgorod, Russia

At the actual stage of becoming of Russian stomatology, the problem of sustainable development of rural stomatological care, as system of local formations of complex medical social nature belongs to national priorities and is considered as one of most important directions of public social policy. The stomatological health of rural population is to be considered as indicator of national stomatological health. This is confirmed by spatial structure: rural territories (inhabited territories outside cities) cover $\frac{2}{3}$ of territory of the Russian Federation with population of 37.3 million or $\frac{1}{4}$ of total population. The spatial structure of the Belgorod Oblast is reliably similar to the all-Russian one. The number of national and foreign studies proved that accessibility, quality and timeliness of insurance (state) stomatology is lower for rural residents that can be considered as one of signs of social inequality. Depending on the social economic status of region, signs of social inequality in the stomatology field are conditioned by broad spectrum of factors. Some of them are discussed in the article.

Keywords: rural population; accessibility; stomatological care; caries, pulpitis; periodontitis; dentist/

For citation: Kopytov A. A., Stepanova Yu. S., Ovchinnikov I. V., Volobueva E. V. The comparative evaluation of accessibility of stomatological care for municipal and rural population of the Belgorod Oblast. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):82–87 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-82-87>

For correspondence: Stepanova Yu. S., the Head of the Department of Internal Control of Quality of the Oblast State Autonomous Health Care Institution “The Stomatological Polyclinic № 1 of the City of Belgorod”, the Assistant of the Chair of General Practice Stomatology of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod National Research University”. e-mail: Tyfelka121@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 23.06.2022
Accepted 31.10.2022

Введение

В Белгородской области к концу 2020 г. установлено 174 сельских поселения и 16 городских поселений, территориально объединенных в 21 район. Доля сельского хозяйства в валовом продукте государ-

ства [1] и Белгородской области [2] постоянно растет. Значимость вклада сельского населения в развитие экономики Белгородской области и России обусловило принятие ряда программ развития, в том числе распоряжения Правительства Белгородской области от 28.12.2017 № 597-рп «Об утвержде-

Здоровье и общество

нии прогноза социально-экономического развития Белгородской области на период до 2030 года» [2]. В перечень задач, устанавливаемых этим документом, входят сохранение доли сельского населения в общей численности населения Белгородской области, повышение уровня и качества жизни жителей области путем совершенствования государственно-регулирующего.

Мероприятия, реализуемые Правительством Белгородской области, определяются позицией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), обращающей внимание на то, что всеобщий охват населения системами медицинского страхования — это единственная надежная концепция, которую может предложить система общественного здравоохранения. Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен, подытоживая достижения социальной медицины, обратила внимание участников 65-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения на значимость научных исследований в целях достижения возможности получения медицинских услуг всеми нуждающимися [3].

Государственным системам медицинского страхования свойственны достоверные различия. Однако обзор научной литературы выявил проблемы, проявляющиеся в большинстве стран [4]. R. Nagarajan, изучая обеспеченность специалистами сельских и городских районов Индии, указывает, что большинство стоматологов работает в городах, а в сельской местности на одного стоматолога приходится около 50 тыс. населения. Кроме того, как правило, сельские жители относятся к малообеспеченным слоям населения. Совокупность этих факторов приводит к более высокому распространению основных стоматологических заболеваний среди сельских жителей по сравнению с городскими. Выявленные закономерности свидетельствуют о проявлении социального неравенства в виде отсутствия равной доступности к получению стоматологической помощи [5].

На Африканском континенте интенсивность и распространенность заболеваний полости рта, наблюдаемая на фоне агрессивного протекания инфекционных заболеваний, считаются малозначимыми. Оценка обеспеченности населения стоматологами выявила, что на Африканском континенте работает только 1% всех практикующих стоматологов, т. е. примерно один врач на 40 тыс. населения [6, 7].

M. Hung напрямую связывает неудовлетворенность и снижение качества стоматологической помощи с удаленностью проживания граждан США от городских поселений. Им выявлена корреляция большей нуждаемости в стоматологической помощи сельских жителей по сравнению с городскими. По его мнению, эта зависимость в достоверной степени определяется большей плотностью стоматологических кабинетов, расположенных в черте города. Объясняют желание работать в городе или близлежащих к ним районах более высоким доходом горожан. На момент проведения исследования более

4 тыс. сельских регионов США испытывают нехватку врачей-стоматологов, именно по этой причине многие сельские жители испытывают проблемы с санацией полости рта [8].

Ст. 41 Конституции Российской Федерации установлено право каждого гражданина на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Таким образом, государство гарантирует предоставление медицинской помощи гражданам вне зависимости от места проживания, вероисповедования и иных социальных различий [9]. Пересмотр государственного устройства, произошедший в Российской Федерации в 1985—1991 гг., привел к значимым изменениям медико-социальной политики, в том числе и в области стоматологии. Наиболее значимыми аспектами изменений следует признать документально не подтвержденный, но фактически реализуемый государством отказ от плановой санации и территориально-участкового принципа организации оказания первичной медико-санитарной помощи [10, 11]. Логично предположить, что переход государства к функционированию в условиях рыночной экономики обуславливает сложности в оказании стоматологической помощи, характерные для иных стран.

Цель исследования — выявить факторы, снижающие доступность стоматологической помощи для жителей областного центра городов Белгород и Шебекино и сельских жителей Белгородского и Шебекинского районов.

Материалы и методы

Первая часть исследования выполнена в рамках 3-го эпидемиологического стоматологического обследования населения России, проведенного в 2017 г. [12]. Вторая часть осуществлена инициативно и подразумевает выработку рекомендаций для повышения качества жизни сельского населения Белгородской области. Выводы о признаках социального неравенства как о доступности стоматологической помощи сделаны в процессе сравнения статистических данных, полученных в 2017—2021 гг.

Для достижения цели исследования поставлены следующие задачи:

- Дать сравнительную оценку возрастно-квалификационных характеристик врачей, осуществляющих санацию полости рта, в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) и работающих в областном государственном автономном учреждении здравоохранения стоматологической поликлинике № 1 города Белгорода (ОГАУЗ СПГБ), стоматологическом отделении Центральной районной больницы Белгородского района (ЦРБ БР), областном государственном автономном учреждении здравоохранения «Шебекинская городская стоматологическая поликлиника» (ОГАУЗ ШГСП),

стоматологическом отделении Центральной районной больницы Шебекинского района (ЦРБ ШР).

- Оценить динамику «естественного» выбытия персонала.
- Оценить динамику производительности труда врачей за 2017—2021 гг.

Динамика выборок оценивалась с применением парного *t*-критерия Стьюдента для несвязанных совокупностей.

Результаты исследования

В ОГАУЗ СПГБ в 2017 г. оказывали терапевтическую помощь 111 врачей, в том числе 97 (87,4%) врачей-стоматологов и 14 (12,6%) зубных врачей. Среди стоматологов не достигли 30-летнего возраста 18 врачей, группу 30—45-летних формировали 36 врачей, группу 46—60 летних — 34 врача, к старшей возрастной группе принадлежали 9 врачей. Средний возраст стоматологов в 2017 г. составил $43,63 \pm 1,04$ года. В 2021 г. вели прием 22 стоматолога моложе 30 лет, 40 стоматологов 30—45 лет, 31 — 46—60 лет и четыре — старше 60 лет. Средний возраст составил $41,68 \pm 0,98$ года. Возрастное представительство зубных врачей в 2017 г. было следующим: в группу 30—45-летних вошли семь зубных врачей, в группу 46—60 летних — шесть врачей, старше 60 лет — один врач. Средний возраст зубных врачей в 2017 г. составил $45,75 \pm 2,43$ года. В 2021 г. группу от 30 до 45 лет составили пять врачей, 46—60-летних — семь, старше 60 лет — два врача. Средний возраст зубных врачей вырос и достиг $48,46 \pm 2,45$ года.

В стоматологическом отделении ЦРБ БР в 2017—2021 гг. санировало полость рта в рамках ОМС 30 специалистов, в том числе 12 (40%) стоматологов и 18 (60%) зубных врачей. В 2017 г., среди стоматологов в санации сельских жителей участвовал один врач моложе 30 лет, шесть врачей возрастной группы 30—45 лет, два врача группы 46—60-летних и три врача старше 60 лет (средний возраст $45,08 \pm 3,36$ года); в 2021 г. — два стоматолога моложе 30 лет, шесть стоматологов 30—45 лет, два стоматолога от 46 до 60 лет и два стоматолога старше 60 лет. Средний возраст сельских стоматологов уменьшился до $42,58 \pm 3,27$ года. В 2017 г. в ЦРБ БР работало семь

зубных врачей в возрасте 30—45 лет, 10 зубных врачей — 46—60 лет и один зубной врач старше 60 лет; средний возраст $47,36 \pm 2,00$ года. В 2021 г. количество зубных врачей возрастной группы 30—45 лет сократилось до четырех, группы 46—60 лет увеличилось до 13, старше 60 лет был один человек. Средний возраст зубных врачей увеличился и соответствует $49,94 \pm 1,71$ года (табл. 1).

В ОГАУЗ ШГСП в 2017 г. санировали полость рта 13 специалистов, в том числе 9 (69,2%) врачей-стоматологов, имеющих высшее образование и 4 (30,8%) зубных врача — специалиста со средним специальным образованием. Среди стоматологов двое были в возрасте до 30 лет и семь — от 46 до 60 лет. Средний возраст стоматологов в 2017 г. составил $47,89 \pm 3,59$ года. Все (100%) зубные врачи относятся к возрастной категории 46—60-летних при среднем возрасте $53,0 \pm 0,00$ года. В 2021 г. общее количество специалистов не изменилось: в ОГАУЗ ШГСП работал один стоматолог моложе 30 лет, число стоматологов в возрасте от 30 до 45 лет не изменилось, а 46—60-летних стоматологов — уменьшилось до шести.

В стоматологическом отделении ЦРБ ШР в 2017 г. работали 10 специалистов. В 2021 г. численных изменений врачебного персонала не произошло, но произошли возрастные изменения. Среди стоматологов один специалист входил в группу 30—45-летних, один был старше 60 лет, средний возраст зубных врачей — $48,75 \pm 15,91$ года. В группе зубных врачей занимались санацией один специалист 30—45 лет, пять 46—60-летних и двое старше 60 лет при среднем возрасте $52,81 \pm 2,63$ года (табл. 2).

Перечисленные возрастные характеристики специалистов обуславливают актуальность оценки результатов совместной работы стоматологического факультета ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ») и государства, заинтересованных в обеспечении медицинских организаций молодыми специалистами. Согласно данным, полученным в деканате стоматологического факультета за период 2011—2021 гг., в стенах НИУ «БелГУ» обучались и получили диплом врача-стоматолога 493 выпускника.

Таблица 1

Динамика среднего возраста врачей, занимающихся санацией полости рта жителей Белгорода и Белгородского района

Возраст	ОГАУЗ СПГБ (n=111)				ЦРБ БР (n=30)			
	стоматологи*		зубные врачи**		стоматологи***		зубные врачи****	
	2017 г.	2021 г.	2017 г.	2021 г.	2017 г.	2021 г.	2017 г.	2021 г.
До 30 лет	18	22	0	0	1	2	0	0
30—45 лет	36	40	7	5	6	6	7	4
46—60 лет	34	31	6	7	2	2	10	13
Старше 60 лет	9	4	1	2	3	2	1	1
Средний возраст, годы	$43,63 \pm 1,04$	$41,68 \pm 0,98$	$45,75 \pm 2,43$	$48,46 \pm 2,45$	$45,08 \pm 3,36$	$42,58 \pm 3,27$	$47,36 \pm 2,00$	$49,94 \pm 1,71$

Примечание. Различия статистически не значимы: *(*t*: 1,34; *p*=0,18); ** (*t*: 0,66; *p*=0,513); *** (*t*: 0,53; *p*=0,599); **** (*t*: 0,98; *p*=0,333).

Таблица 2

Динамика среднего возраста врачей, занимающихся санацией полости рта жителей Шебекино и Шебекинского района

Возраст	ОГАУЗ ШГСП (n=13)				ЦРБ ШР (n=10)			
	стоматологи*		зубные врачи**		стоматологи***		зубные врачи****	
	2017 г.	2021 г.	2017 г.	2021 г.	2017 г.	2021 г.	2017 г.	2021 г.
До 30 лет	0	1	0	0	1	0	0	0
30—45 лет	2	2	0	0	0	1	2	1
46—60 лет	7	6	4	4	0	0	4	5
Старше 60 лет					1	1	2	2
Средний возраст, годы	47,89 ± 3,59	47,00 ± 3,27	53,0 ± 0,00	53,0 ± 0,00	45,00 ± 21,21	48,75 ± 15,91	50,88 ± 3,33	52,81 ± 2,63

Примечание. *Различия статистически не значимы ($t: 0,20; p=0,842$); **различий нет; ***различия статистически не значимы ($t: 0,14; p=0,910$); ****различия статистически не значимы ($t: 0,45; p=0,656$).

В ОГАУЗ СПГБ с 2017 по 2021 г. число молодых специалистов увеличилось на 3,6%, в ЦЗБ БЗ — на 3,4% (табл. 3).

В 2017 г. в ОГАУЗ ШГСП и ЦРБ ШР вели терапевтический прием по одному молодому специалисту, в 2021 г. в этих медицинских организациях специалистов моложе 30 лет не было.

Отсутствие соответственной динамики естественного выбытия персонала обусловила целесообразность оценки динамики удельной производительности специалистов. На фоне достаточно высокого среднего возраста специалистов выявлены следующие закономерности, свидетельствующие о снижении динамики производительности труда за 2017—2021 гг.

Таблица 3

Динамика «естественного» выбытия персонала

Медицинская организация	Всего специалистов, абс. ед.	>30 лет 2017 г.		>30 лет 2021 г.		Прирост/убыль, %
		абс. ед.	%	абс. ед.	%	
ОГАУЗ СПГБ*	111	18	16,2	22	19,8	↑ на 3,6
ЦРБ БР**	30	1	3,3	2	6,7	↑ на 3,4
ОГАУЗ ШГСП***	13	1	7,7	0	0	↓ на 7,7
ЦРБ ШР****	10	1	10,0	0	0	↓ на 10,0

Примечание. Различия статистически значимы: * ($t: 2,028; p=0,045$); ** ($t: 1,00; p=0,326$); *** ($t: 1,00; p=0,327$); **** ($t: 1,00; p=0,331$).

В ОГАУЗ СПГБ уменьшилось количество запломбированных кариозных зубов с 2017 по 2021 г. на 10,7%, по поводу пульпита убыль показателя составила 9,4%, в отношении периодонтита — 15,4%.

В ЦРБ БР в этот период каждым специалистом при постановке пломб произошло снижение производительности на 25,4%, в отношении лечения больных с диагностированным пульпитом — на 10,8%. На каждого врача в 2017 г. пришлось 49,9 зуба с диагнозом периодонтит, в 2021 г. — 4,1, при снижении количества зубов на 91,9% (табл. 4).

В ОГАУЗ ШГСП в 2017 г. лицам с диагностированным кариесом каждым специалистом поставлено на 29,1% пломб меньше. Среднее количество зубов, вылеченных по поводу пульпита, с 2017 по 2021 г. уменьшилось, сократилось и количество зубов с вылеченным периодонтитом (табл. 5).

В ЦРБ ШР сократилось количество вылеченных зубов по поводу кариеса на 40,8%, по поводу пульпита — на 9,1%, по поводу периодонтита — на 70,7% на каждого врача.

Обсуждение

ОГАУЗ СПГБ на протяжении существования стоматологического факультета выполняет функцию клинической базы, в стенах которой проходят практику студенты НИУ «БелГУ». Это объясняет увеличение на 3,6% количества молодых специали-

Таблица 4

Сравнительная оценка динамики снижения производительности труда врачей, занимающихся санацией полости рта жителей Белгорода и Белгородского района (в абс. ед.)

Медицинская организация	Кариес			Пульпит			Периодонтит		
	2017 г.	2021 г.	прирост/убыль, %	2017 г.	2021 г.	прирост/убыль, %	2017 г.	2021 г.	прирост/убыль, %
ОГАУЗ СПГБ	1582,4	1435,6	↓ 10,7	496,5	416,7	↓ 9,4	129,1	109,2	↓ 15,4
ЦРБ БР	1477,5	1101,5	↓ 25,4	223,3	199,2	↓ 10,8	49,9	4,1	↓ 91,9

Таблица 5

Сравнительная оценка динамики снижения производительности труда врачей, занимающихся санацией полости рта жителей Шебекино и Шебекинского района (в абс. ед.)

Медицинская организация	Кариес			Пульпит			Периодонтит		
	2017 г.	2021 г.	убыль, %	2017 г.	2021 г.	убыль, %	2017 г.	2021 г.	убыль, %
ОГАУЗ ШГСП	3438,2	3019,5	↓ 12,7	637,4	586,7	↓ 7,6	61,2	56,7	↓ 8,7
ЦРБ ШР	2673,8	1582,7	↓ 40,8	716,6	651,1	↓ 9,1	150,7	44,1	↓ 70,7

ЛИТЕРАТУРА

стов, ведущих терапевтический прием. Город Белгород и Белгородская область в настоящее время являются территорией с интенсивным развитием высокотехнологической промышленности и сельского хозяйства. Белгород и Белгородский район с социально-экономических позиций следует считать Белгородской агломерацией с единой инфраструктурой и темпами развития. По этой причине работа в ЦРБ БР так же престижна, как и работа в ОГАУЗ СПГБ, что и объясняет прирост на 3,4% количества молодых специалистов ЦРБ БР.

Город Шебекино является одним из городов районного значения Белгородской области с населением 40 870 человек. Его социально-экономическая структура в большей степени подобна сельскому поселению. По этой причине за рассматриваемый период выпускники-стоматологи не сочли для себя перспективным трудоустройство в ОГАУЗ ШГСП. За рассматриваемый период количество молодых специалистов снизилось на 7,7%. В ЦРБ ШР количество молодых врачей уменьшилось на 10%, что свидетельствует о низкой эффективности государственных программ, имеющих целью привлечение врачей на постоянное место жительства и работы в сельской местности.

Обсуждая выявленное снижение производительности труда в оцениваемых медицинских организациях, следует иметь в виду фоновое воздействие пандемии COVID-19. Если установить снижение производительности труда в ОГАУЗ СПГБ и ОГАУЗ ШГСП фоновыми, определяемыми протеканием пандемии COVID-19, то появляется возможность оценить снижение мотивации специалистов, работающих в ЦРБ БР и ЦРБ ШР к выполнению функциональных обязанностей.

Заключение

Динамика снижения количества пломб, поставленных в 2017—2021 гг. по поводу кариеса специалистами ОГАУЗ СПГБ составила 10,7%, а специалистами ЦРБ БР — 25,4%, при достоверной разнице показателя 14,7%. Динамика снижения количества пломб, поставленных по поводу пульпита, достоверно не различается. Разница в снижении количества вылеченных зубов с диагнозом периодонтит достоверна и составляет 76,5%.

Достоверная разница в сокращении количества пломб, поставленных по поводу кариеса специалистами ОГАУЗ ШГСП и ЦРБ ШР, составляет 28,1%. Динамика уменьшения количества пломб, поставленных в зубы с диагностированным пульпитом, не достоверна, с диагностированным периодонтитом — достоверна и составляет 62%.

Из сказанного следует, что при отсутствии желания трудоустройства молодых специалистов в стоматологические отделения Белгородской ЦРБ и Шебекинской ЦРБ у работающих там специалистов наблюдается достоверное снижение производительности труда.

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

1. Стомба Е. В. Стратегия устойчивого развития сельских территорий региона (на материалах нечерноземной зоны республики Башкортостан). Уфа; 2021. 427 с.
2. Распоряжение Правительства Белгородской области от 28.12.2017 № 597-рп «Об утверждении прогноза социально-экономического развития Белгородской области на период до 2030». Режим доступа: <https://belregion.ru/upload/iblock/1e4/597-rp.pdf> (дата обращения 10.10.2021).
3. Survey about health care stste in the world. Режим доступа: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2013.pdf>
4. Nagarajan R. Dentists or doctors, can just adding to numbers work? India News — Times of India. TNN. 2019. Режим доступа: <https://timesofindia.indiatimes.com/india/dentists-or-doctors-can-just-adding-to-numbers-work/articleshow/68979529.cms> (дата обращения 26.10.2020).
5. Janakiram C., Rudrappa R. B., Taha F., Ramanarayanan V., Akalgud H. G., Kadanakuppe S. Equity in oral healthcare in India: A review on health system analysis. *Econ. Polit. Wkly.* 2017;52:82—9.
6. Gallagher J. E., Hutchinson L. Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution. *Int. Dent. J.* 2018;68(3):183—9. doi: 10.1111/idj.12349
7. World Health Organization. Oral Health Manpower. Ethiopia. Geneva: WHO Prevention of Noncommunicable Diseases (PND); 2019.
8. Hung M., Hon E. S., Ruiz-Negron B. Exploring the Intersection between Social Determinants of Health and Unmet Dental Care Needs Using Deep Learning. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17(19):7286. Published 2020 Oct 6. doi: 10.3390/ijerph17197286
9. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.06.2020. Режим доступа <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007040001> (дата обращения 10.10.2021).
10. Каргаполов Е. П. Система здравоохранения в ХМАО на начальном этапе перестройки в стране (1986—1989 гг.) *Научный медицинский вестник Югры.* 2018;15(1):59—66.
11. Леонтьев В. К. Административное и профессиональное управление в стоматологии (состояние и перспективы). *Институт стоматологии.* 2019;84(3):10—1.
12. Кузьмина Э. М., Янушевич О. О., Кузьмина И. Н. Стоматологическая заболеваемость населения России. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения России. М.; 2019. 302 с.
13. Фесюн А. Д., Датий А. В., Яковлев М. Ю., Черняховский О. Б. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы лиц, занимающихся физической культурой и спортом. *Спортивная медицина: наука и практика.* 2019. Т.9. №2. С.68-71.

Поступила 23.06.2022

Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Stovba E. V. Regional rural territories sustainable development strategy (based on non black soiled zone of Bashkortostan Republic) PhD in Economics Thesis [*Strategiya ustoychivogo razvitiya sel'skikh territoriy regiona (na materialakh nechernozemnoy zony respubliki Bashkortostan)*]. Ufa; 2021. 427 p. (in Russian).
2. Belgorod Region Government Order #597-rp dated 12.28.2017 About Adoption of Social and Economic Development Forecast of Belgorod Region up to 2030. Available at: <https://belregion.ru/upload/iblock/1e4/597-rp.pdf> (in Russian).
3. Survey about health care stste in the world. Available at: <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2013.pdf>
4. Nagarajan R. Dentists or doctors, can just adding to numbers work? India News — Times of India. TNN. 2019. Available from: <https://timesofindia.indiatimes.com/india/dentists-or-doctors-can-just-adding-to-numbers-work/articleshow/68979529.cms>

Здоровье и общество

- adding-to-numbers-work/articleshow/68979529.cms (accessed 26.10.2020).
5. Janakiram C., Rudrappa R. B., Taha F., Ramanarayanan V., Akalgud H. G., Kadanakuppe S. Equity in oral healthcare in India: A review on health system analysis. *Econ. Polit. Wkly.* 2017;52:82–9.
 6. Gallagher J. E., Hutchinson L. Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution. *Int. Dent. J.* 2018;68(3):183–9. doi: 10.1111/idj.12349
 7. World Health Organization. Oral Health Manpower. Ethiopia. Geneva: WHO Prevention of Noncommunicable Diseases (PND); 2019.
 8. Hung M., Hon E. S., Ruiz-Negron B. Exploring the Intersection between Social Determinants of Health and Unmet Dental Care Needs Using Deep Learning. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17(19):7286. Published 2020 Oct 6. doi: 10.3390/ijerph17197286
 9. Russian Federation Constitution dated 12.12.1993. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007040001> (accessed 10.10.2021) (in Russian).
 10. Kargapolov E. P. Health care system in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug (1986–1989). *Nauchnyy meditsinskiy vestnik Yugry = Scientific Medical Newspaper of UGRA.* 2018;15(1):59–66 (in Russian).
 11. Leontyev V. K. Administrative and Professional Management In Dental Sector (state and perspectives). *Institut stomatologii = Dental Institute.* 2019;84(30):10–1 (in Russian).
 12. Kuzmina E. M., Yanushevich O. O., Kuzmina N. N. Dental diseases in Russia. Epidemiological dental assessment of Russian population [*Stomatologicheskaya zabolevayemost' naseleniya Rossii. Epidemiologicheskoye stomatologicheskoye obsledovaniye naseleniya Rossii*]. Moscow; 2019. 302 p. (in Russian).
 13. Fesyun A. D., Dativ A. V., Yakovlev M. Yu., Chernyakhovsky O. B. Assessment of the functional state of the cardiovascular system of persons engaged in physical culture and sports. *Sports medicine: science and practice.* 2019. Vol. 9. No. 2. pp.68-71.

Сергеев В. В., Шмелев И. А.

СОЧЕТАНИЕ НОРМ МОРАЛИ И ПРАВА ПРИ РЕГУЛИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара

Сформулированы предложения, направленные на совершенствование социального нормирования¹ медицинской деятельности на основе комплексного институционального подхода. Комплексность подхода заключается в том, что в регулировании общественных отношений в сфере здравоохранения не допускается противопоставление норм права и морали, которые в медицине взаимообуславливают и взаимодополняют друг друга. Институциональный аспект подхода отражается в тесном взаимодействии нравственных и правовых основ, а также механизмов реализации социального нормирования конкретной сферы медицинской деятельности. Приведена формализованная модель комплексного институционального подхода. Подчеркнута значимость биоэтики, в которой в максимальной степени реализуется принцип взаимодополнительности морали и права. Выделена значимость структурных принципов биоэтики, которые характеризуют совокупность устойчивых связей субъектов медицинского вмешательства. Сделан акцент на соотношении принципов биоэтики и медицинской этики, на нормах медицинской этики, в значительной степени определяющих содержание профессионального долга врача. Нормы медицинской этики сгруппированы по трем системам: «врач—пациент», «врач—коллеги», «врач—общество», содержащимся в международных этических документах и Кодексе профессиональной этики врача Российской Федерации. Отмечена важность внутренних и внешних механизмов реализации комплексного социального нормирования медицинской деятельности.

Ключевые слова: нормы морали; нормы права; медицинская этика; биоэтика; комплексный институциональный подход.

Для цитирования: Сергеев В. В., Шмелев И. А. Сочетание норм морали и права при регулировании медицинской деятельности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):88–92. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-88-92>

Для корреспонденции: Шмелев Игорь Анатольевич, канд. мед наук, доцент, зав. кафедрой медицинского права и биоэтики Самарского государственного медицинского университета, e-mail: i.a.shmelyov@samsmu.ru

Sergeev V. V., Shmelev I. A.

THE COMBINATION OF MORAL AND LAW NORMS IN REGULATION OF MEDICAL ACTIVITY

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Samara State Medical University" of Minzdrav of Russia, 443099, Samara, Russia

The article considers proposals developed according results of the study and targeted on improving social regulation of medical activities on basis of complex institutional approach. The complexity of approach lies in the fact that in regulation of public relations in health care opposition between norms of law and norms of morality is not allowed because in medicine they inter-condition and inter-complement each other. The institutional aspect of approach is reflected in tight interaction of moral and legal foundations, as well as in mechanisms of implementation of social standardization of specific sphere of medical activity. The formalized model of integrated institutional approach is presented. The importance of bioethics, in which principle of inter-complementarity of morality and law is realized to its maximum extent is emphasized. The significance of structural principles of bioethics that characterize totality of stable relationships of subjects of medical intervention is highlighted. The emphasis is made on interrelation between principles of bioethics and medical ethics, on norms of medical ethics, that largely determine content of professional duty of physician. The norms of medical ethics are grouped into three systems: "doctor-patient", "doctor-colleague" and "doctor-society" that are contained in international ethical documents and "The Code of Professional Ethics for Physicians" of the Russian Federation. The importance of internal and external mechanisms of implementation of complex social regulation of medical activity is marked.

Keywords: moral norms; legal norms; medical ethics; bio-ethics; complex institutional approach.

For citation: Sergeev V. V., Shmelev I. A. The combination of moral and law norms in regulation of medical activity. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(1):88–92 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-88-92>

For correspondence: Shmelev I. A., candidate of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Medical Law and Bioethics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Samara State Medical University" of Minzdrav of Russia. e-mail: i.a.shmelyov@samsmu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.05.2022
Accepted 31.10.2022

Введение

Социальное нормирование медицинской деятельности не теряет своей актуальности на протя-

жении тысячелетий. Это обусловлено объективной необходимостью такого урегулирования общественных отношений, которое в максимальной степени соответствует достигнутому уровню развития медицинской науки и клинической практики, а также политическим и экономическим условиям. Идеальный характер социального нормирования медицинской деятельности возможен лишь теоретически. Вместе с тем постоянный поиск различных спосо-

¹ В теории права общепризнано рассматривать нормы морали и права в качестве разновидности социальных норм, поэтому авторы, используя в настоящей статье оригинальное словосочетание «социальное нормирование», имеют в виду урегулирование нормами морали и права общественных отношений в сфере медицинской деятельности.

Здоровье и общество

бов совершенствования этических и юридических основ медицинской деятельности всегда остается востребованным

Цель настоящего исследования — сформулировать предложения, направленные на совершенствование социального нормирования медицинской деятельности.

Материалы и методы

Материалом исследования служили законодательные акты, этические документы, научные статьи и монографии, анкеты студентов-медиков.

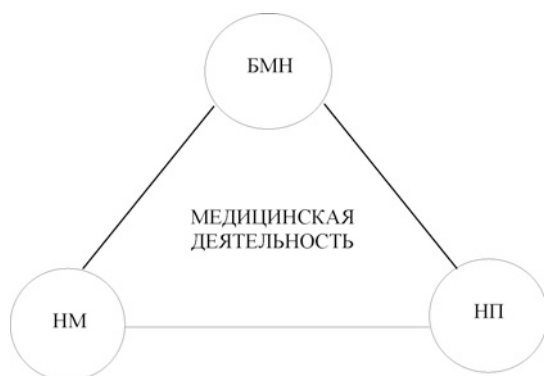
Для достижения поставленной цели применены методы: сравнительный, анализа и синтеза, анкетирования.

Результаты исследования

Из разных видов социальных норм (нормы морали, права, обычаи, традиции, ритуалы) первостепенное значение для медицины имеют нормы морали и права. Это нашло отражение в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], согласно которому медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии (ч. 1, ст. 73).

Это позволяет представить нормирование медицинской деятельности следующим образом (см. рисунок).

Следовательно, при формулировании основополагающего подхода к регулированию общественных отношений в сфере здравоохранения необходимо исходить из тесной взаимосвязи норм права и морали. Данный подход должен постоянно находиться в центре внимания врача с первых дней его подготовки в высшей медицинской школе. Представляет интерес мнение о социальном нормировании медицинской деятельности студентов-медиков I курса обучения, которые еще не приступили к изучению моральной и правовой основы работы врача. С этой целью проведено анкетирование 50 студентов-медиков I курса, еще не изучавших этические и



Нормирование медицинской деятельности.

БМН — биомедицинские нормы, НМ — нормы морали, НП — нормы права.

Таблица 1

Результаты анкетирования студентов-медиков по вопросам о социальном нормировании медицинской деятельности

Вопрос анкеты	Вариант ответа	Доля ответов, %
Необходимо ли медицинским работникам осуществлять свою деятельность исключительно в соответствии с законодательством Российской Федерации?	Да	38
	Нет	52
	Затрудняюсь ответить	10
Необходимо ли медицинским работникам осуществлять свою деятельность, исключительно руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии?	Да	40
	Нет	56
	Затрудняюсь ответить	4
Необходимо ли медицинским работникам осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, стремясь к гармоничному сочетанию норм права и морали?	Да	98
	Нет	0
	Затрудняюсь ответить	2

юридические вопросы медицинской деятельности в рамках дисциплин, предусмотренных учебным планом. Отбор респондентов осуществлялся методом целевой выборки в группах, в которых количество студентов, окончивших школу с золотой медалью, составляло более 90%.

Анкета содержала три вопроса, которые были сформулированы с предельной простотой и конкретностью, что позволяло четко определить позицию студентов по вопросам социального нормирования медицинской деятельности (табл. 1).

Из результатов анкетирования видно, что при актуализации только одного вида социального нормирования около половины респондентов выразили свое несогласие с такой односторонностью: осуществление медицинской деятельности исключительно в соответствии с законодательством и руководствуясь исключительно принципами медицинской этики и деонтологии. При акценте только на юридической основе деятельности врача 10% студентов-медиков затруднялись ответить на соответствующий вопрос анкеты. Дать определенный ответ на второй вопрос затруднились 4% принявших участие в анкетировании. При формулировании третьего вопроса анкеты с учетом комплексного подхода к социальному нормированию профессиональной деятельности подавляющее большинство студентов I курса, находясь в самом начале обучения, не приступив к детальному изучению этической и юридической основы медицинской деятельности, осознают значимость взаимосвязи норм морали и права в клинической практике. Отрицающих подобный подход, определенный в третьем вопросе анкеты, не наблюдалось, только 2% студентов-медиков затруднились ответить на данный вопрос.

Факт глубокого осознания студентами-медиками I курса необходимости комплексного подхода к социальному нормированию медицинской деятельности внушает оправданный оптимизм в отношении формирования у них высокой этической и правовой культуры.

В аспекте комплексного подхода к социальному нормированию медицинской деятельности большое

Таблица 2

Структурные принципы биоэтики

Мотивационные	Целеполагающие	Экзистенциально-гуманистические
Деятельной любви Сострадания Совестливости Справедливости Ответственности	«Не навреди!» «Делай благо!»	Уважения автономии пациента Уважения человеческого достоинства Признания уязвимости человека Уважения целостности личности

значение имеет биоэтика, поскольку в ней в максимальной степени реализуется принцип взаимодополнительности морали и права. Следует также заметить, что биоэтика интегрирует наряду с этическими и нормативными комплексами механизмы их реализации, в частности через решения комитетов по биоэтике. Поэтому представляется целесообразным при социальном нормировании конкретных направлений медицинской деятельности использовать комплексный институциональный подход, при котором нормы морали, права и механизмы их реализации рассматриваются в неразрывном единстве.

Исследования по институциональным системам [2] указывают на целесообразность использования комплексного институционального подхода к социальному нормированию в медицине [3], который включает в себя этическую и юридическую основу профессиональной деятельности, а также механизмы реализации норм морали и права.

В настоящем исследовании представляется важным сделать акцент на структурных принципах биоэтики, характеризующих совокупность устойчивых социальных связей в процессе медицинской деятельности, а также на нормах медицинской этики и механизмах реализации. Принимая во внимание положения Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека (принята на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО 19 октября 2005 г.) [4], а также данные иностранных и отечественных авторов, можно выделить следующие структурные принципы биоэтики (табл. 2).

Указанные принципы биоэтики можно дополнить экологическими принципами, предложенными Ф. Капра [5]. Это принципы взаимозависимости, обратной связи, партнерства, гибкости, многообразия, которые следует рассматривать в качестве

функциональных принципов биоэтики, характеризующих совокупность подвижных социальных связей при медицинской деятельности. Структурные и функциональные принципы биоэтики тесно связаны с принципами медицинской этики. Классические принципы медицинской этики («Не навреди!», «Делай благо!») в биоэтической оптике рассматриваются в более широком социальном контексте.

Нормы медицинской этики традиционно группируются по трем системам: «врач—пациент», «врач—коллеги», «врач—общество». Используя международные этические документы и Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации [6], следует выделить следующие нормы медицинской этики (табл. 3).

Большинство из приведенных выше норм медицинской этики определяет содержание профессионального долга врача.

В механизмах реализации следует различать *внешние* и *внутренние* аспекты, определяющие реализацию этической и юридической основы социального нормирования медицинской деятельности. Основными внутренними механизмами являются правосознание и биоэтическое сознание, правовая и биоэтическая культура.

Важными внешними механизмами, обеспечивающими стабильность социального института, являются функционирующие на постоянной основе комитеты (комиссии) по биоэтике (этике), а также четко отработанные механизмы досудебного и судебного разрешения споров и конфликтов в медицине.

Обсуждение

Существенное значение для реализации комплексного подхода к социальному нормированию медицинской деятельности имеет приведенное выше положение федерального законодательства о юридической и этической основе деятельности медицинских работников. Необходимо стремиться к гармоничному сочетанию норм права и морали в медицине, что представляет определенные трудности как в нормотворческой деятельности, так и при практической реализации положений законодательных актов и этических документов. Главная опасность при решении данной проблемы видится в ис-

Таблица 3

Группировка норм медицинской этики по трем традиционным системам

Система	Нормы медицинской этики
«Врач—пациент»	Высочайшее уважение к жизни человека. Забота о здоровье человека. Готовность оказать медицинскую помощь. Стремление к применению безопасных, эффективных и доступных медицинских технологий. Предупреждение ятрогенных заболеваний. Готовность действовать в пределах обоснованного риска. Внимательное и заботливое отношение к пациенту. Честность в отношениях с пациентами. Постоянное совершенствование своего профессионального мастерства
«Врач—коллеги»	Благодарность и уважение к своим учителям. Требовательность и справедливость к своим ученикам, содействие их профессиональному росту. Доброжелательное отношение к коллегам. Обращение к коллегам за помощью и советом. Недопустимость отказа коллегам в помощи и совете. Честность в отношениях с коллегами. Объективная и аргументированная критика некомпетентности коллег. Отказ от публичного сомнения в профессиональной квалификации другого врача и иных форм его дискредитации. Готовность к признанию своих ошибок. Бережное отношение к благородным традициям медицины
«Врач—общество»	Забота об общественном здоровье. Стремление к справедливому распределению ресурсов здравоохранения. Содействие врачевным объединениям и ассоциациям, активное участие в их работе, выполнение их поручений. Недопустимость саморекламы. Исключение пропаганды методов и средств оккультного характера. Доступность для средств массовой информации при пропаганде здорового образа жизни

Здоровье и общество

кажении разумного баланса норм права и морали, которое может привести к юридической или этической асимметрии в социальном нормировании общественных отношений, возникающих в процессе выполнения конкретных видов медицинской деятельности. В качестве одного из направлений совершенствования социального нормирования медицинской деятельности, значительно снижающего риск юридической или этической асимметрии, можно предложить комплексный институциональный подход.

Указанный подход нацелен на обеспечение разумного баланса урегулирования определенной разновидности однородных общественных отношений в конкретных областях медицины путем формирования социального института как комплекса норм морали и права, а также механизмов их реализации. Создание эффективных внутренних и внешних механизмов реализации представляется наиболее трудной задачей. Сравнительно большие успехи в наши дни достигнуты на пути развития правосознания и биоэтического сознания врача, высокого уровня его общей, профессиональной, правовой и биоэтической культуры. Значительно сложнее обстоит дело с применением досудебных и альтернативных механизмов урегулирования споров и конфликтов в медицине, в частности связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг [7]. К сожалению, до настоящего времени не уделяется должного внимания созданию локальных клинических комитетов по биоэтике в медицинских организациях. Н. Н. Седова верно отмечает необходимость приложения теоретических и практических усилий для определения и закрепления статуса этических комитетов и активного использования их рекомендаций [8].

Совершенствование социального нормирования медицинской деятельности должно основываться на принципе взаимодополнительности морали и права. Надежным способом достижения разумного баланса норм морали и права является комплексный институциональный подход к урегулированию определенной разновидности однородных общественных отношений в конкретных областях медицины, включающих этическую и юридическую основу, а также внешние и внутренние механизмы реализации социального института. На современном этапе развития социального нормирования медицинской деятельности особое внимание следует уделить разработке и применению действенных механизмов досудебного и судебного разрешения споров и конфликтов в медицине, а также созданию локальных клинических комитетов по биоэтике в медицинских организациях.

Выводы

1. Совершенствование социального нормирования медицинской деятельности является объективной необходимостью урегулирования соответствующих общественных отношений для достижения максимально возможной степени соответствия их

современному уровню развития медицинской науки и клинической практики.

2. Взаимосвязь биомедицинских норм с нормами морали и права обеспечивает реализацию положения о том, что медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

3. Принципы биоэтики тесно связаны с принципами и нормами медицинской этики, которые определяют содержание профессионального долга врача, что необходимо учитывать при разработке новых и совершенствовании имеющихся международных и национальных этических документов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 03.10.2022).
2. Клейнер Г. Б. Эволюция институциональных систем. М.: Наука; 2004. 240 с.
3. Сергеев В. В., Шмелев И. А., Купряхин В. А., Аськов Н. Н., Печегина Ю. С. Актуальность принципов биоэтики: монография. Самара: Самарама; 2021. 350 с.
4. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая путем аккламации 19 октября 2005 г. на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО. Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml (дата обращения 03.10.2022).
5. Капра Ф. Паутина жизни. Новое научное понимание живых систем. К.: София; М.: ИД «София»; 2003. 336 с.
6. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации. Москва, 5 октября 2012 г. Режим доступа: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=11268> (дата обращения 03.10.2022).
7. Шмелев И. А., Сергеев В. В., Купряхин В. А. Механизмы урегулирования споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(2):270—7.
8. Седова Н. Н. Еще раз — о статусе этических комитетов. *Биоэтика*. 2019;4(2):4—5.

Поступила 12.05.2022

Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Federal Law of the Russian Federation of November 21, 2011 No. 323-FL "On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation". Available at: <https://base.garant.ru/12191967/> (accessed 03.10.22) (in Russian).
2. Kleiner G. B. Evolution of institutional systems [*Evolyutsiya institutsional'nykh sistem*]. Moscow: Nauka; 2004. 240 p. (in Russian).
3. Sergeev V. V., Shmelev I. A., Kupryakhin V. A., Askov N. N., Pechegina Yu. S. The relevance of the principles of bioethics: monograph [*Aktual'nost' printsipov bioetiki: monografiya*]. Samara: Samarama; 2021. 350 p. (in Russian).
4. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, adopted by acclamation on 19 October 2005 at the 33rd session of the General Conference of UNESCO. Available at: <https://www.un.org/ru/docu>

- ments/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml (accessed 03.10.2022) (in Russian).
5. Capra F. Web of Life. New scientific understanding of living systems [*Pautina zhizni. Novoye nauchnoye ponimaniye zhivyykh sistem*]. Kiev: Sofia; Moscow: Publishing House "Sofia"; 2003. 336 p. (in Russian).
 6. The Code of Professional Ethics of a Doctor of the Russian Federation, adopted by the First National Congress of Physicians of the Russian Federation (Moscow, October 5, 2012). Available at: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=11268> (accessed 03.10.2022) (in Russian).
 7. Shmelev I. A., Sergeev V. V., Kupryakhin V. A. Mechanisms for the settlement of disputes related to the improper provision of medical services. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2021;29(2):270–7 (in Russian).
 8. Sedova N. N. Once again — on the status of ethical committees. *Bioetika = Bioethics*. 2019;24(2):4–5 (in Russian).

Амлаев К. Р., Карабахцян Г. А., Хрипунова А. А., Дахкильгова Х. Т.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВОГО ГОРОДСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ

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

В статье представлены результаты изучения мнения жителей Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) по вопросам здорового городского планирования. Большинство жителей крупных городов довольны инфраструктурой своего города, жители небольших городов СКФО удовлетворены ею в меньшей степени. При расстановке приоритетов важности решения вопросов жизнедеятельности горожан их мнения не являются солидарными и различаются в зависимости от пола, возраста и места проживания респондентов: например, строительство детских площадок приоритетно для лиц репродуктивного возраста, проживающих в небольших городах. В разработке стратегии развития своих городов хотел бы принять участие лишь каждый десятый опрошенный горожанин.

Ключевые слова: здоровое городское планирование; инфраструктура; здоровье в городах.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Карабахцян Г. А., Хрипунова А. А., Дахкильгова Х. Т. Оценка мнения жителей Северо-Кавказского федерального округа по вопросам здорового городского планирования. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):93—97. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-93-97>

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., Khripunova A. A., Dahkilgova Kh. T.

THE EVALUATION OF OPINIONS OF RESIDENTS OF THE NORTHERN CAUCASUS OKRUG ABOUT HEALTHY MUNICIPAL PLANNING ISSUES

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

The article presents the results of examination of opinions of residents of the North Caucasus Federal District concerning healthy urban planning issues. The most residents of large cities are satisfied with infrastructure of their city, while residents of small towns are less satisfied with it. The prioritization of importance of solving various problems of urban life, opinions of residents are not solidary and differ depending on age and place of residence of respondents. For example, construction of playgrounds is a priority for residents of reproductive age from small towns. Only one out of ten of respondents would like to participate in strategy of development of their cities of residence.

Keywords: healthy urban planning; health; cities.

For citation: Amlaev K. R., Karabakhtsyan G. A., Khripunova A. A., Dahkilgova Kh. T. The evaluation of opinions of residents of the Northern Caucasus Okrug about healthy municipal planning issues. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):93–97 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-93-97>

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 course of additional Professional Education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University” of the 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 11.07.2022
Accepted 31.10.2022

В ближайшие десятилетия большинство населения планеты будет жить в городах [1], это создаст возможность строить города, которые сознательно отдают приоритет здоровью и ликвидации неравенства в здоровье. По данным Организации Объединенных Наций [2], особенно высокие темпы урбанизации прогнозируются в странах с низким и средним уровнем доходов. Все программы, проекты и стратегии развития городов на длительный период разрабатываются с позиций их влияния на благополучие и здоровье жителей. Хотя плотное пересечение социальной, природной и антропогенной среды в городах дает многочисленные преимущества для здоровья, оно также может создавать серьезные риски для здоровья, благополучия и экологической

устойчивости человека [3]. Город — это источник рабочих мест, центр инноваций и создания материальных благ. Однако город — это также место, где концентрируются риски для здоровья [4].

Цель исследования — изучить мнение жителей Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) по вопросам здорового городского планирования.

Материалы и методы

Проведено одномоментное количественное исследование (самозаполнение анкет). В анкете респонденту было предложено выбрать один из нескольких вариантов ответа. Для проведения исследования было получено разрешение регионального

этического комитета. Исследование носило анонимный характер.

Анкета для респондентов содержала несколько блоков вопросов:

- Блок социально-демографический (пол, возраст, семейное положение, уровень образования и дохода, место проживания респондентов и др.).
- Блок, характеризующий состояние психического и соматического здоровья жителей, тип их досуга.
- Блок, характеризующий наличие неблагоприятных факторов по месту проживания респондентов.
- Блок, характеризующий место проживания (качество и количество зеленых зон, их доступность, безопасность и комфортность проживания).
- Блок, характеризующий отношение респондентов к важности различных задач при планировании города: улучшения управления трафиком, резервирования земли для общественных нужд.
- Блок, характеризующий потенциал участия жителей в планировании города в интересах здоровья.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS v 24.0. Качественные данные выражали долями (в процентах), для которых рассчитывали 95% доверительный интервал (95% ДИ) по методу Уилсона. Значимость различий между группами с номинальными переменными оценивали с помощью критерия χ^2 (значимыми считали различия при $p \leq 0,05$).

На вопросы анкеты в 2021 г. ответили 1920 совершеннолетних жителей СКФО, отобранных случайным образом (в девяти городах Ставропольского края, а также столицах Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской, Чеченской республик, республик Ингушетия и Северная Осетия-Алания, Республики Дагестан). Группы респондентов сравнивали в зависимости от пола, уровня жизни, места жительства, уровня образования. Социально-демографические характеристики выборки были следующими:

- женщины составляли 56,7%, мужчины — 43,3%;
- респонденты возрастной группы 18—24 лет — 40,2%, 25—39 лет — 36,1%, 40—60 лет — 19,4%, 60 лет и старше — 4,3%;
- работающие составили 44,3%, домохозяйки — 13,2%, пенсионеры — 10,5%, безработные — 1,9%, студенты — 19,6%, находящиеся на попечении — 2,9%, другое — 7,2%.

Количество опрошенных в каждом городе варьировало от 110 до 132 человек, при этом жители Ставропольского края составили 1063 человека, других регионов СКФО — 857. Собственниками жилья являлись 65,2% респондентов, при этом жили в доме или его части 38,4%, в квартире — 39,1%, в коммунальной квартире — 1,6%, в съемной кварти-

ре — 10,9%, в общежитии — 1,6%. Проживали в центре города 39,6%, за пределами центра — 45,3%, в пригородах — 15,1%. Большинство (43,6%) респондентов не состояли в браке, официально зарегистрированным брак был у 37,1%, гражданский брак — у 10,5%, разведены — 4,7%, вдовцы/вдовы составили 4,1%. Работают в промышленном секторе 19,3%, в сельском хозяйстве — 14,9%, в здравоохранении — 17,2%, в области науки/образования — 9,1%, в транспорте/связи — 7,3%, в строительстве — 3,6%, в торговле — 6,8%. Имели высшее и среднее профессиональное образование 40,5 и 24,8% опрошенных соответственно. Среднее специальное образование было у 11,2%, не имели среднего образования 14,3%, выбрали категорию «другое» 9,2% респондентов.

Результаты исследования

Достоверность представленных данных статистически значима. Респонденты оценили городскую инфраструктуру, отметив хороший уровень обслуживания в магазинах, банках (70,3%), культурный уровень города (57,6%), качество досуга (61,5%), общественный транспорт (56,5%), возможности для общественных встреч (54,9%), безопасность в микрорайоне (67,7%).

Респонденты отмечают высокий уровень культурной жизни в своих городах: самый высокий процент давших такой ответ установили в городах Грозный (85%), Махачкала (84,9%), Светлоград (76,9%). Самый низкий процент удовлетворенных культурной жизнью в городе отмечен в городе Невинномысске (27,1%). Самый высокий процент жителей, удовлетворенных качеством досуга в своих городах, зарегистрирован в городах Грозный и Махачкала, а самый низкий — в городе Новоалександровске (рис. 1).

Качественные оценки общественного транспорта в городах значительно разнятся. Полностью им удовлетворены 70,8% жителей в Грозном, 70,3% в Пятигорске, 75,9% в Нальчике, 80,7% в Махачкале. Удовлетворены качеством общественного транспорта в значительно меньшей степени жители Ставрополя и Новоалександровска (рис. 2).

Самый высокий процент респондентов, считающих, что в их городе созданы хорошие возможности для общественных встреч, отмечен в Грозном (74,3%; 95% ДИ 70,4—78,2), Нальчике (76,7%; 95% ДИ 72,6—79,5), Махачкале (71,4%; 67,6—75,2), Ставрополе (73%; 95% ДИ 69,8—77,4), а самый низкий — в Новоалександровске (3,4%; 95% ДИ 2,9—4,0).

На образ жизни человека влияет наличие или отсутствие зеленых зон по соседству с домом. Каждый пятый респондент живет вдалеке от них. Меньше всего зеленых зон в радиусе 5—7 мин ходьбы от места жительства респондентов отмечено у жителей старше 60 лет (26,8%) и 18—24 лет (23,2%).

Одной из причин недовольства условиями в жизни в городе респонденты назвали плохую экологическую обстановку (17,1%), отсутствие работы с достойной заработной платой (26,8%), неудовлетво-

Здоровье и общество

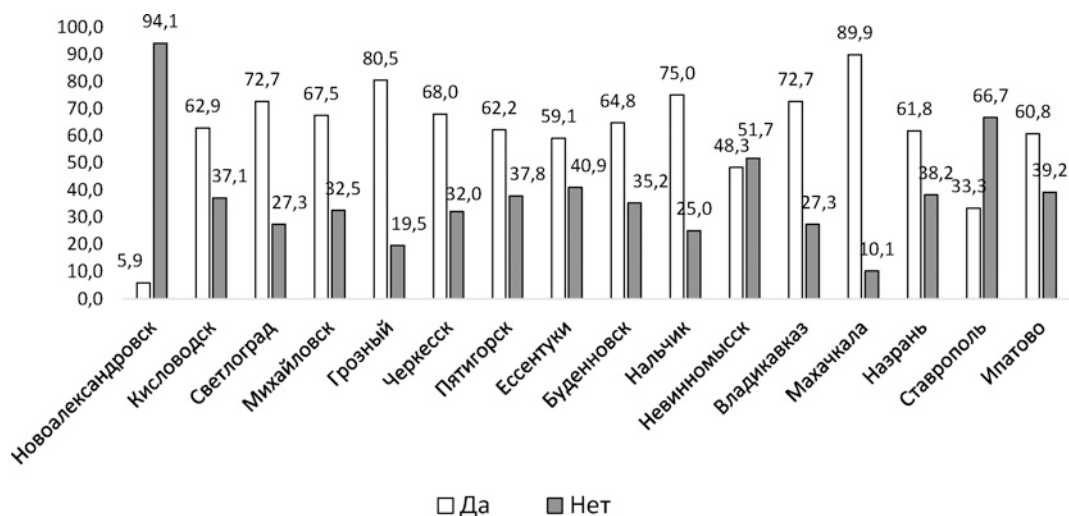


Рис. 1. Оценка респондентами возможностей досуга в своем городе (в %).

рительные условия проживания (13,2%), низкий уровень благоустройства городской среды (19,2%). Чем моложе респонденты, тем чаще они указывают на то, что экологическая обстановка в их городе плохая (21,4% в группе 18—24 лет и 3,7% в группе старше 60 лет).

В Невинномысске и Буденновске чаще всего встречаются негативные оценки состояния экологии (51,7 и 36,9% соответственно), а позитивные отмечены в Нальчике и Владикавказе (97,4 и 97,7% соответственно).

Респонденты сочли недостаточным, оценив в 1 или 2 балла, количество дошкольных учреждений (8,4 и 4,5% соответственно), школ (3,9 и 35,0%), вузов (11,2 и 21%), учреждений дополнительного образования (5,9 и 8,1%), больниц (6,4 и 10,1%), поликлиник (5,2 и 19,3%), учреждений культуры (23,9 и 10,8%), спортивных учреждений (11,6 и 15,2%), спортивных сооружений и площадок (9,0 и 23,5%), детских площадок (9,2 и 13,1%), пешеходных зон (7,8 и 18,4%), пандусов (7,7 и 13,8%), парков и скверов (9,7 и 19,4%), контейнеров для мусора (13,1 и 13,5%), общественных туалетов (15,4 и 24,7%).

В другой город хотели бы переехать 19,9%, а в другую страну — 19,1% респондентов. Наиболее часто (26,8%) встречающейся причиной такого желания является невозможность найти подходящую работу с достойной заработной платой. Больше трудностей в поиске работы с достойной зарплатой испытывают мужчины, чем женщины (31,2 и 23,5% соответственно).

Для жителей городов очень важен вопрос безопасности в различных районах проживания. Так, небезопасным свой район считают от 5,4 до 8,8% жителей, а то, что окраины города в ночное время не являются безопасными, отметили 22,8% респондентов. Свой город небезопасным чаще считают респонденты в возрасте 18—24 лет (42,8%) и 25—39 лет (30,3%; рис. 3), мужчины чаще, чем женщины (46,2 и 21,6% соответственно).

По мнению респондентов, для развития их города не очень или вообще не важны обеспечение жильем жителей с разными доходами (28,8 и 2,1%), создание возможностей для трудоустройства (24,9 и 0,6%), создание и улучшение дорог (28 и 6,1%), сохранение исторического облика (15,6 и 6,9%), управ-

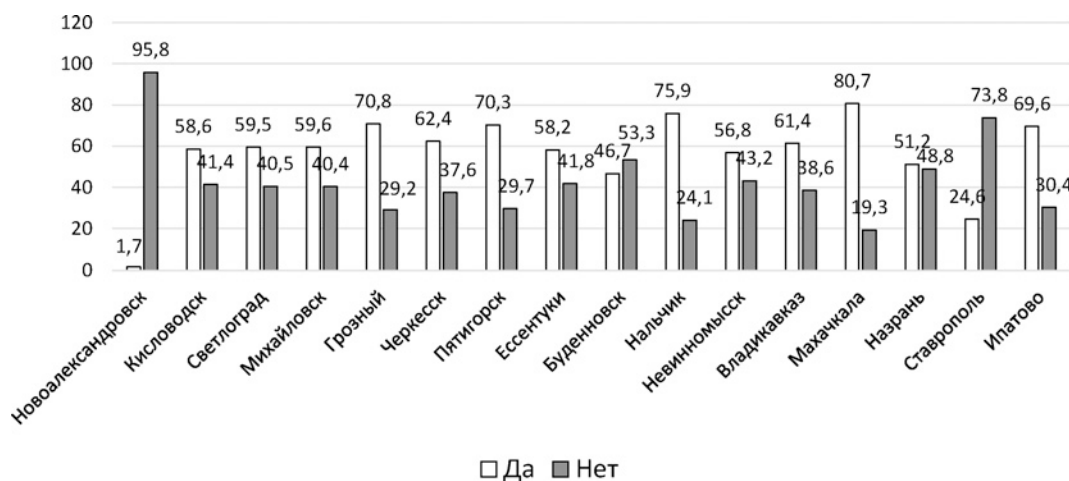


Рис. 2. Оценка респондентами состояния общественного транспорта в городах, %.

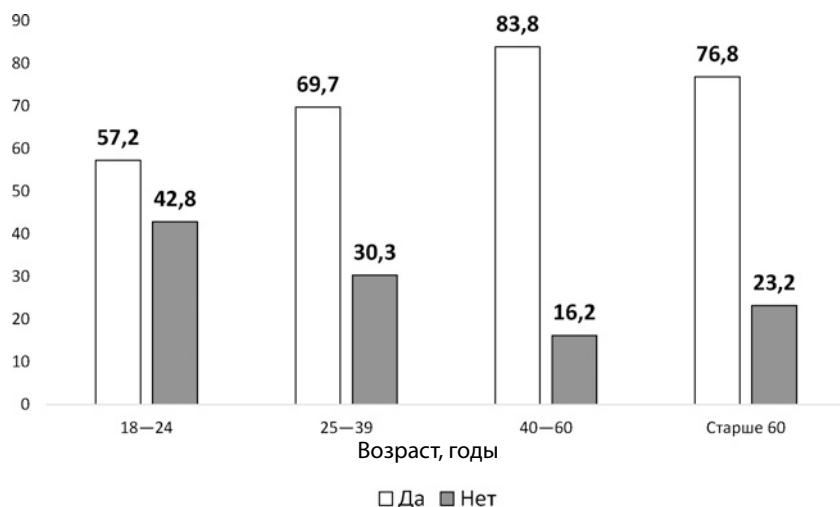


Рис. 3. Оценка респондентами безопасности своего микрорайона в зависимости от их возраста (в %).

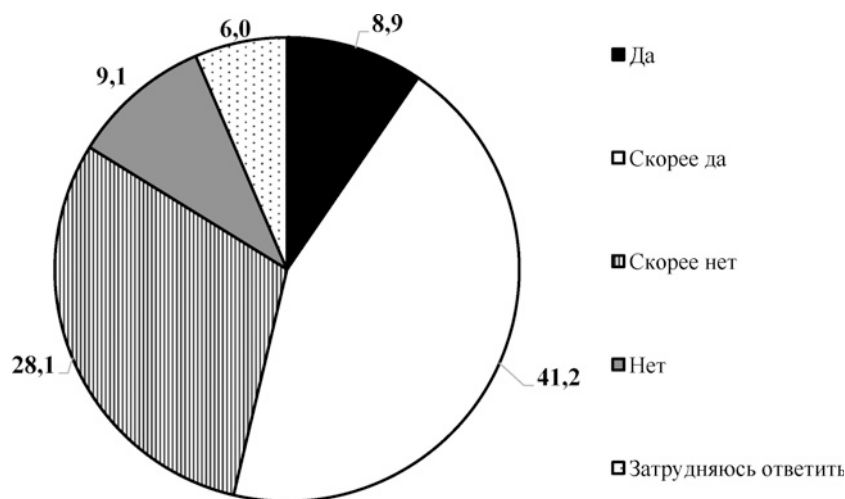


Рис. 4. Оценка респондентами желания участвовать в разработке стратегии развития своего города (в %).

ление трафиком (21 и 6,9%), улучшение качества и количества парков и зеленых зон (13,7 и 3,8%), строительство велодорожек (34,6 и 7,9%), резервирование земли для общественных нужд (26,2 и 10,8%). Было изучено мнение жителей о необходимости затрат на те или иные цели в городе проживания, которое показало, что к необходимым затратам горожане относят расходы на строительство парков и зеленых зон (53,6%), благоустройство улиц (61%), уличное освещение (38,8%), обеспечение безопасности (50,2%), детские площадки (37,8%), строительство фонтанов (16,4%).

Оценка важности затрат на строительство парков и зеленых зон выше в групп 25—39 и 40—60 лет (59,6%), ниже у горожан старше 60 лет (37,8%). Степень важности необходимости затрат на строительство парков и зеленых зон в городах различается; например, в Новоалександровске, Владикавказе и Ставрополе она высокая (98,3; 71,2 и 73,8% соответственно), а в Черкесске, Нальчике и Махачкале данному вопросу придают меньшее зна-

чение (32,8; 36,2 и 34,5% соответственно).

Необходимыми затраты на благоустройство улиц чаще считают респонденты в возрасте 40—60 и 18—24 лет (64,4 и 61,8% соответственно). Различаются мнения респондентов по вопросу необходимости затрат на благоустройство улиц в зависимости от города проживания. Поддерживают такие затраты 100% респондентов в Новоалександровске, 79,7% в Невинномысске, 73,9% в Махачкале и 73,6% в Ипатово. Менее остро данная проблема стоит во Владикавказе, где актуальным его считают лишь 33,3% жителей.

Необходимость затрат на детские площадки наиболее актуальна для респондентов в возрасте 18—24 и 40—60 лет (43,9 и 34,5% соответственно). По городам ответы жителей также различаются. Так, наиболее актуальна проблема осуществления затрат на детские площадки для Невинномысска, Ипатово, Ессентуков и Пятигорска (89; 64; 60,9 и 60,4% соответственно). Считают, что необходимо финансирование площадок для выгула собак, 93,3% жителей Новоалександровска, в то время как во Владикавказе аналогичные ответы дали лишь 23% респондентов.

Затраты на безопасность считают обоснованными 63% мужчин и 40,4% женщин, хотя обеспечение безопасности перекрестков считает актуальным меньшее количество респондентов (26,6% мужчин и 22% женщин).

В разработке стратегии развития своего города хотели бы принять участие 9,1% респондентов, а ответ «скорее да, чем нет» дали 41,2% жителей (рис. 4).

Сотрудничество различных ведомств в городах по вопросам планирования города, по мнению 14,8% респондентов, отсутствует, 33,9% считают, что оно формальное.

Респонденты считают, что вопросы и интересы здоровья при разработке и принятии градостроительных решений в их городе совершенно не учитываются (25,1%), учитываются в очень малой степени (50,6%), достаточно учитываются (15,4%), полностью учитываются (8,9%).

Выводы

Полученные в исследовании данные позволили выявить следующие тенденции.

Большинство респондентов в целом удовлетворены условиями проживания в своих городах.

Довольны качеством общественного транспорта, уровнем культурной жизни и возможностями для досуга жители столиц субъектов, в то время как жители небольших городов СКФО удовлетворены

Здоровье и общество

инфраструктурой своего города в меньшей степени.

При расстановке приоритетов важности решения различных вопросов жизнедеятельности горожан их мнения не являются солидарными и различаются в зависимости от возраста, пола, уровня образования, места проживания. Например, строительство детских площадок наиболее приоритетно для лиц репродуктивного возраста, проживающих в небольших городах.

В разработке стратегии развития своих городов хотел бы принять участие лишь каждый десятый житель, что говорит о высоком уровне социальной инертности горожан.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Salgado M., Madureira J., Mendes A. S., Torres A., Teixeira J. P., Oliveira M. D. Environmental determinants of population health in urban settings. A systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):853. Published 2020 Jun 3. doi: 10.1186/s12889-020-08905-0
2. Revision of world urbanization prospects, population division of the United Nations department of economic and social affairs. United Nations. 2018. Режим доступа: <https://www.un.org/development/desa/publications/2018-revision-of-world-urbanization-prospects.html>

3. Rydin Y., Bleahu A., Davies M. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century [published correction appears in *Lancet*. 2012 Aug 18;380(9842):650]. *Lancet*. 2012;379(9831):2079–108. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60435-8
4. Nieuwenhuijsen M. J. Urban and transport planning pathways to carbon neutral, liveable and healthy cities; A review of the current evidence. *Environ. Int.* 2020;140:105661. doi: 10.1016/j.envint.2020.105661

Поступила 11.07.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Salgado M., Madureira J., Mendes A. S., Torres A., Teixeira J. P., Oliveira M. D. Environmental determinants of population health in urban settings. A systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):853. Published 2020 Jun 3. doi: 10.1186/s12889-020-08905-0
2. Revision of world urbanization prospects, population division of the United Nations department of economic and social affairs. United Nations. 2018. Available at: <https://www.un.org/development/desa/publications/2018-revision-of-world-urbanization-prospects.html>
3. Rydin Y., Bleahu A., Davies M. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century [published correction appears in *Lancet*. 2012 Aug 18;380(9842):650]. *Lancet*. 2012;379(9831):2079–108. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60435-8
4. Nieuwenhuijsen M. J. Urban and transport planning pathways to carbon neutral, liveable and healthy cities; A review of the current evidence. *Environ. Int.* 2020;140:105661. doi: 10.1016/j.envint.2020.105661

Реформы здравоохранения

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023
УДК 614.2

Боговская Е. А.^{1,2}, Александрова О. Ю.¹, Зудин А. Б.¹

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОЕКТ НОВЕЛЛ В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ

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

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва

В статье рассмотрен проект новой редакции международных медико-санитарных правил. Оценены возможные риски, связанные с изменением документа, с позиции государств-участников, на территории которых происходят или предположительно происходят чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение.

Ключевые слова: международные медико-санитарные правила; модернизация законодательства; нормативные правовые акты; проект документа; новеллы; поправки; пандемия; эпидемия; чрезвычайные ситуации; медицинские работники; медицинские организации; организационно-правовое регулирование; здоровье.

Для цитирования: Боговская Е. А., Александрова О. Ю., Зудин А. Б. Всемирная организация здравоохранения: проект новелл в области регулирования международных медико-санитарных правил. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):98—105. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-98-105>

Для корреспонденции: Боговская Елизавета Алексеевна, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: bogovskaia@yandex.ru

Bogovskaia E.A.^{1,2}, Alexandrova O. Yu.¹, Zudin A. B.¹

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: PROJECT OF NOVELS IN THE FIELD OF CONTROLLING INTERNATIONAL MEDICAL SANITARY REGULATIONS

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

²The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education "The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia

The article considers draft of new edition of the International Health Regulations. The possible risks associated with changing of the document are evaluated from perspective of member countries, in whose territories occur or supposedly occur emergency situations in field of public health having international importance.

Keywords: WHO; UN; MSME; International Health Regulations; modernization of legislation; normative legal acts; draft; document; short stories; amendment; pandemic; epidemic; emergencies; medical worker; medical organization; organizational and legal regulation; health.

For citation: Bogovskaia E.A., Alexandrova O.Yu., Zudin A. B. The World Health Organization: Project of novels in the field of controlling international medical sanitary regulations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):98–105 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-98-105>

For correspondence: Bogovskaia E. A., candidate of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Organization of Nurse Business of the Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health" of the Minobrнаука of Russia. e-mail: bogovskaia@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.08.2022
Accepted 31.10.2022

Инфекционные заболевания представляют собой глобальную проблему¹. События последних лет являются тому неоспоримым подтверждением.

«Несмотря на достигнутый прогресс в области инфекционных заболеваний... по-прежнему существует острая потребность в исследованиях и оказании медицинской помощи. Инфекционные заболевания поражают пациентов в молодом возрасте,

приводя к более ранней смерти по сравнению с другими причинами».

Международные медико-санитарные правила (ММСП) являются одним из наиболее важных правовых документов в области глобального руководства здравоохранением «в настоящем и ближайшем будущем»².

²Официальный сайт Reuters. Режим доступа: <https://www.reuters.com/world/china/china-says-it-backs-strengthening-existing-who-pact-new-agreement-2021-11-29/> (дата обращения 17.05.2022).

¹Официальный сайт International Society for Infectious Diseases. Режим доступа: <https://isid.org/> (дата обращения 17.05.2022).

Реформы здравоохранения

Первым международным документом, затрагивающим правила в области общественного здравоохранения с целью медико-санитарной безопасности на национальном, региональном, международном уровне, стали ММСП, принятые в 1969 г. на 22-й сессии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где были определены карантинные инфекции. ММСП неоднократно модифицировались (1973, 1981), в том числе пересматривался перечень заболеваний, требующих особого контроля за распространением.

В связи с глобализацией, увеличением миграции, в том числе на международном уровне, в 2005 г. ВОЗ приняла решение о пересмотре ММСП.

ММСП 2005 г. выделили две группы «инфекционных заболеваний, которые вошли в перечень событий, что могут являть собой чрезвычайную ситуацию в системе охраны здоровья в международном масштабе». Приложение 2 ММСП дифференцирует события, выявленные национальной системой надзора, связанные с болезнями, являющимися необычными или неожиданными, которые могут серьезно влиять на здоровье населения и подлежат уведомлению: оспой, полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом, тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС) и событиями, связанными с болезнями, способными серьезно влиять на здоровье населения и быстро распространяться в международных масштабах (холера, легочная чума, желтая лихорадка, вирусная геморрагическая лихорадка Эбола, Ласса, Марбург, лихорадка Западного Нила, другие болезни, которые представляют особую национальную и региональную проблему, например лихорадка денге, лихорадка долины Рифт и менингококковая болезнь)³.

Расширение сферы применения правил ММСП 2005 г. — создание глобальной системы надзора за чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения, имеющими международное значение. Документ 2005 г. изменил сферу действия правил, определив влияние ВОЗ на более высоком международном уровне, усилив эпидемиологический надзор. Усиление связано с внесением в приложение 2 не только перечня заболеваний, требующих определенного алгоритма принятия решений на международном уровне, но и указания на то, что поводом для их использования могут быть события, имеющие неизвестные причины или источники.

Эпидемии гриппа, лихорадки Эбола и холеры вызывают значительную заболеваемость и смертность, ограничивая экономику и практику общественного здравоохранения⁴, а инфекция 2019-nCoV (COVID-19)⁵ продемонстрировала, что пандемия — это нечто гораздо большее, чем кризис в области здравоохранения.

Инфекция нанесла удар по общественной, экономической и политической жизни, а также по безопасности.

В связи с этим ВОЗ опубликовала проект нового документа от 12 апреля 2022 г. «Укрепление готовности и реагирования ВОЗ на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения»⁶.

Предлагаемые поправки к ММСП (2005) должны быть рассмотрены и утверждены Ассамблеей здравоохранения, которые при положительном решении вступают в силу для всех государств-участников на одинаковых условиях и с теми же правами и обязательствами (ст. 22 Устава ВОЗ и ст. 59—64 ММСП).

Появление данных предложений связано с катастрофическими человеческими, экономическими и социальными последствиями распространения коронавирусной инфекции (COVID-19). Для ВОЗ, как и для систем здравоохранения многих стран, это был самый сложный год за всю историю. Еще в 2020 г. в обзоре были показаны усилия ВОЗ по мобилизации сил для решения этой проблемы в рамках самой оперативной и широкомасштабной операции по борьбе с глобальной чрезвычайной ситуацией⁷.

Более 558 366 369 человек были инфицированы SARS-CoV-2 и 6 357 293⁸ погибли с тех пор, как он появился в Китае в декабре 2019 г. По мнению ВОЗ, Китай до сих пор не поделился некоторыми из своих ранних данных, которые могли бы помочь точно определить происхождение вируса⁹. Аналогичная ситуация сложилась и с информацией, предоставляемой некоторыми другими странами, например Индией.

ВОЗ выражает опасение по поводу дальнейшего распространения коронавируса и в КНДР, поскольку население этой страны не вакцинировано, а также отказывается предоставить данные о вспышке коронавируса в стране¹⁰.

Тем не менее страна заявляет, что готова работать над разработкой нового международного соглашения, которое позволит избежать «политизации, стигматизации и инструментализации»¹¹.

³ Официальный сайт ВОЗ. Режим доступа: https://web.archive.org/web/20200418084252/http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/novel-coronavirus-2019-ncov_old (дата обращения 17.05.2022).

⁴ Всемирная организация здравоохранения. Семьдесят пятая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения WHA75/18. Пункт 16.2 предварительной повестки дня 12 апреля 2022 г. Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_18-ru.pdf (дата обращения 17.05.2022).

⁵ Официальный сайт ВОЗ. Доклад о программной и финансовой деятельности ВОЗ за 2020—2021 гг., включая ревизованные финансовые отчеты за 2020 г. A74/28. 18.05.2021 (дата обращения 17.05.2022).

⁶ Официальный сайт Джо Хопкинса. Режим доступа: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

⁷ Официальный сайт Reuters. Режим доступа: <https://www.com/business/healthcare-pharmaceuticals/who-agrees-launch-negotiations-pandemic-prevention-2021-12-01/> (дата обращения 17.05.2022).

⁸ Официальный сайт РИА Новости. Режим доступа: <https://ria.ru/20220517/vspyshka-1789084611.html> (дата обращения 17.05.2022).

³ Официальный сайт ООН. Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/health_regulations.pdf (дата обращения 17.05.2022).

⁴ Официальный сайт международного общества по инфекционным болезням (ISID). Режим доступа: <https://isid.org/about-the-international-society-for-infectious-diseases/#1611872271647-2e83338d-8824> (дата обращения 17.05.2022).

Проблемы отсутствия взаимопонимания¹² порой могут носить международный характер, тем самым создавая потенциальное затруднение для реализации международных норм.

Еще в 2021 г. ВОЗ в своем докладе указала, что мировому сообществу требуется глобальный орган в области здравоохранения, возглавляющий и координирующий борьбу с пандемиями. ВОЗ как ведущее учреждение мира в сфере здравоохранения не только обладает глобальным мандатом на выполнение этих функций, но и всемирной инфраструктурой, включающей более 150 страновых бюро и шесть региональных бюро, а также признанной во всем мире легитимностью, обеспечиваемой ее государствами-членами, каждое из которых имеет право голоса и право на учет своих мнений в работе ВОЗ (п. 2)¹³.

Масштабы пандемии COVID-19 поражают воображение прежде всего численностью затронутых ею людей, однако самыми пострадавшими из них оказались бедные и маргинализованные группы населения, что еще больше усугубило существующее неравенство. Пандемия также вызвала непредвиденные сбои в деятельности ВОЗ по достижению целей «трех миллиардов», заставляя ее переориентировать ресурсы, в том числе персонал, на выполнение первоочередных для всей Организации задач по борьбе с инфекцией. В результате перебоев в оказании основных видов медицинской помощи, которые были наиболее серьезными в периоды локдауна, но в условиях перегрузки систем здравоохранения продолжают до сих пор, миллионы людей не смогли воспользоваться необходимым медицинским обслуживанием. В некоторых районах это может свести на нет десятилетия прогресса в области развития (ст. 3)¹⁴.

Планируемые новеллы (ст. 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 48, 49, 53, 59) ММСП вносят значительные изменения в документ, действующий на данный момент¹⁵.

При рассмотрении и анализе проекта нового документа у нас возник ряд вопросов как в части формирования самих норм, так и в части их реализации.

Обращаясь к первой статье (ст. 5), в которую внесены изменения, мы видим, что предлагается к уже существующей ранее позиции, указывающей на необходимость укреплять и поддерживать возмож-

ности для выявления, оценки, уведомления и сообщения о чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, добавить и оценку потенциала государств. Если в результате обзора будут выявлены трудности и нехватка ресурсов, то ВОЗ и ее региональные бюро будут предоставлять и обеспечивать техническую поддержку и оказывать «содействия в мобилизации финансовых ресурсов» (п. 1 ст. 5).

Возникает вопрос, в чем будет заключаться поддержка и мобилизация ресурсов, за чей счет и как в дальнейшем планируется возмещение данных действий и затраченных ресурсов. Какое государство-участник должно обратиться с просьбой: само государство, где возникло событие, или любое государство-участник? Какие последствия могут возникнуть, если государство не будет обращаться за поддержкой, но в ходе обзора выявят «нехватку ресурсов и другие трудности». И что вкладывается в формулировку самого понятия «трудности в достижении этих возможностей»?

Также данная новелла в статье указывает на необходимость разработки критериев раннего предупреждения для оценки и постепенной корректировки уровня национального, регионального или глобального *риска*, связанного с событием, причины или происхождение которого неизвестны, и в соответствующих случаях указывает на необходимость доводить эту оценку риска до сведения государств-участников. Анализ этого положения не дает ответа на вопрос, планирует ли ВОЗ согласовывать разрабатываемые критерии со всеми государствами-участниками, а также как и в течение какого времени возможен их пересмотр (и возможен ли вообще) в зависимости от получения новой информации о заболевании.

Не совсем ясно, как возможно провести раннее прогнозирование и предупреждение глобального риска, о котором сказано в новелле, если оценка риска будет проводиться только «на имеющихся знаниях», а также потенциальном риске «распространения и серьезного воздействия на здоровье населения исходя из оценки степени контагиозности и тяжести заболевания». Данная позиция в реализации маловероятна, учитывая, что новые инфекции, требующие быстрого реагирования, недостаточно изучены и невозможно однозначно прогнозировать их дальнейшее распространение, тяжесть, летальность.

Вносимые изменения очень важны, так как **будут касаться реализации прав и обязанностей человека и гражданина. Необходимо отметить, что не указаны и последствия ошибочных выводов при составлении прогнозов и рисков.**

Новелла п. 1 ст. 6 корректирует значимую информацию, охватывающую вопросы обмена данными, в том числе данными о генетических последовательностях (секвенировании генома).

Не ясна причина невнесения в п. 2 ст. 6 поправки, указывающей на необходимость каждого государства-участника уведомлять ВОЗ подробной «медико-санитарной информацией, касающейся любых потенциальных чрезвычайных ситуаций в обла-

¹¹ Официальный сайт Reuters. Режим доступа: <https://www.reuters.com/world/china/china-says-it-backs-strengthening-existing-who-pact-new-agreement-2021-11-29/> (дата обращения 17.05.2022).

¹² Официальный сайт РИА Новости. Режим доступа: <https://ria.ru/20220515/ubiystva-1788539915.html> (дата обращения 17.05.2022).

¹³ Официальный сайт ВОЗ. Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_28-ru.pdf (дата обращения 17.05.2022).

¹⁴ Официальный сайт ВОЗ. Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_28-ru.pdf (дата обращения 17.05.2022).

¹⁵ Предполагаемый текст поправок к ММСП (2005). Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_18-ru.pdf (дата обращения 17.05.2022).

Реформы здравоохранения

сти общественного здравоохранения», а не только имеющих международное значение, поскольку иногда невозможно сразу объективно оценить масштаб инфекционного процесса, а также какой характер носит данная угроза — национальный/региональный/международный, — учитывая, что каждое государство может это оценить на свое усмотрение.

Исключение из ст. 9 положения о необходимости консультирования и предпринятия попытки получить подтверждение информации от государства-участника, на территории которого предположительно происходит чрезвычайное событие, до совершения любых действий ВОЗ **формирует возможность одностороннего принятия решения** о дальнейших действиях ВОЗ без страны-участника.

Дополнение п. 1 ст. 10 вносит серьезные изменения, касающиеся **времени реагирования**. Новелла, определяющая временной отрезок в 24 ч, обязывает ВОЗ предложить государству-участнику проверить «сообщения из иных источников, помимо уведомлений или консультаций, в отношении событий, которые могут представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, предположительно происходящих на территории этого государства».

Изменение **п. 3 ст. 10** обязывает государство-участника **в течение 24 ч** принять предложение о сотрудничестве с другими организациями, занимающимися разработкой стандартов, а также предложение по мобилизации международной помощи в целях оказания национальным органам поддержки в проведении или координации оценок на местах.

Новеллой 3 bis формируется полностью новая позиция: возможность государством-участником запросить в течение 24 ч после получения предложения ВОЗ о сотрудничестве дополнительную информацию, подтверждающую это предложение, и обязанность ВОЗ предоставить такую информацию в течение 24 ч.

Данная новелла также указывает, что непринятие государством-участником предложения о сотрудничестве в течение 48 ч расценивается как отказ, что влечет за собой **«незамедлительное предоставление** другим государствам-участникам той информации, которой она располагает, продолжая предлагать государству-участнику сотрудничество с ВОЗ» (п. 4 ст. 10). Необходимо подчеркнуть, что **изменения, вносимые в ММСП, исключают мнение государства-участника**, на территории которого предположительно происходит чрезвычайное положение, при том что **медико-санитарная информация в открытом доступе (п. 1 ст. 11)**, на которую ссылается данный документ, может быть не всегда достоверной, учитывая, что новелла не указывает необходимую степень официальности источника. Применение данного нового положения ММСП **может носить отрицательный характер для статуса** страны (иметь высокие экономические расходы последствия) как для государства и для физических лиц, находящихся на ее территории (на-

пример, при отказе в сообщениях между странами, в международных перевозках), особенно при повторяющейся негативной медико-санитарной информации.

П. 2 ст. 11 дополнен новым подпунктом «е», где указано, что «ВОЗ считает необходимым, предоставлять такую информацию в распоряжение других государств-участников для проведения обоснованной и своевременной оценки рисков». **К сожалению, данный подпункт не уточняет, каковы должны быть критерии обоснованности и своевременности оценки предполагаемых рисков, кто их будет создавать и утверждать, могут ли они быть пересмотрены или отменены.**

Измененный п. 3 ст. 11 с момента вступления новелл в силу будет **разрешать ВОЗ только ставить государство-участника в известность** о планах **предоставлять информацию**, а не проводить консультации со страной о намерении, как предусматривалось ранее, притом п. 4 данной статьи указывает, что информация **предоставляется «широкой общественности»**.

Последствия предоставления такой информации, особенно если источник мало проверен, могут носить непоправимый характер для имиджа страны.

Новый п. 5 ст. 11 определяет, что ВОЗ ежегодно будет представлять Ассамблее здравоохранения доклад обо всех видах деятельности, включая случаи обмена информацией, не проверенной государством-участником, на территории которого происходит или предположительно происходит событие, способное представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, с государствами-участниками через системы оповещения. К сожалению, данный новый пункт не конкретизирует результаты такого доклада: должна ли быть вся информация обобщена и систематизирована, не указываются и последствия для всех сторон при неблагоприятном исходе (возникновении эпидемии/пандемии) и/или при принятии необоснованных действий при ошибочных выводах, сделанных из медико-санитарной информации, полученной из «открытого доступа».

Изменения затронули и ст. 12 правил, начиная уже с ее названия, вводятся понятия не только чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, но и чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей региональное значение, или промежуточного предупреждения об опасности для здоровья.

В данной статье Генеральному директору предоставляется **единоличное решение** определять на основе полученной информации, является ли это событие чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, в соответствии с критериями и процедурой, установленными в Правилах.

П. 2 ст. 12 был дополнен **существенными изменениями**, которые регламентируют с момента всту-

пления акта необходимость в уведомлении и принятии мер для консультации с государством, на территории которого происходит событие, в отношении этого предварительного определения, а также **возможность запросить мнение** Комитета по чрезвычайным ситуациям теперь не только при **реально сложившейся чрезвычайной ситуации**, но и при **потенциальной ситуации**.

Стоит подчеркнуть, что регламентируется **«возможность»**, а не **обязанность Генерального директора запросить** мнение Комитета, т. е. принятие решения в отношении целого государства с сотнями городов и миллионами жителей **делегуруется одному лицу**.

Также с введением новых норм не будет необходимости для получения временных рекомендаций Комитета по чрезвычайным ситуациям Генеральному директору **иметь согласие государства-участника** (на территории которого происходит событие) о чрезвычайности данной ситуации в области общественного здравоохранения в связи с **исключением данной позиции из новой редакции**.

Полностью исключается п. 3 ст. 12, указывающий на последствия при отсутствии согласия с решением (между Генеральным директором и государством, на территории которого происходит событие), является событие чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения или нет.

С введением ММСП с новыми поправками при решении вопроса о том, является ли событие чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, будет требоваться не только общедоступная или предоставленная иным образом информация от государства-участника, но и информация от других государств-участников. Цель введения данной нормы не совсем ясна ввиду того, что нет разъяснений как, в каком порядке, где, на основании каких документов **будет собираться информация** о событии, при том что лучше самого государства, где происходит предположительно чрезвычайное событие, никто не сможет предоставить материал.

Также нужно отметить, что для **объявления о завершении чрезвычайной ситуации** с введением новой редакции будет требоваться не только мнение Генерального директора (после консультации с государством-участником), но и мнение Комитета по чрезвычайным ситуациям и соответствующих государств-участников.

Шестой пункт вышеуказанной статьи вводит полностью новое положение: если какое-либо событие не отвечает критериям чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, но Генеральный директор определил, что это событие требует **повышения информированности международного сообщества** и возможного **принятия ответных мер в области общественного здравоохранения на международном уровне**, Генеральный директор на основе полученной информации может в любое время **выпустить промежуточное предупреждение**

государств-участников об опасности для здоровья и провести консультации с Комитетом по чрезвычайной ситуации в соответствии с процедурой, т. е. с введением данной нормы не только **чрезвычайная ситуация будет иметь последствие** для государства, но и **просто событие, требующее повышенной информированности**. Будет ли это решение Генерального директора сопровождаться правовыми и организационными последствиями для государства в новой редакции, **тоже не определено**.

Новый п. 7 ст. 12 устанавливает, что теперь и **«региональный директор** может определить, что какое-либо событие является чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей региональное значение, и предоставить соответствующие рекомендации государствам-участникам в регионе либо до, либо после уведомления о событии, которое может являться чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, Генерального директора, который оповестит об этом все государства-участники».

Стоит подчеркнуть, что в новелле **отсутствуют пояснения** в отношении действий регионального директора: должен ли он выносить данное определение после консультации с государством-участником, где предположительно происходит событие, или нет. Также из нового текста не ясно, как будет проходить оповещение всех государств-участников Генеральным директором: **без предварительной консультации** с государством-участником, на территории которого происходит чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения?

Ст. 13 правил тоже подверглась изменениям. В документе 2005 г. сотрудничество в принятии ответных мер в связи с рисками регламентировало **изъявление просьбы государства** — участника ВОЗ. С **введением поправок это больше не требуется**. Более того, теперь принятие/отклонение предложения о помощи строго ограничено **48 часами**; в случае отклонения необходим мотивированный отказ, о котором будут информированы другие государства.

В п. 4 ст. 13 планируются модификации. Предыдущая формулировка определяла **«возможность»** предложения ВОЗ помощи государству-участнику, включая оценку серьезности международного риска и адекватности мер контроля, **в новой редакции «возможность» сохраняется только в отношении предложения мобилизации международной помощи** в целях оказания национальным органам поддержки в проведении и координации оценки на местах и получения информации в поддержку такого решения.

Серьезной новеллой является необходимость государству предпринимать **меры для обеспечения временного доступа к соответствующим объектам**. К сожалению, **документ не указывает, кому, на какой период времени данная возможность должна быть предоставлена и как будут форми-**

Реформы здравоохранения

роваться международные нормы и документы внутреннего законодательства для проведения данных действий.

Ст. 15, определяющая временные рекомендации, изменена **путем включения необходимости направления групп экспертов**. Новелла не поясняет, куда и на какое время эти группы могут направляться на территорию чужой страны.

Редакцией ст. 18, дающей рекомендации в отношении лиц, багажа, грузов, контейнеров, перевозочных средств, товаров и почтовых посылок, вносится много изменений, в том числе необходимость проведения консультаций Генерального директора с соответствующими международными учреждениями (ИКАО, ИМО и ВТО) при разработке временных рекомендаций. Новелла констатирует, что это необходимо для того, «чтобы не создавать излишних препятствий для международных поездок и торговли».

Стоит указать, что не понятна новая формулировка, внесенная в вышеуказанную статью: **«соответствующее освобождение основных медицинских работников и основных изделий и материалов медицинского назначения от ограничений на поездки и торговлю»**.

Что следует понимать под «соответствующим освобождением» и кто такие **«основные медицинские работники»**, что такое «основные изделия и материалы медицинского назначения»?

Что значит «ограничения на поездку»? Как эти медицинские работники могут быть **допущены до поездок** и кем? Какие документы должны определять и доказывать **статус (права и обязанности) этих медицинских работников** (новый п. 3)?

Не конкретизированы **специальности и должности** данных медицинских работников. Будет ли сформирован определенный **реестр этих лиц**? Кто и по каким критериям будет его формировать, вести и контролировать? Какие **полномочия** могут быть у этих лиц, могут ли данные полномочия делегироваться? Могут ли данные медицинские работники (являющиеся, по-видимому, лицами — представителями иных государств) **обязывать** лиц-граждан выполнять какие-либо **предписания, ограничения** и т. д. Как, кем и за счет каких государств будет проводится **финансирование** действий данных медицинских работников? Как и за счет кого планируется предоставление **социальной защиты работников здравоохранения**, с учетом того, что при последней пандемии, по данным ВОЗ, в период с 2020 г. по май 2022 г. погибли около 115 тыс. человек¹⁶? Какие правовые последствия будут и на кого возложат ответственность, в том числе финансовую, при неправомерных действиях данных лиц? Будут ли действия **медицинских работников рассматриваться как трудовая функция или в каком-то другом ракурсе**? Ну и самый главный вопрос: с ка-

кой **целью формируются понятие и пул «основные медицинские работники»?**

Новый п. 4 ст. 18 регламентирует необходимость государств-участников прилагать разумные усилия, принимая во внимание соответствующее международное право, для обеспечения того, чтобы иметь план действий на случай непредвиденных обстоятельств, для обеспечения возможности **перемещения медицинских работников** и чтобы торговые ограничения предусматривали защиту цепочек поставок для производства и транспортировки основных изделий и материалов медицинского назначения.

Особого внимания заслуживает **пп. «d» п. 4 ст. 18**, который указывает на необходимость своевременной **репатриации лиц**, совершающих поездки. Пункт не дает разъяснения об информации, касающейся формулировки «научно обоснованных мер по предупреждению распространения заболеваний». Кто будет определять и утверждать данные меры, в какой период времени они могут быть рассмотрены и т. д. Значимость данных новелл не может быть переоценена, поскольку затрагивает базовые права и обязанности.

Нет трактовки и по лицам (пп. «d» п. 4 ст. 18). Должен ли подвергающийся репатриации быть **боллен/инфицирован или любой человек**, не являющийся гражданином данного государства, может быть подвергнут репатриации? Как, через какое время и в течение какого срока данное лицо будет иметь право продолжать совершать поездки? Будут ли условия репатриации идентичны во всех странах? Планируется ли возмещение расходов лицам, совершающим поездки, за репатриацию?

Как вопрос **репатриации будет касаться «основных медицинских работников», не являющихся гражданами, при их инфицировании/заболевании**? Смогут ли они пройти лечение на территории государства, где находятся (и за чей счет), а затем вновь приступить к своей работе/трудовым функциям?

Модернизация затронула и ст. 48: она дополнена необходимостью участия директоров региональных бюро из любого затронутого региона входить в комитет по чрезвычайным ситуациям, а также учитывать возрастную и **гендерную представленность** для отбора членов данного комитета. Как этот вопрос будет реализован при отсутствии специалистов, отвечающих именно данным критериям (возраст, пол), не уточняется.

Позитивным является введение в эту статью информации о необходимости **подготовки членов по вопросам использования** ММСП для участия в работе Комитета. Однако не совсем ясна цель модификации формулировки, касающейся экспертов, назначенных «другими затронутыми государствами-участниками», если они и так должны быть делегированы, поскольку их страны **затронуты «соответствующим событием»**.

Редакция ст. 48 пытается ввести новую **дефиницию** — **«затронутое государство-участник»**,

¹⁶ Официальный сайт ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2022.1> (дата обращения 17.05.2022).

определяя, что это означает государство-участник, которое затронуто соответствующим событием либо ввиду географической близости, **либо «иным образом»**, но далее не дается расшифровка географической близости? Это будет касаться только прилегающих территорий с близким приграничным проживанием населения, или вопрос будет заключаться в непосредственном контакте границ государств? Или к данной категории можно будет отнести государство, которое имело иные «контакты» (например, при грузоперевозках, поскольку распространение может происходить именно таким путем, даже при отсутствии близких границ)?

Особенно много вопросов возникает при прочтении фразы «...либо иным образом»: что данная формулировка имеет в виду, кто будет при каждом событии это оценивать, каковы будут критерии этой оценки?

Статья, определяющая «Процедуру» (*ст. 49*), **вводит 3 bis**, указывающий на возможность выразить особое профессиональное мнение в отдельном или групповом докладе, если «комитет по чрезвычайной ситуации не достиг единогласия в отношении своих выводов». Тем не менее новая норма не дает конкретизации и последствий после выражения «особого мнения».

«*3 ter*» *ст. 9* вводит новое положение: состав Комитета по чрезвычайной ситуации и его полные доклады доводятся до сведения государств-участников. **Тем не менее в новой позиции отсутствует трактовка, через какое время** после утверждения состава Комитета доклады доводятся до государств-участников, могут ли подвергаться **пересмотру при несогласии** данные положения.

П. 4 ст. 49 также модифицирован, введена не только возможность государству-участнику выразить свое особое профессиональное мнение Комитету по чрезвычайным ситуациям, но и **затронутым государствам-участникам**. К сожалению, норма не поясняет, будет ли это мнение учитываться при принятии дальнейших решений, за кем будет закреплен **приоритет** при принятии решения.

Не ясна и необходимость модернизации *п. 7* вышеуказанной статьи, которая имеет возможность предложить **именно государствам-участникам**, на территории которых **происходит** данное событие, **объявить о завершении чрезвычайной ситуации** в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение и/или о прекращении действия временных рекомендаций. С введением поправок эта возможность адресуется теперь **затронутым государствам-участникам**.

Новая глава IV (ст. 53 bis-quarter) определяет, что Комитет по обеспечению соблюдения учреждается Государствами-участниками. Он отвечает за:

- рассмотрение информации, представленной ему ВОЗ и государствами-участниками, в отношении соблюдения обязательств, предусмотренных ММСП (пп. «а»);
- осуществление контроля, консультирование и/или содействие оказанию помощи по вопро-

сам, касающимся соблюдения в целях оказания государствам-участникам содействия (пп. «b»);

- оказание содействия соблюдению путем рассмотрения вопросов, вызывающих озабоченность государств-участников, в отношении выполнения и соблюдения обязательств (пп. «с»);

- представление ежегодного доклада на каждой сессии Ассамблеи здравоохранения, касающейся работы, вопросов озабоченности, выводов и рекомендаций (пп. «d»).

Новый *п. 2 ст. 53* дает возможность Комитету запрашивать **дополнительную информацию, с согласия любого соответствующего государства-участника осуществлять сбор и рассмотрение информации на территории** этого государства-участника, обращаться за помощью к экспертам и консультантам, включая в соответствующих случаях представителей НПО или общественности, предоставлять рекомендации соответствующему государству-участнику и/или ВОЗ в отношении того, каким образом государство-участник может обеспечить более полное соблюдение требований, а также любые рекомендации в отношении технического содействия и финансовой поддержки.

В данной новелле **не ясны критерии запроса** дополнительной информации, способ **осуществления сбора данной информации**, а также **кто будет контролировать ее сбор и трактовку**, будет ли возможность **отзыва согласия на сбор** данной информации у государства-участника, как быстро и какие последствия будут возникать при несоблюдении предоставленных государству-участнику рекомендаций по соблюдению требований в отношении технического содействия и финансовой поддержки.

П. 3 новой статьи вводит несколько положений: возможность государствам-участникам от каждого региона назначать шесть правительственных экспертов в члены Комитета по обеспечению соблюдения, срок функционирования данного Комитета составляет 4 года, число совещаний — три в год.

53 ter. Ведение дел. Новые пункты 1 и 2 регламентируют, что Комитет по обеспечению соблюдения стремится выработать свои рекомендации на основе консенсуса и имеет возможность обратиться к Генеральному директору с просьбой назначить представителей ООН, ее учреждений и межправительственных/неправительственных организаций, находящихся в отношениях с ВОЗ, для участия в заседаниях Комитета в соответствующих случаях, для рассмотрения какого-либо конкретного обсуждаемого вопроса

Не ясны цель и последствия вводимой новеллы, в том числе: **категорийность вводимого оценочно-определения «консенсус»**.

Большая российская энциклопедия дает определение понятия «консенсус», **используемого в юриспруденции как метод «выработки и принятия правовых решений и актов** (особенно в сфере меж-

Реформы здравоохранения

дународного права) на основе общего согласия участников переговоров без проведения формального голосования и при отсутствии возражений, формально заявленных хотя бы одним из участников. Подобная практика распространена в ООН и некоторых других международных организациях» [1].

Возникает ряд вопросов, в том числе о **равенстве** участников переговоров, какое и **за кем** будет окончательное решение, какими будут правовые **последствия** при несогласии государства, где происходит событие или, по мнению Комитета, есть «риски»?

Будет ли принятое решение утверждаться путем **голосования или приниматься ответственным лицом (Генеральным директором) или, например, Комитетом**. Если не будет единогласного мнения, кто **должен «уступить»: государство на территории, где происходит событие, или иные государства? Будут ли предусмотрены фасилитаторы** (англ. *facilitator* — «посредник»), **тайм-киперы** (англ. *timekeeper* — «следящий за временем») [2], собственные международной практике при достижении консенсусов?

Последние новеллы вводятся ст. 59: сроки отклонения поправки к Правилам или оговорки к ней теперь будут **составлять 6 мес** с даты уведомления Генеральным директором о принятии поправки к Правилам Ассамблеи здравоохранения. При невозможности государством полностью согласовывать свои внутренние законодательные и административные механизмы в течение данного срока государство направляет Генеральному директору заявление, если это применимо, и «согласовывает их не позднее чем через 12 мес после вступления в силу Правил или поправок к ним для этого государства-участника».

Заключение

ММСП — один из важнейших международных документов, регулирующих безопасность государств при глобальных неблагоприятных процессах.

Процессы последних нескольких лет, в том числе COVID-19, показали необходимость модернизации международных норм, требующих большой гибкости и адаптивности. Пандемия подтвердила важность и взаимосвязанность целей «трех миллиардов». Она показала, что более здоровое и устойчивое к внешним воздействиям общество способно более эффективно реагировать на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения. Она продемонстрировала необходимость обеспечения всех людей основными услугами здравоохранения, поскольку

тенденции распространения болезни четко отражали существующие факторы социального неравенства. И она красноречиво свидетельствовала о том, что противостоять инфекции можно только путем более широкого объединения всех общественных сил и в духе глобальной солидарности (ст. 5)¹⁷.

Новая редакция ММСП является долгожданной и актуальной в свете тяжелых последствий новой инфекции. Тем не менее существует объективная необходимость дальнейшего обсуждения и совершенствования предложенных новелл, поскольку при анализе поправок возникает множество вопросов, основными из них являются вопросы ответственности за неправильную трактовку чрезвычайной ситуации/события и принятия ответных мер в области общественного здравоохранения на международном/региональном уровне, а также возможного участия в принятии решений при чрезвычайных ситуациях альтернативных структур, таких как недавно созданная международная организация Всемирный совет здоровья, в которую входят около 130 организаций из более чем 40 стран, медицинские работники с мировыми именами¹⁸.

С введением новой редакции ММСП возрастают риски принятия решений без учета мнения государства-участника, на территории которого происходит или предположительно происходит чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов Ю. Н., Савельева О. О. Консенсус. В кн.: Большая российская энциклопедия: в 35 томах. Т. 15. М.; 2010. С. 70.
2. Hartnett T. Consensus-Oriented Decision-Making: The CODM Model for Facilitating Groups to Widespread Agreement. New Society Publishers; 2011. 208 p.

Поступила 10.08.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Davydov Yu. N., Savelieva O. O. Consensus. In: Great Russian Encyclopedia [*Bol'shaya Roosiyskaya Entsiklopediya*]. In 35 vol. Vol 15. Moscow; 2010. P. 70 (in Russian).
2. Hartnett T. Consensus-Oriented Decision-Making: The CODM Model for Facilitating Groups to Widespread Agreement. New Society Publishers; 2011. 208 p.

¹⁷ Официальный сайт ВОЗ. Доклад о программной и финансовой деятельности ВОЗ за 2020—2021 гг., включая ревизованные финансовые отчеты за 2020 г. А74/28. 18.05.2021 (дата обращения 17.05.2022).

¹⁸ Официальный сайт Всемирного совета по здравоохранению. Режим доступа: <https://worldcouncilforhealth.org/about#steering-committee> (дата обращения 17.05.2022).

© ШЛЯФЕР С. И., 2023
УДК 614.2**Шляфер С. И.****СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ НАСЕЛЕНИЮ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: АНАЛИЗ РАБОТЫ**ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254,
г. Москва

Важным направлением национального проекта «Здравоохранение» является совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи, внедрение стационарзамещающих технологий.

Цель исследования — оценить работу стационарзамещающей формы оказания медицинской помощи на дому (стационаров на дому) населению Российской Федерации за 2006—2020 гг.

Проанализированы нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность стационарзамещающей формы оказания медицинской помощи на дому (стационаров на дому) для взрослых и детей, отчетные формы отраслевого статистического наблюдения № 14дс за 2006—2018 гг. В 2019—2020 гг. в форме № 14дс заполнялись единые данные о работе и составе пролеченных пациентов в дневных стационарах и стационарах на дому медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Выполненное углубленное исследование позволило выделить сведения о деятельности стационаров на дому для взрослых и детей и изучить их работу в динамике за 15 лет. Использованы методы: контент-анализ, статистический, аналитический.

Проведенное изучение данных за 2006—2020 гг. определило рост числа пролеченных взрослых пациентов в стационарах на дому на 27,9%, детей — на 15%.

Распределение числа пролеченных взрослых и детей в стационарах на дому на 1 тыс. соответствующего населения по субъектам свидетельствует о значительном их колебании.

За 15 лет установлено, что в структуре пролеченных взрослых пациентов уменьшилась доля лиц с болезнями системы кровообращения с 62,2 до 31,5%, костно-мышечной системы и соединительной ткани — с 11,7 до 7,4%, у детей с болезнями органов дыхания — с 81,9 до 63,4%, с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями — с 7,7 до 3%, болезнями органов пищеварения — с 3,6 до 3,2%.

В стране за 2019—2020 гг. в стационарах на дому увеличилось число пролеченных взрослых в 1,8 раза, детей — в 2,3 раза, изменился их состав, что связано с лечением пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях перепрофилирования большинства медицинских организаций в инфекционные стационары.

Ключевые слова: стационарзамещающая форма; дети; взрослые; пациенты; класс болезни; COVID-19; средняя длительность пребывания.

Для цитирования: Шляфер С. И. Стационарзамещающая форма оказания медицинской помощи на дому населению Российской Федерации: анализ работы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):106—111. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-106-111>

Для корреспонденции: Шляфер София Исааковна, д-р мед. наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: sofya@mail.ru

Shlyafers S. I.**THE HOSPITAL SUBSTITUTION FORM OF HOME MEDICAL CARE OF POPULATION OF THE RUSSIAN
FEDERATION: THE ANALYSIS OF FUNCTIONING**

The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of
Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The important direction of the National Project “Health Care” are improvement of primary health care system, including introduction of hospital-replacing technologies.

The purpose of the study is to evaluate functioning of hospital-substituting form of home medical care (home hospitals) to population of the Russian Federation in 2006–2020.

The normative legal documents regulating activities of stationary-substituting form of home medical care (home hospitals) for adults and children, reporting forms of sectoral statistical observation № 14ds for 2006–2018 were analyzed. In 2019–2020, unified data on functioning of day hospitals and home hospitals and composition of patients treated there of medical organizations providing medical care on out-patient basis was filled in form № 14ds. The in-depth analysis permitted to extract information about activities of home hospitals for adults and children and to study their functioning in dynamics for 15 years. The content analysis, statistical and analytical methods were applied.

The examination of data for 2006–2020 established increasing of number of treated adult patients in home hospitals up to 27.9% and children up to 15.0%.

The distribution of the number of treated adults and children in hospitals at home per 1000 of the corresponding population by subjects indicates their significant fluctuation.

For 15 years, it has been established that in the structure of treated adult patients, the proportion of people with diseases of the circulatory system has decreased from 62.2 to 31.5%, the musculoskeletal system and connective tissue — from 11.7 to 7.4%; in children — with respiratory diseases from 81.9 to 63.4%, some infectious and parasitic diseases — from 7.7 to 3.0%, diseases of the digestive system — from 3.6 to 3.2%.

In the country for 2019–2020 in hospitals at home, the number of treated adults significantly increased by 1.8 times, children — by 2.3 times, the composition of those treated has changed, which is associated with the treatment of patients with a new coronavirus infection COVID-19 in them under conditions re-profiling of the majority of medical organizations into infectious diseases hospitals.

Keywords: hospital-substituting form; hospital at home; children; adults; patients; disease class; COVID-19; average length of stay.

Реформы здравоохранения

For citation: Shlyafers S. I. The hospital substitution form of home medical care of population of the Russian Federation: the analysis of functioning. *Problemi socialnoi gigieni, zdavoookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(1):106–111 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-106-111>

For correspondence: Shlyafers S. I., doctor of medical sciences, the Major 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 10.08.2022

Accepted 31.10.2022

В современных условиях представляет значимость организация стационарзамещающих технологий. Стационарзамещающей формой оказания медицинской помощи на дому является стационар на дому [1].

В настоящее время работа стационаров на дому для взрослых регламентирована приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового»¹, от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»².

В нормативно-правовых документах указано, что стационар на дому для взрослых организуется для оказания медицинской помощи пациентам с острыми и хроническими заболеваниями и их обострениями, которые нуждаются в стационарном лечении, но не направленным в медицинскую организацию, оказывающую помощь в стационарных условиях, в том случае, если состояние здоровья пациента и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому² [2].

Деятельность стационаров на дому для детей определена в приказах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.01.2007 № 56 «Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники»³, от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»⁴.

Материалы и методы

Анализировались приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации, регламентирующие деятельность стационаров на дому для взрослых и детей.

Для оценки основных показателей работы стационаров на дому использованы данные формы отраслевого статистического наблюдения № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций» за 2006—2018 гг. Начиная с 2019 г. в форме № 14дс заполняются единые сведения о работе и составе пролеченных пациентов в дневных стационарах и стационарах на дому медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Проведенное углубленное исследование позволило выделить данные о деятельности стационаров на дому для взрослых и детей в 2019—2020 гг., выполнить анализ их работы и изучить состав пролеченных пациентов за 15 лет. Использованы методы исследования: контент-анализ, статистический, аналитический.

Обработка данных включала расчеты показателей соотношения, наглядности, экстенсивных показателей.

Результаты исследования

В Российской Федерации в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в 2020 г. функционировали стационары на дому для взрослых в 65 субъектах, стационары на дому для детей — в 50 субъектах.

За год в стационарах на дому был пролечен 539 321 человек, в том числе 447 903 взрослых (18 лет и старше; 83%) и 91 418 детей (0—17 лет включительно; 17%). Средняя длительность пребывания всех пациентов в стационаре на дому составила 11,8 дня, взрослых — 12,3 дня, детей — 9,5 дня.

За 2006—2020 гг. увеличилось число пролеченных пациентов в стационарах на дому на 25,5% (с 429 599 до 539 321), в том числе взрослых — на 27,9% (с 351 024 до 447 903), детей — на 15% (с 79 475 до 91 418).

В расчете на 1 тыс. всего населения число пролеченных пациентов в стационарах на дому увеличилось с 3,0 до 3,7, взрослого (в возрасте 18 лет и старше) с 3,0 до 3,9 на 1 тыс. населения, детского (в возрасте 0—17 лет включительно) с 2,9 до 3,0 (табл. 1).

Значительный (в 2,2 раза; с 246 671 до 539 321) рост числа пролеченных пациентов в стационарах на дому отмечен в 2019—2020 гг. В 2020 г. в них пролечено 176 484 пациента по поводу коронавирусной инфекции COVID-19, что составило 32,7% всех пролеченных.

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901960677?ysclid=lb3f2hl9ek502085927>

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902355054?ysclid=lb3f5y3f2k338615387>

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.01.2007 № 56 «Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902027040?ysclid=lb3fflprnue625578539>

⁴ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902342542?ysclid=lb3fh5z47p136468998>

Показатели работы стационаров на дому для взрослых и детей в Российской Федерации за 2006—2020 гг.

Наименование показателя	Год														
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016	2017	2018	2019	2020
Число пролеченных пациентов, абс. ед.															
Всего	429 599	449 885	463 435	461 178	479 599	471 119	456 348	473 057	491 608	427 294	366 066	317 495	283 414	246 671	539 321
В том числе:															
детей	79 475	82 626	81 689	83 665	87 246	86 515	86 073	89 697	91 568	88 892	74 975	60 470	55 181	50 659	91 418
взрослых	350 124	367 259	381 746	377 513	392 353	384 604	370 275	383 360	400 040	338 402	291 091	257 025	228 233	196 012	447 903
Число пролеченных пациентов, % к 2006 г.															
Всего	100,0	104,7	107,9	107,4	111,6	109,7	106,2	110,1	114,4	99,5	85,2	73,9	66,0	57,4	125,5
В том числе:															
детей	100,0	104,0	102,8	105,3	109,8	108,9	108,3	112,9	115,2	111,8	94,3	76,1	69,4	63,7	115,0
взрослых	100,0	104,9	109,0	107,8	112,1	109,85	105,75	109,5	114,3	96,65	83,1	73,4	65,2	56,0	127,9
Число пролеченных пациентов на 1 тыс. населения соответствующего возраста															
Всего	3,0	3,2	3,3	3,25	3,4	3,3	3,2	3,3	3,4	2,9	2,5	2,2	1,9	1,7	3,7
В том числе:															
детей	2,9	3,1	3,1	3,2	3,4	3,3	3,2	3,3	3,3	3,1	2,6	2,0	1,8	1,7	3,0
взрослых	3,0	3,2	3,3	3,3	3,4	3,3	3,2	3,3	3,4	2,9	2,5	2,2	2,0	1,7	3,9
Средняя длительность пребывания, дни															
Всего	10,8	11,0	11,1	11,0	11,1	11,1	11,2	11,2	11,1	11,4	11,5	11,3	11,3	11,4	11,8
В том числе:															
детей	7,85	8,2	8,4	8,4	8,4	8,4	8,4	8,45	8,6	8,4	8,8	8,3	8,2	8,0	9,5
взрослых	11,5	11,7	11,7	11,6	11,7	11,7	11,9	11,9	11,7	12,2	12,2	12,0	12,1	12,2	12,3

Примечание. *Начиная с 1 января 2015 г. представлены данные с учетом Республики Крым и г. Севастополя.

До пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 в течение 2006—2014 гг. увеличилось число пролеченных взрослых пациентов в стационарах на дому на 14,3% (с 350 124 до 400 040), в 2015—2019 гг. оно снизилось в 1,8 раза (с 338 402 до 196 012). Аналогичная ситуация прослежена по числу пролеченных детей в стационарах на дому: в 2006—2014 гг. увеличение на 15,2% (с 79 475 до 91 568) и в 2015—2019 гг. снижение в 1,8 раза (с 88 892 до 50 659; см. табл. 1).

За 15 лет средняя длительность пребывания взрослых пациентов в стационаре на дому возросла с 11,5 до 12,3 дня, детей — с 7,85 до 9,5 дня.

В субъектах Российской Федерации в 2020 г. наибольшее число пролеченных взрослых пациентов в стационарах на дому на 1 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше определено в Республике Калмыкия (27,32), в Ненецком автономном округе (25,17), в Архангельской области (20,55), в Республике Башкортостан (19,42), в Новосибирской (14,67), Свердловской (14,65), Астраханской (13,18) областях, в Республике Саха (Якутия) (12,35), а наименьшее — в Амурской области (0,01), в Ставропольском (0,04), Красноярском (0,11) краях, в Республике Тыва и Калужской области (по 0,13 соответственно), в г. Москве (0,16), в Кировской области (0,18), в Ханты-Мансийском автономном округе (0,22), в Московской области (0,3).

Не организованы стационары на дому для взрослых в 20 субъектах Российской Федерации.

Самыми высокими показателями пролеченных детей в возрасте 0—17 лет в стационарах на дому на 1 тыс. населения были в Новосибирской области (18,74), в Республике Башкортостан (18,1), в Омской области (18,0), в Республике Саха (Якутия) (13,86), в Челябинской (13,6) и Астраханской (12,23) обла-

стях, низкими — в Забайкальском (0,01) и Пермском (0,03) краях, в Ульяновской (0,11), Ленинградской (0,12), Тамбовской (0,17) областях, в Республике Бурятия (0,17).

Не работали стационары на дому для детей в 35 субъектах страны.

В 2020 г. основными причинами лечения взрослых пациентов в стационарах на дому являлись новая коронавирусная инфекция COVID-19 (35,6%), болезни системы кровообращения (31,5%), болезни органов дыхания (11,4%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,4%), болезни нервной системы (4,9%). По поводу этих классов болезней проходили лечение 90,8% взрослых пациентов (табл. 2).

За 15 лет изучения отмечены изменения в структуре пролеченных взрослых пациентов в стационарах на дому: за счет снижения доли лиц с болезнями системы кровообращения (с 62,2 до 31,5%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (с 11,7 до 7,4%), незначительного роста болезней органов дыхания (с 10,8 до 11,4%), болезней нервной системы (с 3,7 до 4,9%).

До пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 (2006—2019) определен рост доли взрослых пациентов в стационарах на дому с болезнями системы кровообращения (с 62,2 до 65,4%), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (с 11,7 до 11,8%), болезнями нервной системы (с 3,7 до 6%; см. табл. 2).

В 2020 г. в стране в стационарах на дому были пролечены почти $\frac{2}{3}$ (63,4%) детей по поводу болезней органов дыхания; 18,5% — с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, 3,8% — в связи с болезнями нервной системы, 3,2% — с болезнями ор-

Реформы здравоохранения

Таблица 2

Распределение пролеченных взрослых пациентов в стационарах на дому по классам болезней в Российской Федерации в 2006, 2013, 2019 и 2020 гг. (в % к итогу)

Наименование класса болезни	Код по МКБ-10	Год			
		2006	2013	2019 [3]	2020
Всего по классам болезней	A00—T98	100,0	100,0	100,0	64,0
В том числе:					
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00—B99	0,6	0,7	1,5	1,8
Новообразования	C00—D48	1,5	1,1	1,1	0,6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50—D89	0,5	0,35	0,3	0,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00—E89	0,9	1,33	2,6	2,0
Психические расстройства и расстройства поведения	F00—F99	1,56	2,2	3,45	1,5
Болезни нервной системы	G00—G98	3,7	3,6	6,0	4,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00—H59	0,1	0,05	0,01	0,02
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60—H95	0,2	0,1	0,1	0,05
Болезни системы кровообращения	I00—I99	62,2	66,4	65,4	31,5
Болезни органов дыхания	J00—J98	10,8	7,45	5,1	11,4
Болезни органов пищеварения	K00—K92	2,9	2,0	1,5	1,53
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00—L98	0,7	0,4	0,5	0,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00—M99	11,7	12,5	11,8	7,4
Болезни мочеполовой системы	N00—N99	1,1	0,7	0,4	0,2
Беременность, роды и послеродовой период	O00—O99	0,4	0,4	0,08	0,4
Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	Q00—Q99	0,02	0,01	0,03	0,01
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00—R99	0,02	0,01	0,01	0,003
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00—T98	1,1	0,7	0,12	0,1
Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения	Z00—Z99	0	—	0	0,4
COVID-19	U07.1—U07.2	—	—	—	35,6
Итого...		100,0	100,0	100,0	100,0

ганов пищеварения, 3% — с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (табл. 3).

За 2006—2020 гг. установлено уменьшение удельного веса детей, прошедших лечение в стационарах на дому по поводу болезней органов дыхания (с 81,9 до 63,4%), с некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями (с 7,7 до 3%), болезнями органов пищеварения (с 3,6 до 3,2%),

но увеличение в связи с болезнями нервной системы (с 1,3 до 3,8%). В период до пандемии (2006—2019) увеличивался удельный вес пролеченных детей с болезнями органов дыхания с 81,9 до 90,5% (см. табл. 3).

В 31 субъекте страны в 2020 г. в стационарах на дому пролечены 159 561 взрослый и 16 923 ребенка с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Таблица 3

Распределение пролеченных детей в стационарах на дому по классам болезней в Российской Федерации в 2006, 2013, 2019 и 2020 гг. (в % к итогу)

Наименование класса болезней	Код по МКБ-10	Год			
		2006	2013	2019 [3]	2020
Всего по классам болезней	A00—T98	100,0	100,0	100,0	81,0
В том числе:					
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00—B99	7,7	3,0	2,5	3,0
Новообразования	C00—D48	0,2	0,1	0,03	0,1
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50—D89	0,35	0,4	0,5	0,69
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00—E89	0,1	0,1	0,2	0,1
Психические расстройства и расстройства поведения	F00—F99	0,1	0,5	1,0	2,0
Болезни нервной системы	G00—G98	1,3	1,2	0,5	3,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00—H59	0,25	0,04	—	0,03
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60—H95	0,6	0,56	0,5	0,9
Болезни системы кровообращения	I00—I99	0,6	1,47	2,1	2,7
Болезни органов дыхания	J00—J98	81,9	89,6	90,5	63,4
Болезни органов пищеварения	K00—K92	3,56	1,9	1,7	3,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00—L98	1,0	0,4	0,1	0,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00—M99	0,2	0,1	0,1	0,2
Болезни мочеполовой системы	N00—N99	0,65	0,2	0,1	0,4
Беременность, роды и послеродовой период	O00—O99	0,01	0,01	—	0,001
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00—P96	0,85	0,1	0,1	0,02
Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	Q00—Q99	0,1	0,1	0,03	0,01
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00—R99	0,03	0,02	0,03	0,01
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00—T98	0,5	0,2	0,01	0,04
Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения	Z00—Z99	0	0	0	0,5
COVID-19	U07.1—U07.2	—	—	—	18,5
Итого...		100,0	100,0	100,0	100,0

Почти каждый третий (30%) взрослый проходил лечение в стационаре на дому в связи с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Свердловской области, 15,8% — в Нижегородской области, 10,9% — в Архангельской области, 8,5% — в Алтайском крае, 8,1% — в г. Санкт-Петербург.

Средняя длительность пребывания взрослых пациентов в стационарах на дому с данной патологией составила 13,2 дня.

Лечились в стационаре на дому с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Свердловской области 39,1% детей, в Архангельской области — 15,7%, в Республике Саха (Якутия) — 12,8%, в Нижегородской области — 9,8%, в Алтайском крае — 6,7%.

Средняя длительность пребывания детей в стационаре на дому составила 12,7 дня.

Обсуждение

Одним из направлений организации оказания первичной медико-санитарной помощи является развитие стационарзамещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому) [1].

Стационарзамещающие технологии оказания медицинской помощи населению, работающие по принципу пациент-ориентированного подхода, являются одной из эффективных форм ресурсосбережения [4, 5].

К стационарзамещающей форме оказания медицинской помощи относится стационар на дому.

Сведения о работе стационаров на дому указывали в форме отраслевого статистического наблюдения № 14дс в 2006—2018 гг. В 2019—2020 гг. данные о стационарах на дому заполняли вместе со сведениями о дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Объединение данных в отчетной форме приводит к невозможности сравнить их по годам в связи с началом новых динамических рядов [3, 6].

Проведенное углубленное исследование позволило выделить сведения о работе стационаров на дому для взрослых и детей и проанализировать их деятельность в динамике за 2006—2020 гг.

С 2020 г. система здравоохранения страны претерпела значительные изменения в связи с пандемией новой коронавирусной инфекцией COVID-19 [7]. В условиях возрастающей нагрузки на здравоохранение основными задачами являются предупреждение распространения инфекции и сохранение доступности медицинской помощи [8].

В соответствии с нормативными документами, временными методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19» медицинская помощь взрослым и детям с положительным результатом теста на COVID-19 в случае отсутствия клинических проявлений заболевания или легкого его течения может быть оказана на дому. Допускается оказание медицинской помощи на дому взрослым пациентам со среднетяжелым течением заболевания при определенных условиях⁵.

В 2019—2020 гг. в условиях перепрофилирования большинства медицинских организаций в инфекционные стационары [9] в стационарах на дому отмечено увеличение числа пролеченных взрослых пациентов в 1,8 раза, детей — в 2,3 раза, что можно объяснить лечением в них пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Выводы

1. В работе стационарзамещающей формы оказания медицинской помощи на дому (стационарах на дому) в Российской Федерации за 2006—2020 гг. отмечен рост числа пролеченных взрослых пациентов на 27,9%, детей на 15%. Однако в 2019—2020 гг. определено увеличение числа пролеченных взрослых в 1,8 раза, детей в 2,3 раза, что связано с лечением в стационарах на дому пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

2. Проведенное в 2020 г. изучение числа пролеченных пациентов в стационарах на дому на 1 тыс. населения соответствующего возраста в субъектах Российской Федерации установило неравномерность их распределения: у взрослых от 0,01 в Амурской области до 27,32 в Республике Калмыкия, у детей — от 0,01 в Забайкальском крае до 18,74 в Новосибирской области.

3. В 2006—2019 гг. в стационарах на дому увеличилась доля пролеченных взрослых пациентов по поводу болезней системы кровообращения (с 62,2 до 65,4%), болезней нервной системы (с 3,7 до 6%), у детей в связи с болезнями органов дыхания (с 81,9 до 90,5%).

В 2020 г. в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19 установлено изменение состава пролеченных пациентов в стационарах на дому по классам болезней. Основными причинами лечения в стационаре на дому взрослых пациентов были новая коронавирусная инфекция COVID-19 (35,6%), болезни системы кровообращения (31,5%), органов дыхания (11,4%), у 2/3 детей — болезни органов дыхания (63,4%), новая коронавирусная инфекция COVID-19 (18,5%).

4. В стационарах на дому в 2020 г. было пролечено 176 484 взрослых (35,6% от всех пролеченных взрослых в стационарах на дому) и 16 923 ребенка

⁵ Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/564482310?ysclid=lb3f11y3i8364359419>; Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 15 (22.02.2022). Режим доступа: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/059/392/original/%D0%92%D0%9C%D0%A0_COVID-19_V15.pdf; Письмо Минздрава России от 15.04.2022 № 17-6/И/2-6047 «Методические рекомендации „Организация оказания медицинской помощи пациентам с симптомами ОРВИ, гриппа, новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и подозрением на нее в амбулаторных условиях, в том числе на дому, взрослому населению“». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/350251992?ysclid=lb3f1lo2hs827782438>

Реформы здравоохранения

(18,5%) с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Наибольшим число пролеченных взрослых с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационарах на дому было в Свердловской, Нижегородской, Архангельской областях, детей — в Свердловской, Архангельской областях, в Республике Саха (Якутия).

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Панфилова Ю. Н. Перспективы развития амбулаторно-поликлинической службы. *Вопросы устойчивого развития общества*. 2020;(10):655—62. doi: 10.34755/IROK.2020.13.58.203
2. Шляфер С. И. Основные показатели работы стационаров на дому по оказанию медицинской помощи пациентам старше трудоспособного возраста. *Казанский медицинский журнал*. 2017;98(4):603—6. doi: 10.17750/KMJ2017-603
3. Шляфер С. И. Сравнительный анализ состава пациентов дневных стационаров и стационаров на дому. *Медицина*. 2020;8(4):1—12. doi: 10.29234/2308-9113-2020-8-4-1-12. Режим доступа: <https://fsmj.ru/015431.html> (дата обращения 14.01.2022).
4. Калининская А. А., Коновалов О. Е., Мерекина М. Д., Шляфер С. И., Сулькина Ф. А. Стационарзамещающие технологии: состояние и стратегические задачи развития. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):438—43. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-438-443
5. Касаева Т. Ч., Белостоцкий А. В., Казенный Б. Я. Анализ опыта организации лечения больных туберкулезом по программе «стационар на дому». *Менеджер здравоохранения*. 2016;(4):14—24.
6. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики. Специальное приложение к сборнику научных трудов «Новые технологии в современном здравоохранении». М.: РИО ЦНИИОИЗ; 2007. 36 с.
7. Алексеев С. Н., Багдасарьян А. С., Сирунянц А. В., Пухляк Д. В., Камалян Ж. А., Пинченко С. Н. Опыт работы службы скорой медицинской помощи в условиях пандемии за период с марта по декабрь 2020 год в г. Краснодаре. *Скорая медицинская помощь*. 2021;(1):26—31. doi: 10.24884/2072-6716-2021-22-1-26-31
8. Дев И. А., Кобякова О. С., Бабенина М. А., Барановская С. В., Бойков В. А., Масунов В. Н. Применение технологии бережливого производства для оптимизации работы скорой медицинской помощи в условиях распространения COVID-19. *Менеджер здравоохранения*. 2021;(1):24—32. doi: 10.21045/1811-0185-2021-1-24-32

9. Муравьева А. А., Михайлова Ю. В., Шикина И. Б. Организационные мероприятия при оказании медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Ставропольском крае. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(4):382—96. doi: 10.24411/2312-2935-2020-00120

Поступила 10.08.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Panfilova Yu. N. Prospects for the development of outpatient services. *Voprosy ustoychivogo razvitiya obshchestva*. 2020;(10):655—62. doi: 10.34755/IROK.2020.13.58.203 (in Russian).
2. Shlyafers S. I. Key performance indicators of hospitals at home for patients older than working age. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2017;98(4):603—6. doi: 10.17750/KMJ2017-603 (in Russian).
3. Shlyafers S. I. Comparative Analysis of the Composition of Patients in Day Hospitals and in In-Home Health Care. *Meditsina*. 2020;8(4):1—12. doi: 10.29234/2308-9113-2020-8-4-1-12. Available at: <https://fsmj.ru/015431.html> (accessed 14.01.2022) (in Russian).
4. Kalininskaya A. A., Konovalov O. E., Merekina M. D., Shlyafers S. I., Sul'kina F. A. The hospital-substituting technologies: condition and strategic tasks of their development. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):438—43. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-438-443 (in Russian).
5. Kasaeva T. Ch., Belostotskiy A. V., Kazennyy B. Ya. The analysis of the experience of the organizing of the treatment of patients with tuberculosis under the program «hospital at home». *Menedzher zdoravookhraneniya*. 2016;(4):14—24 (in Russian).
6. Current state and ways of development of domestic medical statistics. Special supplement to the collection of scientific papers “New technologies in modern healthcare” [Sovremennoye sostoyaniye i puti razvitiya otechestvennoy meditsinskoy statistiki. Spetsial'noye prilozheniye k sborniku nauchnykh trudov “Novyye tekhnologii v sovremennom zdoravookhraneni”]. Moscow: RIO TsNIIOIZ; 2007. 36 p. (in Russian).
7. Alekseenko S. N., Bagdasar'yan A. S., Sirunyants A. V., Pukhnyak D. V., Kamalyan Zh. A., Pinchenko S. N. The experience of the ambulance service in a pandemic from march to december 2020 in Krasnodar. *Skoraya meditsinskaya pomoshch'*. 2021;(1):26—31. doi: 10.24884/2072-6716-2021-22-1-26-31 (in Russian).
8. Deev I. A., Kobyakova O. S., Babenina M. A., Baranovskaya S. V., Boykov V. A., Masunov V. N. Applying lean manufacturing technologies to optimize ambulance operations amid the spread of COVID-19. *Menedzher zdoravookhraneniya*. 2021;(1):24—32. doi: 10.21045/1811-0185-2021-1-24-32 (in Russian).
9. Murav'eva A. A., Mikhaylova Yu. V., Shikina I. B. Organizational actions at delivery of health care to patients with nova koronavirusna COVID-19 infection in Stavropol Krai. *Sovremennyye problemy zdoravookhraneniya i meditsinskoy statistiki*. 2020;(4):382—96. doi: 10.24411/2312-2935-2020-00120 (in Russian).

История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023
УДК 614.2

Затравкин С. Н.^{1,2}, Вишленкова Е. А.³, Игнатьев В. Г.¹

РЕНЕССАНС РОССИЙСКОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА (2000—2004). СООБЩЕНИЕ 2. РОССИЙСКИЕ СЛУЖИТЕЛИ ФАРМЫ

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

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

³Фрайбургский институт перспективных исследований, 79104, г. Фрайбург, Германия

В данной статье (третьей из авторского цикла исторических исследований лекарственного обеспечения и фармацевтического бизнеса) рассмотрен период экономического ренессанса российского фармацевтического рынка в первые годы третьего тысячелетия. Авторы анализируют состояние рынка по данным российских аналитических агентств, материалам медицинской периодики и воспоминаниям участников. Статья состоит из трех сообщений. В первом сообщении речь шла о «полевых игроках» рынка лекарств, а во втором — обо всем персонале, который обслуживал рыночную игру, делал ее возможной, об их рефлексии своего нового, постсоветского опыта жизни в частном бизнесе.

К л ю ч е в ы е с л о в а: история фармации; фармацевтический рынок; постсоветская Россия.

Для цитирования: Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Игнатьев В. Г. Ренессанс российского фармацевтического рынка (2000—2004). Сообщение 2. Российские служители Фармы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):112—119. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-112-119>

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.³, Ignatiev V. G.¹

THE RENAISSANCE OF RUSSIAN PHARMACEUTICAL MARKET (2000—2004). REPORT II. THE PHARMA SERVANTS OF RUSSIA

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

²The State Budget Institution “The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department”, 115088, Moscow, Russia;

³The Freiburg Institute for Advanced Studies, 79104, Freiburg, Germany

The article (the third one of authors cycle of historical studies of medication supply and pharmaceutical business) examines period of economic renaissance of the Russian pharmaceutical market in the first years of third millennium. The state of market according data of Russian analytical agencies, medical periodicals and recollections of participants is considered. The article consists of three reports. In the first report the issue was the “field players” of pharmaceutical market, and in the second one — all the personnel serving market game, making it possible, their reflections on their new, post-Soviet experience of life in private business.

К e y w o r d s: history of pharmacy; pharmaceutical market; post-Soviet Russia.

For citation: Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Ignatiev V. G. The Renaissance of Russian pharmaceutical market (2000—2004). Report II. The Pharma servants of Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(1):112—119 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-112-119>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Major Researcher of the Department of History of Medicine 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 01.09.2022
Accepted 31.10.2022

В отличие от первого сообщения данной статьи, в котором главным образом анализированы синхронные свидетельства газет и журналов, в данном разделе мы обратились к эго-документам и текстам памяти. Часть из них хранится в нашем исследовательском архиве, часть взята из журнала «Ремедиум» (1992—2005) и опубликованных мемуаров.

В течение 2019—2021 гг. мы брали интервью у представителей фармы. Всего удалось поговорить с

26 респондентами. Каждая беседа длилась не менее полутора часов. Иногда мы проводили два и даже три интервью с одними и теми же собеседниками, в отдельных случаях отправляли им электронные письма и задавали дополнительные вопросы. Транскрибированные тексты образовали довольно внушительный объем: более 2 млн знаков.

Из двух основных социологических методов интервьюирования — формализованного и неформа-

История медицины

лизованный — мы выбрали последний. Формализованное интервью выглядит всегда убедительно, но подходит лишь для получения однотипной информации. В таких опросах собеседники являются статистическими учетными единицами. Все вопросы к ним заранее подготовлены, а их ответы должны быть классифицированы. Этот метод подходит для изучения общественного мнения, потребительских предпочтений и других подобных тем, поскольку позволяет предложить читателю убедительные количественные характеристики. Но нас интересовал *уникальный опыт советских людей, пришедших в незнакомый им фармацевтический бизнес*, который едва ли можно описать цифрами. Этим объясняется наш выбор метода. В неформализованных интервью следовать заранее подготовленному вопроснику необязательно [1]. Интервьюер обладает большой свободой в формулировке вопросов и ведения беседы. Мы вели ненаправленное интервью, при котором последовательность и процедуры обсуждения и использования являются договором между исследователями и респондентами. Поскольку мы не знали заранее, какой именно информацией обладают наши информанты, то задавали вопросы «по ходу пьесы», структурировали разговор, исходя из понимания нужд своего исследования.

В ходе интервью выяснилось, что все респонденты хорошо помнили интересующее нас время, но мало кто из них записывал свои воспоминания. Редкое исключение — мемуары Веры Перминовой [2—4]. Их читали, кажется, все, с кем мы беседовали. Часто наша встреча или разговор начинались с вопроса, читали ли мы эти книги. Собственно в них описана история участия семьи Перминовых в становлении российского фармрынка. Логика мемуарного рассказа делит повествование на три части, соответствующие переменам в видах семейного бизнеса: 1992—1998 гг. — наемные работники и затем совладельцы в компании «Экохелп», 1998—2006 гг. — совладельцы сети «Аптеки-Холдинг», 2006—2012 гг. — продажа акций мировой фарме и работа наемными менеджерами. В книгах есть много деталей, тонких наблюдений за этнографией фарм- и бизнес-сообщества. Соответственно, мы включили их в комплекс наших исторических источников.

Авторы анализируемых в данной статье воспоминаний — владельцы компаний, топ- и рядовые менеджеры, медицинские представители, директора аптек и чиновники здравоохранения. По соглашению с ними мы цитируем их рассказы анонимно, указывая только дату проведения интервью. И только в тех случаях, когда тексты интервью были опубликованы, в статье даются полные ссылки на них.

Рекрутинг

«Пришел мой региональный менеджер, — вспоминал наш собеседник о работе медицинским представителем. — Хороший человек, добрый, душевный. До этого был прекраснейшим нейрохирургом. Волшебнейшим. Он рассказывал историю. Трамвай раздробил руку человеку. Его привезли в больницу,

и все плюнули, сказали: мы руку спасти не сможем, не будем, иотрежем ее, потому что смысла нет. А он ее собрал по частичкам и кусочкам. От Бога, мне кажется, был хирург. Какое огромное количество людей — прекрасных хирургов, неврологов, химиотерапевтов, кого угодно — ушли в фарму»¹.

Если среди владельцев нового фармбизнеса преобладали технари, физики и математики, то сотрудниками зарубежных и российских фармпроизводителей почти повсеместно работали медики. Люди немедицинских специальностей — социологи, экономисты или филологи — встречались редко. В фарму шли не только вчерашние студенты, но даже опытные врачи, потерявшие надежду на возможность лечить больных без лекарств, или ученые, отчаявшиеся завершить исследование без аппаратуры, принтеров, компьютеров и зарубежной литературы. «Чтобы продолжить исследовательскую работу в московской больнице, — вспоминает о середине 1990-х годов детский дерматолог, — мне нужно было не только покупать реактивы, но и платить лаборантам, я понимаю, что это были тогда совершенно не безумные деньги, все стоило дешево, но, знаете, даже эти дешевые деньги заработать было нельзя. У меня была зарплата 80 руб. На них я могла только доехать до больницы на автобусе и, может быть, в больничной столовке взять обед, и то не каждый день... И тут я оказываюсь вдруг в офисе этого Rhone-Poulenc, где тебе компьютер, доступ к интернету, любая информация, какая нужна, — читай, пиши. И интеллектуальная любознательность, конечно, меня прихватила»². Для тех, кого брали менеджерами в офисы, разрыв не был радикальным. Неофиты продолжали какое-то время лечить больных и писать диссертации. Иногда им удавалось даже защититься и обрести ученую степень.

Российские медики приходили в фарму сами, приводили своих друзей и коллег, рекомендовали экспатам специалистов в регионах. В 1990-е годы «цыганское радио» было самым надежным способом рекрутинга. Благодаря ему в фармкомпаниях оказались однопорядковые люди, способные взаимодействовать друг с другом. В начале 2000-х их уже стало так много, что отбор кандидатов можно было формализовать: появились резюме, собеседования, стресс-интервью и прочие способы фильтрации. «Я выбирал сотрудников среди „своих“, по близким, по знакомым, по друзьям-товарищам, с кем работал и кого кто-то мог порекомендовать как человека проверенного, — признавался топ-менеджер зарубежной компании. — К началу 2000-х годов рынок труда был насыщен достаточно, чтобы довольно быстро собрать информацию и референс о специалистах. Этот способ рекрутинга более надежный и менее ущербный с точки зрения возможных ошибок»³.

Сколько выучившихся в университетах врачей ушло в 1990—2000-е годы в медпредставители и ме-

¹ Интервью от 24 ноября 2020 г.

² Интервью от 22 декабря 2020 г.

³ Интервью от 3 ноября 2020 г.

неджеры фармкомпаний? Кажется, этого не знает никто. И если менеджеров как постоянных сотрудников фирм еще можно посчитать, то многие медицинские представители российских компаний не были оформлены официально и получали зарплату в конверте (так называемые серые зарплаты). Эта ситуация их не возмущала, поскольку какое-то время медики пытались совмещать профессию и работу на фарму. «Очень многие врачи шли с мыслью, — свидетельствовала информант, — что я вот сейчас, пока никто, включая коллег, не видит, тихонечко подработаю и вернусь обратно. Людей, которые уходили из врачебной деятельности в фармбизнес, гордо подняв голову, было не найти. Это были очень редкие люди»⁴.

До середины 2000-х годов фармкомпания платили этой армии квалифицированных продвигенцев лекарств зарплату в долларах, перечисляя их на особые «долларовые счета», или в рублях, но индексировав инфляцию. Выплаты разительно отличались по регионам и зависели от масштаба и богатства компании. «Когда они (российское представительство западной компании. — Прим. авт.) сказали, сколько они мне будут платить (как сейчас я знаю, мне предложили тогда копейки — 400 долларов за полставки, другие сотрудники такую же работу делали за 1200 долларов), то по сравнению с тем, что я получала в здравоохранении, это были совсем другие деньги»⁵. Остаться к этому предложению равнодушным не получалось ни у кого. Поскольку даже самый скромный доход в фармкомпаниях был много выше, чем зарплата врача в поликлинике или больнице, то постепенно, как правило, подработка становилась основной занятием.

После дефолта (в условиях обесценивания рубля и створевших рублевых накоплений) долларовые зарплаты стали еще более заманчивыми, а жизнь вокруг — еще более скудной. «Моя однокурсница была тогда региональным медпредставителем, — рассказывала казанский медпредставитель. — Когда изменился курс доллара и всем врачам стало плохо, она купила машину, поскольку ее накопления в долларах стали втрое дороже. И это был тоже один из моментов, стимулировавший меня пойти в фарму»⁶. К тому же в условиях, когда после череды банкротств на рынок труда были выброшены специалисты с престижными дипломами, люди, имевшие позицию медпредставителя зарубежной компании, радовались своим доходам.

Довольно часто к денежной зарплате прилагались автомобиль, который выдавала фирма как служебный транспорт, и социальный пакет с обслуживанием в частных клиниках⁷. Это был не только и не столько вопрос престижа и статусного поведения, сколько прагматизма. В машине был кондиционер, а потому представитель мог приехать на

встречу в чистой одежде. Кроме того, он вез с собой стенды, плакаты, образцы, папки с документами. Машина была своего рода мини-офисом, из которого и в котором велись переговоры с аптеками, врачами, региональными руководителями и штаб-квартирой компании. А обслуживание в хороших клиниках с большими возможностями для пациентов служило рекламой работы на фармкомпаниях для работавших в них медиков.

Обучение

Выучившимся на медицинские специальности людям приходилось осваивать новые навыки, получать знания из других профессий. В 1990-е годы от менеджеров и медицинских представителей хотели в основном искусства коммуникации. А если медик поступал на позицию менеджера в российское представительство западной фармкомпания, то от него ждали способности общаться на английском языке. Часто на собеседованиях молодым врачам говорили: «У тебя есть медицинское образование, есть хороший английский, и это все, что нам нужно сейчас»⁸.

В 1990-е годы зарубежные экспаты учили российских новобранцев азам рынка, управления и маркетинга. Сначала учили вручную, методом гуввернера, т. е. сопровождая, показывая, объясняя. И воспоминания об учителях запечатлелись разные. «Такой человек, как Йостен Девидсон, — уверял нас респондент, — до сих пор может дать 100 очков вперед 90% управленцев на нашем рынке. И с точки зрения понимания, и изнутри, но главное, что он создал структуру из гениальных людей. И это были уже все отечественные люди. Через довольно короткое время они оказались, что называется, *market-mind* абсолютно. Он делал с ними это»⁹. И о Курте Дикмане вспоминают с придыханием: «Я считаю, он праотец образования российских представителей фармы, — рассказывала собеседница. — Он был совершенно уникальным человеком, не знаю, что его привело в Россию, но он, конечно, вложил свое сердце, ум и опыт в каждого из нас»¹⁰.

Но так же сильно запоминались и те, кто относился к наемным служащим высокомерно или равнодушно, не желал делиться символическим капиталом. «Это вопрос не иностранцев, а культуры данной компании, конкретных людей, — объясняли нам опытные люди. — Никто не гарантирует, что завтра к тебе не придет какой-нибудь новый экспат, который будет глумиться направо и налево. Или, наоборот, придет человек, который будет тебя слушать и будет твоим соратником и партнером»¹¹.

Россияне же учили приехавших бизнесменов «особенностям национальной охоты»: объясняли, как устроен мир России, политические и налоговые тонкости, стереотипы и поведение потребителей.

⁴ Интервью от 28 февраля 2021 г.

⁵ Интервью от 22 декабря 2020 г.

⁶ Интервью от 28 февраля 2021 г.

⁷ Интервью от 28 февраля 2021 г.

⁸ Интервью от 22 декабря 2020 г.

⁹ Интервью от 8 декабря 2020 г.

¹⁰ Интервью от 22 декабря 2020 г.

¹¹ Интервью от 19 марта 2021 г.

История медицины

Проработавшие много лет в зарубежных компаниях наши информанты пытались сформулировать отличия россиян. В 1990-е и даже в начале 2000-х годов они сильно ощущались и проявлялись в нерациональном ведении бизнеса. Правда, большинство собеседников объясняли это не особенностями национального менталитета, а медицинским альтруизмом, последствиями советской деонтологии¹².

При этом все участники рынка наблюдали друг за другом и сравнивали. Сравнивали и компании, и россиян с нероссиянами. Это была зона «срединности», на которой происходило обогащение культур.

А в 2000-е годы, в условиях усложнившегося фармрынка, российским служащим пришлось учиться в режиме систематического группового переобучения. Уровень школы зависел от компании и позиции специалиста в ней. «Нас обучали просто по высшему слову фармацевтической индустрии тогда, — вспоминала участница таких штудий. — Ученики приезжали на неделю из разных стран и учились одному и тому же. Я там научилась писать маркетинг-планы, стратегические планы, готовить запуски и так далее»¹³. Другие собеседники рассказывали о пройденных тренингах по *situational reverse, time management*¹⁴. Из российских медиков делали *marketing executive* и *product managers, key account managers, access managers, brand managers, sales force capability managers*. На практике и на ходу им приходилось осваивать весь спектр маркетинговых и управленческих знаний и навыков. Многие информанты рассказывали об ошибках (иногда прощенных, а иногда роковых), которые они при этом делали. Конечно, не все компании много тратились на обучение сотрудников, но ради эффективности и доходов практически все фирмы организовывали курсы и тренинги.

Уровень обретенного знания можно было оценить, лишь оглянувшись назад или в ситуациях новой профессиональной среды. Наша собеседница, в силу семейных обстоятельств в 2001 г. уехавшая из Москвы в Америку и проходившая там собеседования в мегакомпаниях, поделилась любопытной историей. Один из потенциальных работодателей был настроен скептически относительно профессиональной подготовки российского специалиста и только из любопытства захотел узнать о ее опыте работы. Он был потрясен ее владением профессиональной терминологией, пониманием операционных процедур, методик анализа¹⁵. Очевидно, при таком рекрутинге, какой был в России (дипломированных врачей, аспирантов, а то и специалистов с учеными степенями), подготовка из них менеджеров и маркетологов давала высокие результаты.

В провинциальных городах и в российских фармкомпаниях медицинские представители, желавшие вырасти до маркет-менеджеров, осваивали пре-

мудрости рыночных отношений самостоятельно. «Я знал, что есть Котлер и что он что-то написал, — признался один из них. — Тогда я взял книгу и начал ее читать. Там узнал всякие странные слова, вроде „сегментация“ и „таргетинг“ и прочее-прочее. Я подумал: „Ну, в принципе, здесь нет ничего такого, чтобы я не понял“. Таким магическим образом я переместился в отдел маркетинга компании UPSA»¹⁶. О российской команде UPSA рассказчики вспоминают как об уникальной подборке талантливых людей. «Мы были совершенно счастливы. Коллектив был очень сильный, профессиональный, особенно учитывая, что общей школы тогда не было. И, уже работая на UPSA, я начал получать MBA»¹⁷. UPSA платила за обучение своих сотрудников.

И все же не меньше, чем дипломы об образовании, ученые степени и сертификаты о прохождении тренингов, в фармбизнесе ценился опыт сотрудников, особенно негативный («некоторые вещи ты просто знаешь, что они не сработают, потому что ты это пробовал»¹⁸), а также их социальные и профессиональные контакты. Это уже речь о другом символическом капитале. Если опытный сотрудник уходил из компании, то вместе с ним она теряла работающих с ним клиентов. У многих менеджеров устанавливались с постоянными клиентами доверительные человеческие отношения, возникала многолетняя дружба.

Медпредставителей для регионов компании учили, как правило, на входе и затем доучивали или совершенствовали каждый год группами на выездных тренингах. «В фарму, — уверяли нас информанты, — не приходят просто так „здрасьте, я пошел работать в поле или в маркетинг“»¹⁹. Для новичков проводились вводные тренинги. В среднем они длились две недели. Это были интенсивные занятия, куда входило освоение этических норм (начиная от *complaints legal* до *PV reporting*), постижение технологических правил компании, освоение Стандартных операционных процедур (СОПов). Это были базовые, обязательные знания для всех сотрудников. А если неопыт рассчитывал продвигать не массовые, а специфические продукты, то с ним работали медицинские и маркетинговые учителя. Они объясняли диагностику и лечение, особенности препарата и проводили тесты. Пока человек эти тесты не сдаст, его куда не пускали. А если он не смог их сдать с нескольких попыток, то ему говорили «до свидания», благо у всех новичков имелся испытательный срок. Далее с неопытными работал отдел маркетинга, который объяснял стратегии продвижения лекарственных продуктов, способы и пути достижения этого, работу с потребителями. Но так было только в тех случаях, если предполагалось продвижение не специфических препаратов, а, например, известных антибиотиков.

¹² Интервью от 3 ноября 2020 г.

¹³ Интервью от 22 декабря 2020 г.

¹⁴ Интервью от 24 ноября 2020 г.

¹⁵ Интервью от 22 декабря 2020 г.

¹⁶ Интервью от 19 марта 2021 г.

¹⁷ Интервью от 19 марта 2021 г.

¹⁸ Интервью от 24 ноября 2020 г.

¹⁹ Интервью от 26 марта 2021 г.

Если же компания производила лекарства для особых групп больных, то тренинги длились месяцами. От медпредставителя хотели, чтобы он освоил специфический язык данной области (например, онкологии), чтобы мог общаться со специалистами и понимал, о чем идет речь. И считалось, что до тех пор, пока он не будет знать, что такое, например, HER2 (рецептор человеческого эпидермального фактора роста 2-го типа при раке молочной железы), его бесполезно запускать в работу. Претендента на должность погружали в физиологию и биохимию, выявляли его знания. «Я на примере онкологической команды GlaxoSmithKline могу сказать,— уверял наш собеседник,— что это более чем серьезные тренинги. С одной стороны, они знакомят с процедурами компании, а с другой стороны, они дают знания по лекарствам и заболеваниям»²⁰.

Служебные обязанности

Многие наши информанты признавались, что работа медпредставителя была трудной и тяжелой до отвращения, но часто не только хорошо оплачиваемой, но и интересной, а иногда даже мессианской. Конечно, если сравнивать с благополучными зарубежными врачами, то российские служители фармы шли в профессии по нисходящей линии. Но если сравнивать не с ними, а с соотечественниками, то все было не так плохо. Им приходилось иметь дело не с бандитами, а с интеллектуалами (профессорами, доцентами, врачами, провизорами); был доступ к литературе, технике, высококлассным специалистам.

Правда, сразу после дефолта и не в столицах представительства быстро закрывались, а те, кто сохранил работу, занимались совсем не интеллектуальными делами. «Нужно было,— вспоминал бывший медпредставитель,— ходить по аптекам, собирать долги. Вышибать. Плюс стараться, чтобы они хоть что-то держали на полках. Плюс хоть что-то платили. Плюс с дистрибьюторами ну хотя бы как-то поддерживать контакты»²¹.

Ретроспективно люди, поднявшиеся до высоты топ-менеджеров, довольно иронично вспоминали первую стадию фармкарьеры и свои первые шаги на этом поприще, рассказывали о типичном поведении медпредставителей (вечных жалобах на жизнь и работу). Конечно, условия службы в разных компаниях и в городах сильно различались, поэтому обученные и активные специалисты постоянно перемещались в поисках лучшей доли.

У российских сотрудников западных производителей долгое время (до появления повсеместного интернета и восстановления системы повышения квалификации врачей) сохранялось ощущение, что они проводники новых знаний от мировой фармы к российским коллегам, нищетой отрезанным от мира науки и технологических открытий. «В начале 2000-х годов мы шли к врачам с мыслью „мы сейчас

всем расскажем, что узнали нового“,— вспоминала о своей работе одна из наших собеседниц.— Мои новости о лекарствах, о лечении болезней слушали с открытым ртом»²². Организованные ими семинары и презентации собирали профессиональную аудиторию не только из практикующих врачей, но и из бывших учителей из медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей. Бывшие коллеги, работающие в больницах и поликлиниках, не имели таких возможностей профессионального роста.

Даже в Москве ситуация была сходной. Как правило, столичные представители фармкомпаний имели хорошее медицинское образование и говорили с врачами на одном языке. «Разговор был явно не такой,— вспоминала американский топ-менеджер,— как здесь называют sales call, когда ты идешь по написанному транскрипту и можешь произносить только три фразы, те, что утверждены. Такого в России тогда не было. Это была научная беседа, обсуждались статьи, публикации, все вопросы, связанные с медициной и здравоохранением»²³. Эта коммуникативная ситуация сглаживала для многих ренегатов травму ухода из медицинских учреждений.

О миссии и продажности

И все же, судя по признаниям, врачи, перешедшие на службу фармбизнесу, поначалу болезненно ощущали снижение собственного статуса. Спустя время для многих из них стало ясно, что снижение было не столько реальным, сколько внушаемым. Работа медика за деньги, а не по призванию осуждалась соотечественниками. «Большинству выпускников медуниверситетов было стыдно,— вспоминала наш респондент.— Ты тут благородных материй, спасаешь людей, и вдруг ты в деньги пошел. Воспринималось это как предательство: торгаши, пошли „приторговывать святым“»²⁴. Советская этика профессии плохо совмещалась с рыночными отношениями. Обязательства государства перед врачами обанкротились, а обязательства врачей перед пациентами и обществом по инерции сохранялись. Вероятно, пересмотреть систему ценностей было легче тем российским врачам, кто оказался в зарубежных компаниях с их культом социальной ответственности и экономической эффективности. А сотрудники российских компаний сохраняли эту раздвоенность дольше.

Продажными россияне считали не только медицинских представителей. В периодической печати тех лет было много публикаций о подкупе фармой практикующих («настоящих» в журналистской терминологии) врачей, что осуществлялось через тех же посредников. Газеты и журналы обвиняли тех и других в сговоре против пациентов. Такое подозрение возникало из самого устройства рынка лекарств

²⁰ Интервью от 26 марта 2021 г.

²¹ Интервью от 24 ноября 2020 г.

²² Интервью от 28 февраля 2021 г.

²³ Интервью от 22 декабря 2020 г.

²⁴ Интервью от 28 февраля 2021 г.

История медицины

и в ситуации постоянных дефицитов и недоступности дорогих или бесплатных (льготных) препаратов. Вот небольшой пример.

В начале 2000-х годов маркетологи предложили рынку новую классификацию лекарственных препаратов, основанную на «потребительском поведении» и «стереотипах потребления» [5]. В классификации продаваемых препаратов было три группы:

- лекарства традиционного спроса (те самые привычные, иногда еще советского происхождения дженерики);
- препараты предварительного выбора (новые лекарства для данного пациента, которые побуждают его получить о них больше информации);
- препараты особого спроса.

В соответствии с предложенной схемой врачи (от профессоров до лечащих специалистов в клиниках) оказывались сопотребителями: они определяли выбор препаратов и объем потребления своих пациентов. «Решение врача зависит от множества факторов, имеющих как объективный, так и субъективный характер,— уверяли маркетологи.— Этот выбор во многом зависит от уровня дохода, социальных и психологических характеристик пациента» [5]. Исходя из этого, фарме рекомендовалось убедить академиков и профессоров говорить о продвигаемых лекарствах хорошо, упоминать их в лекциях и средствах массовой информации. Врачам отводилась не менее важная посредническая роль: выписывать пациентам лекарственные препараты данной компании. В глазах потребителей (и выразивших их интересы журналистов) эта маркетинговая цепочка выглядела опасной и потому оценивалась как априорно циничная: все медики в стоворе и все делается против интересов пациентов и исключительно ради денег!

В рассказах наших собеседников ситуация предстает сложнее. С одной стороны, да, врач был важным и по мере усложнения рынка становился все более необходимым участником торгово-посреднических операций. Только в 1990-е годы представители фармкомпаний могли обращаться к российским потребителям напрямую. Но даже тогда это было полузаконно или совсем незаконно. Такие обращения камуфлировались. Так, в программе Елены Малышевой демонстрировалась упаковка продвигаемого препарата. В 2000-е годы такие рекламные трюки стали невозможны. Появились государственный закон о рекламе, соглашения фармкомпаний, этика фармбизнеса, после чего фарма оказалась связанной по рукам и ногам разного рода государственными, мировыми и корпоративными конвенциями. Теперь общаться с пациентами можно было только через врача. Именно он стал так называемым промежуточным потребителем²⁵.

С другой стороны, наши информанты вспоминали трудности работы с постсоветскими врачами. Медицинская профессия никогда не была гомоген-

ной, и в те времена тоже, фармпредставители работали с каждой категорией по-разному. Во-первых, в профессии есть элита, которую сотрудники фармкомпаний во всем мире называют *opinion leaders*. На профессиональном сленге российских менеджеров они именовались «килы» (англицизм от *key opinion leaders*). Это опытные врачи или профессора, которые задают направления в научной медицине, «властители дум»²⁶. «Вершина коррупции в отношении них состояла в том, что доктор ехал общаться с коллегами, на конференцию,— рассказывала поработавшая медпредставителем в разных компаниях респондент.— За свои деньги он никогда бы туда не попал. И никакой Минздрав его никогда туда бы не отправил»²⁷. Если говорить о профессорско-преподавательском составе, то с фармкомпаниями ученые медики дружили за эту возможность научных коммуникаций. И плюс им оплачивались лекции, в которых они упоминали препарат. Платили не всем, а тем, кто делал это с пониманием ценности и пользы лекарства для конкретных ситуаций.

Во-вторых, медицинскую профессию составляют тысячи лечащих врачей. Даже в условиях кризиса медицинского образования по своему интеллектуальному уровню российские врачи были интеллигентами, а по социальному статусу — брошенными на произвол судьбы полубогами, которые жили в нищете. Это создавало много сложностей при работе с ними у материально обеспеченных медпредставителей и менеджеров компаний. «Не стоит к людям, которые получают 20 тысяч в месяц,— рекомендовали маркетологи новобранцам,— приезжать на Toyota и в норковой шубе. И если устраиваешь симпозиум для врачей, то бутерброды надо с красной икрой, а с черной уже не надо»²⁸. Такими были советы опытных маркетологов, на практике познавших тонкости поведенческой экономики, освоивших искусство маркетинга, отточивших грани в этике взаимодействия.

В отношении армии обездоленных врачей речь чаще шла не о подкупе, а о внимании и мелких подарках. «Это были времена,— рассказывала казанский медпредставитель,— когда ручек нет, бумажек нет. Участковые врачи за свой счет покупали тетрадки и клеивали их в карточку, если пациент вдруг забыл с собой принести. Клея тоже не было. Это не бог весть какие деньги, но доктора это, конечно, раздражает. Поэтому, если медпред ему клей принес и блокнот с ручкой подарил, а иногда и новый белый халат, то у него появлялся стимул лишние 10 минут его послушать»²⁹. Казалось бы, это так понятно, но в коридорах поликлиник сидели очереди пациентов. Как правило, это были раздраженные болезнями и постоянными проблемами пенсионеры. Они были априори готовы к тому, что государ-

²⁶ Интервью от 7 августа 2020 г.

²⁷ Интервью от 1 марта 2021 г.

²⁸ Интервью от 7 августа 2020 г.

²⁹ Интервью от 28 февраля 2021 г.

²⁵ Интервью от 7 августа 2020 г.

ственные чиновники их везде обманывают, и насто- рожено следили за всеми, кто и с чем входил в ка- бинет врача. Социальные обиды за ущемленность и старость рождали чудовищ в головах наблюдателей.

А между тем даже своим работодателям меди- цинские представители жаловались на то, что вра- чей трудно уговорить делать что-то, что не соответ- ствует их профессиональным представлениям, что они автономны в своем выборе лекарств. В статье, опубликованной в специальном выпуске «Ремедиу- ма», медпредставитель Елена Смирнова рассказыва- ла читателям (владельцам и менеджерам фармком- паний) об опыте своей работы. «Чаще врачи вос- принимают медпредставителей как продавцов и от- носятся к ним соответственно,— констатировала она,— берут подарки и работают дальше так, как считают нужным. Хороший врач внедряет в свою практику препараты в результате изучения реко- мендаций научных сообществ, серьезных статей в журналах, по совету именитых коллег, медпредста- вители для него не авторитет» [6]. С одной стороны, такие рассуждения защищали честь профессии, а с другой — позиционировали лечащих врачей как не- надежных для фармы соратников.

Впрочем, судя по интервью, влиятельные фарм- компании берегли репутацию и не поощряли подку- па врачей. Российский сотрудник зарубежной ком- пании вспоминал: «Помню, когда очередной скан- дал был, я уволил весь „регион“. Хотя подтвержде- ний не было, но я подозревал, что они платили деньги врачам, заносили кому-то что-то, скидки де- лали неоправданные. Всех сразу и уволил»³⁰. Стои- мость и продвижение лекарственных препаратов не в последнюю очередь определялись доверием по- требителей (от государств, ведомств до покупателей в аптеке) к имени производителя.

Растущие страхи пациентов, которые столкну- лись с фальсификатами, зависть бывших коллег, журналистские публикации, с одной стороны, и прессинг собственного начальства, с другой сторо- ны, поставили разных служащих фармацевтиче- ских компаний в социально уязвимое положение. У медицинских представителей работы стало боль- ше и она стала труднее. С того момента как пациен- ты начали понимать, почему эти люди заходят к врачу без очереди, начался конфликт врачей и па- циентов. «В коридоре у врачебного кабинета,— вспоминали наши респонденты,— можно было клюшкой от рассерженной бабушки по голове полу- чить»³¹. А об усилении, иногда тотальном контроле над исполнением служебных обязанностей мед- представителей респонденты вспоминают как о на- ступлении ада. С помощью всех возможностей элек- тронной техники их передвижения отслеживались региональным начальством, от них требовали не только ежегодных, но ежеквартальных, ежемесяч- ных, еженедельных, а иногда и ежедневных отчетов.

Time management не только упорядочивал работу, но и усиливал интенсивность труда медицинских представителей.

А дальше, согласно логике эскалации, социаль- ные подозрения и страхи разрастались и распро- странялись не только на врачей и медпредставите- лей, но и на фармдистрибьюторов, провизоров и производителей. Слабость в России того времени социальных сетей и отсутствие сильной медицин- ской журналистики замедлили нарастание негатив- изма, но не остановили его. В начале 2000-х годов российские фармкомпании еще не видели серьез- ной опасности от устных жалоб потребителей и раз- облачительных статей журналистов. Опытные в продажах и менеджменте, они довольно наивно по- лагались на то, что это «само рассосется», или на торжество справедливости: «Я верю,— заверял нас собеседник,— что чем меньше информационных поводов мы будем подкидывать в массмедиа, тем меньше будет поводов написать обвинения, тем меньше возможностей будет у нечестных людей или у людей, плохо настроенных к фарме, этим спекули- ровать. Нужно время для утверждения этических compliance»³². Но время показало, что опасность была серьезнее, чем тогда полагали. Зарубежные фармкомпании уже в те годы ощущали прессинг об- щественного негодования и говорили об этом своим российским менеджерам.

Итак, взятые интервью позволили экстрагиро- вать рефлексию российских сотрудников различных фармкомпаний над собственным опытом перехода из государственной медицины в рыночные отноше- ния опытом превращения медиков в фармбизнесме- нов разного уровня.

Этот опыт приобретался тяжело. Его обладатели не имели полученных посредством систематическо- го образования маркетинговых и финансовых зна- ний и компетенций, не получали социальной под- держки, страдали от нестабильности и незащищен- ности собственной позиции. В условиях перманент- ных политических и экономических кризисов при- шельцы оказались на социальных качелях: между взлетами и падениями были короткие интервалы времени.

Судя по рассказам, результаты перехода медиков в фарму оказались разными. Успешность принятого решения определяли многие исходные переменные: знание английского языка, наличие социальных связей, коммуникативные способности, место про- живания, а уже потом — активность начинающего бизнесмена. Но даже в случае успешной карьеры не- офит испытывал сильные культурно-психологиче- ские трансформации. Умозрительная Большая фар- ма распалась в глазах многих респондентов на впол- не реальные локальные сообщества, у которых были особенности.

«„Американскую“ модель,— размышлял наш со- беседник,— я бы сформулировал так: до тех пор, по- ка ты приносишь прибыль, ты хорошо живешь и те-

³⁰ Интервью от 24 ноября 2020 г.

³¹ Интервью Е. А. Вишленковой с Г. Ф. Фахрутдиновой от 28 фев- рая 2021 г.

³² Интервью от 26 марта 2021 г.

История медицины

бя любят. Как только что-то случается по твоей или не по твоей вине, тебя исключают из сообщества. Это очень потогонная модель бизнеса, но самая оплачиваемая. Французские фармбизнесмены своеобразные. Скандинавы социально-ориентированные: с одной стороны, сумма продаж — это наше все и будь любезен, а с другой стороны, если тебе трудно и ты приходишь за помощью, то можешь рассчитывать, что тебя услышат и поймут». И чем дальше продвигался россиянин по карьерному пути в мир Большой фармы, тем меньше оставалось в его голове абстракций. Как правило, в его ментальных представлениях национальные сообщества постепенно распадались на конкретных людей или малые группы. «Иногда существует лояльная к своим сотрудникам компания на глобальном уровне,— делился впечатлениями человек, ушедший на этом пути довольно далеко,— а сидит в ее российском представительстве местный человек, который живет с лозунгом „Как вы относитесь к диктатуре? К диктатуре отвратительно, я за тиранию“. И это суть человека, а не компании»³³.

Много лет наблюдая за жизнью фармбизнесменов, занимаясь аналитикой для них, один наш респондент признался: «Если говорить об умах как движках развития бизнеса, то такие российские умы формировались в иностранных компаниях. Многие специалисты, обретшие знания и опыт в этих корпорациях, стали работать в отечественных компаниях. И сейчас они формируют там стандарты и компетенции, которые от них требовались в иностранных фирмах»³⁴.

Полученные в ходе интервью свидетельства позволяют провести ревизию социальных проблем, зафиксированных в профессиональной периодике и в

публицистике того времени. Во всяком случае, они вносят недостающий для полноты картины взгляд фармы на описываемые явления. Их объяснения позволяют увидеть комплекс причин для растущего социального противостояния фармы и потребителей.

Авторы выражают искреннюю благодарность Анастасии Игоревне Доморадской за помощь в организации и проведении интервью. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белановский С. А. Глубокое интервью: Учебное пособие. М.: Никколо-Медиа; 2001. 320 p.
2. Перминова В. Н. Фармбизнес. Правдивая история о российских предпринимателях. СПб.: Питер; 2013. 384 с.
3. Перминова В. Н. Аптечный бизнес. Российские предприниматели — огонь, вода и медные трубы. СПб.: Питер; 2014. 384 с.
4. Перминова В. Н. Фармрынок. Российские предприниматели на международной арене. СПб.: Питер; 2014. 256 с.
5. Трофимова Е., Гетьман М. Классификация лекарственных средств с точки зрения особенностей потребительского поведения. *Ремедиум*. 2002;(5):22—8.
6. Смирнова Е. Взгляд расставшегося с профессией. *Ремедиум*. 2002;(5):12—4.

Поступила 01.09.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Belanovskij S. A. Deep interview: Textbook [*Glubokoe interv'ju: Uchebnoe posobie*]. Moscow: Nikkolo-Media; 2001. 320 p. (in Russian).
2. Perminova V. N. Pharma business. A true story about Russian entrepreneurs [*Farmbiznes. Pravdivaja istorija o rossijskih predprinimateljah*]. St. Petersburg: Piter; 2013. 384 p. (in Russian).
3. Perminova V. N. Pharmacy business. Russian entrepreneurs — fire, water and copper pipes [*Aptechnyj biznes. Rossijskie predprinimateli — ogon', voda i mednye trubki*]. St. Petersburg: Piter; 2014. 384 p. (in Russian).
4. Perminova V. N. Farmrynok. Russian entrepreneurs in the international arena [*Farmrynok. Rossijskie predprinimateli na mezhdunarodnoj arene*]. St. Petersburg: Piter; 2014. 256 p. (in Russian).
5. Trofimova E., Get'man M. Classification of drugs in terms of consumer behavior. *Remedium*. 2002;(5):22—8 (in Russian).
6. Smirnova E. The view of one who has parted with the profession. *Remedium*. 2002;(5):12—4 (in Russian).

³³ Интервью 26 марта 2021 г.

³⁴ Интервью 8 декабря 2020 г.

© ШЕРСТНЕВА Е. В., 2023
УДК 614.2

Шерстнева Е. В.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КООПЕРАЦИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА ПЕНИЦИЛЛИНА В СССР

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

В статье рассмотрен вопрос о взаимодействии СССР с зарубежными учеными и международными организациями в процессе освоения производства пенициллина и создания пенициллиновой промышленности. На основе анализа архивных документов показано, что, несмотря на влияние неблагоприятных внешнеполитических факторов, разные формы этого взаимодействия явились одним из решающих условий создания крупномасштабного производства антибиотика в СССР к концу 1940-х годов.

Ключевые слова: пенициллин; антибиотик; международная кооперация.

Для цитирования: Шерстнева Е. В. Международная кооперация в организации производства пенициллина в СССР. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):120—124. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-120-124>

Для корреспонденции: Шерстнева Елена Владимировна, канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко Минобрнауки России, e-mail: lena_scherstneva@mail.ru

Sherstneva E. V.

THE INTERNATIONAL COOPERATION IN ORGANIZING PENICILLIN PRODUCTION IN THE USSR

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

The article considers interaction of the USSR with foreign scientists and international organizations in the process of mastering production of penicillin and establishment of penicillin industry. The analysis of archival documents demonstrated that despite influence of unfavorable foreign policy factors, various forms of this interaction were one of the decisive conditions of establishment of large-scale antibiotic production in the USSR by the end of the 1940s.

Keywords: penicillin; antibiotic; VIEM; international cooperation.

For citation: Sherstneva E. V. The international cooperation in organizing penicillin production in the USSR. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(1):120—124 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-120-124>

For correspondence: Sherstneva E. V., candidate of historical sciences, the Leading Researcher of the Department of History of Medicine of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: lena_scherstneva@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 17.08.2022
Accepted 31.10.2022

История организации производства пенициллина, в том числе в СССР, свидетельствует о том, что важную роль в этом процессе играло международное сотрудничество, масштабы и формы которого во многом определялись внешнеполитической ситуацией.

Несмотря на то что пенициллин был открыт и в чистом виде выделен учеными Великобритании¹, его промышленное производство было начато в США. Сюда для продолжения исследований в 1941 г. прибыли создатели препарата, привезя с собой производственный штамм. Именно в США международная команда ученых разных специальностей совершенствовала технологию, методы ферментации, питательные среды, вела селекционные работы с продуцентом. В 1944 г. здесь действовало уже 21 предприятие с общей ежемесячной выработкой 200 млрд оксфордских единиц (окс. ед.) антибиотика². Будучи мировым лидером в производстве

пенициллина, США использовали его не только по прямому назначению, но и в качестве мягкой силы в общении с другими странами, в том числе с союзниками.

В СССР знакомство с заграничным препаратом на практике состоялось не позднее начала 1942 г. [1]. Единичные поступления пенициллина осуществлялись под заказ и предназначались для особого контингента пациентов. Осенью того же года в Москве на базе Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ) были начаты работы по созданию отечественного препарата. Открывшиеся для исследователей архивные документы опровергают тезис советских времен о независимости отечественных разработок и убеждают в том, что в процессе создания препарата и совершенствования его производства в СССР зарубежная информация использовалась весьма широко. Так, основанная на документах архива Службы внешней разведки публикация В. М. Чикова свидетельствует об отправке уже в 1942 г. из США в СССР производственного штамма пенициллина агентом С. М. Семеновым (Твенон), действовавшим под прикрытием инжене-

¹ А. Флеминг, Г. Флори и Э. Чейн, ставшие лауреатами Нобелевской премии 1945 г. за получение пенициллина.

² Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Лл. 286—287.

История медицины

ра Амторга³ [2]. Нельзя исключить использование этого продуцента для создания препарата в лаборатории ВИЭМ. Полученный пенициллин был разрешен к применению 20 сентября 1943 г.⁴ Но, несмотря на утверждение о преимуществах советского антибиотика, на деле качество его оставляло желать лучшего. Об этом убедительно говорит тот факт, что для высокопоставленных советских пациентов пенициллин в октябре 1943 г. заказывали, как и ранее, в США⁵. На повестке дня стоял вопрос о совершенствовании отечественного препарата и организации его промышленного производства.

Взаимодействие с зарубежными учеными и международными организациями сыграло в этом процессе весьма важную роль. Несмотря на то, что помощь зарубежных коллег, как правило, была дозированной и вовсе не бескорыстной, СССР сумел извлечь огромную пользу из такого сотрудничества. Так, плодотворным оказалось профессиональное общение в рамках визита в Москву в начале 1944 г. медицинской англо-американской миссии. В ее составе был и Г. Флори. Есть основания полагать, что к поездке в СССР ученого стимулировали не столько гуманные намерения, сколько нарастающее недовольство американскими партнерами. Его самолюбие было уязвлено тем, что при доминировании американских компаний в производстве пенициллина и отправке практически всего препарата в американскую армию малая его часть для дальнейших научных разработок поступала в Американский комитет по медицинским исследованиям, а «команда Флори оставалась вне цикла распределения...». Кроме того, Америка широко пропагандировала успехи собственных ученых, всячески принижая роль британских. По признанию Г. Флори, он даже располагал информацией, «...что русские считают пенициллин американским открытием» [3]. Движимый стремлением доказать обратное и восстановить справедливость, Г. Флори прибыл в Москву. Стенограмма его речи на заседании Президиума Ученого медицинского совета Наркомздрава СССР 5 февраля 1944 г., хранящаяся в ГАРФ⁶, свидетельствует, что для создателя пенициллина было большой неожиданностью наличие в СССР собственного антибиотика. Однако своевременное и тактически верное заявление З. В. Ермольевой успокоило и расположило английского коллегу. По словам докладчицы, препарат привлек ее внимание в начале войны, «когда появились работы Флори и Абрагама, когда мы получили сведения о методе очистки этого препарата и его клиническом применении»⁷.

В ходе визита Г. Флори передал советским коллегам два штамма *Penicillium notatum* (для поверхностного и глубинного брожения), предоставил материалы о методах культивирования грибка и приготовления питательных сред, поделился деталями технологического процесса⁸, безусловно, за исключением информации о методе глубинной ферментации, засекреченном США. Вернувшись в Великобританию, Г. Флори позаботился о том, чтобы материалы о клиническом применении пенициллина и лечении ран регулярно направлялись его советским коллегам в ВИЭМ [3]. Заинтересованность Г. Флори в сотрудничестве с советскими учеными объяснялась, безусловно, и общими целями союзников в мировой войне.

Кроме того, визит Г. Флори способствовал прояснению важнейшего для практических врачей вопроса о лечебных дозах отечественного антибиотика. Привезенный им пенициллин и пенициллин ВИЭМ были испытаны при лечении сепсиса у пациентов клиники профессора И. Г. Руфанова. Отражая результаты терапии, в рапорте в Наркомздрав СССР от 15 марта 1944 г. он сообщил о превосходстве пенициллина ВИЭМ, требовавшего «для излечения сепсиса значительно меньшего количества единиц»⁹. Необходимость проверки утверждения И. Г. Руфанова была одной из причин, которая подвигла академика Н. Н. Бурденко провести сравнительное изучение отечественного и импортного препаратов во фронтовых условиях. Осенью 1944 г. раненые Первого Прибалтийского фронта стали участниками 2-месячного исследования, результаты которого показали необходимость введения пенициллина ВИЭМ в тех же дозах, что и американского, массовые поставки которого начались в 1944 г. [4]. Этот вывод нашел отражение в инструкции по применению пенициллина, изданной Наркомздравом СССР в 1945 г.

Согласно рапорту З. В. Ермольевой в Наркомздрав СССР, за весь 1944 г. подведомственная ей лаборатория ВИЭМ изготовила 530 млн окс. ед. антибиотика¹⁰. Чтобы понять, сколь незначительно было это количество, надо принять во внимание, что один курс терапии у взрослого человека в серьезных случаях (сепсис, пневмония и т. п.) требовал более 1 млн единиц пенициллина¹¹. Обеспечить страну новым лекарством не позволяли и ленд-лизовские поставки препарата, начавшиеся лишь летом 1944 г. Они были лимитированными и небесплатными. С июня 1944 г. по июль 1945 г. в СССР из США было поставлено 210 тыс. ампул (по 100 тыс. окс. ед.) на сумму 336 тыс. долларов¹².

Для расширения отечественного производства методика ВИЭМ в конце 1944 — начале 1945 г. была передана на предприятия наркоматов здравоохра-

³ Амторг — акционерное общество, созданное в 1924 г. в США в штате Нью-Йорк для координирования советско-американских торговых операций. В годы войны вместе с Правительственной закупочной комиссией СССР занималось и организацией поставок по ленд-лизу.

⁴ ГАРФ. Ф. Р-6742. Оп. 2. Ед. 1437. Л. 2.

⁵ Российский государственный архив экономики (РГАЭ). Ф. 413. Оп. 12. Ед. 8215. Лл. 50—51.

⁶ ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. хр. 251. Л. 7.

⁷ ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. хр. 251. Л. 8, 9.

⁸ ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. хр. 251. Л. 8, 9.

⁹ ГАРФ. Ф. 6742. Оп. 1. Ед. 257. Л. 1.

¹⁰ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Л. 182.

¹¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Л. 198.

¹² ГАРФ. Ф. 413. Оп. 34. Ед. 158. Л. 72.

нения и мясомолочной промышленности СССР, где небольшие цеха были оснащены оборудованием лабораторного типа. К концу 1945 г. количество предприятий достигло шести (по три в каждом наркомате). Все они работали по методу поверхностного брожения и, за исключением Микояновского мясокомбината, оснащенного громоздкой и несовершенной аппаратурой для сушки пенициллина, выпускали антибиотик в жидком виде. Однако мощность и этих предприятий была так мала, что не позволяла ощутимо сократить разрыв между совокупным объемом выпуска антибиотика и потребностью в нем здравоохранения: за 9 месяцев 1945 г. все предприятия СССР дали стране 1170 млн окс. ед. антибиотика¹³ при рассчитанной потребности на 1946 г. в 3,2 трлн единиц¹⁴.

Как показал анализ архивных документов, достичь необходимых объемов производства не позволяли не только организационные проблемы, но и отставание в уровне развития научных дисциплин, связанных с ферментативными процессами с участием микроорганизмов, общая технологическая отсталость страны. На это указывали привлеченные к решению проблемы ученые-физики, в частности сотрудник Института физических проблем АН СССР профессор П. Г. Стрелков¹⁵. Было очевидно, что решить проблему в короткие сроки невозможно без использования зарубежных знаний и технологий. Камнем преткновения была недоступность передовой методики глубинного брожения, засекреченной США.

Задействованные в производстве антибиотика наркоматы подходили к решению проблемы с разных сторон. Нарком здравоохранения СССР Г. А. Митерев видел выход в срочном приобретении в США двух современных заводов мощностью 80 млрд окс. ед. в месяц каждый¹⁶. Этот дорогостоящий вариант позволял в наиболее короткие сроки обеспечить здравоохранение антибиотиком в необходимом объеме. Однако правительство после продолжительного рассмотрения вопроса и отклонения предложения одной из американских компаний сочло необходимым ограничиться приобретением лишь одного завода. На это оно выделило 2 млн долларов, зафиксировав свое решение в Постановлении Совмина СССР от 29 мая 1946 г. «Об увеличении производства пенициллина для нужд здравоохранения»¹⁷. Но и это намерение не позволила реализовать политическая ситуация: с началом холодной войны США ввели запрет на экспорт оборудования стратегического значения.

Нарком мясомолочной промышленности П. В. Смирнов, планируя расширить производство пенициллина в системе подведомственного ему наркомата, в конце 1945 г. отправил в научную коман-

дировку в Англию к Г. Флори и Э. Чейну директора завода медицинских препаратов при Бакинском мясокомбинате доктора биологических наук Н. М. Бородин. Его задача заключалась в том, чтобы получить максимум информации о производстве пенициллина за рубежом и доставить производственные штаммы. Как показало знакомство с отложившимися в ГАРФ донесениями, действовал он не вполне легальными методами. Эта поездка Н. М. Бородина позволила СССР получить в 1946 г. большой объем научной информации, в том числе по химии пенициллина, усовершенствованный штамм *Penicillium notatum*, а также штамм стрептомицина [5].

Еще один вариант частичного решения проблемы появился в ходе взаимодействия СССР с Администрацией помощи и восстановления Объединенных Наций (ЮНРРА). Речь шла о получении от этой организации в составе гуманитарной помощи оборудования для пенициллиновых заводов, что нашло отражение в вышеупомянутом Постановлении Совмина СССР от 29 мая 1946 г.

Созданная в 1943 г. для оказания помощи странам — жертвам войны международная гуманитарная организация ЮНРРА более чем на 70% финансировалась Соединенными Штатами¹⁸. Чтобы получить от нее помощь и при этом избежать выполнения встречных требований, противоречивших интересам страны, СССР пришлось пойти на компромисс¹⁹. Две республики СССР — Украина и Белоруссия — на правах самостоятельных членов вошли в ООН и подали заявки на получение безвозмездной помощи в объеме 250 млн долларов с поставкой в течение года²⁰. В обозначенную сумму вошла и стоимость «пенициллиновых фабрик» небольшой мощности (16 млрд окс. ед. в месяц) для Минска и Киева, запустить которые предполагалось в конце 1946 — начале 1947 г.²¹ Этот проект при демонстрации гуманных намерений на деле носил, безусловно, политический характер: он позволял США поднять свой международный авторитет без особых жертв с их стороны, поскольку поставляемые маломощные заводы были технологически устаревшими для Америки и их запуск в других странах не угрожал конкуренцией на мировом рынке.

Однако на пути реализации и этого проекта встали препятствия, обусловленные нараставшей в условиях холодной войны взаимной антипатией. Рассекреченные архивные документы свидетельствуют, что к лету 1947 г., когда ЮНРРА свернула свою деятельность в советских республиках, оборудование в полном объеме так и не поступило. Например, в Белоруссию к этому времени было отправлено оборудования на сумму, составляющую лишь 27% его общей стоимости, а в виде заказов на изготовление удалось разместить лишь порядка 80% его стоимо-

¹³ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л. 16.

¹⁴ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Лл. 25—28.

¹⁵ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Л. 38.

¹⁶ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 20. Ед. 21. Лл. 286—287.

¹⁷ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л. 187.

¹⁸ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 206.

¹⁹ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 205.

²⁰ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 12. Ед. 10324. Л. 83.

²¹ Такие же заводы ЮНРРА планировала поставить еще в Чехословакию, Польшу, Югославию и Италию.

История медицины

сти²². Поставки производились медленно, без соблюдения требования комплектности²³, некоторые существенные части оборудования не были закуплены вовсе²⁴. Доставленные чертежи не соответствовали поступившему заводскому оснащению. Советским специалистам, проходившим обучение в Канаде, дали строго ограниченный набор знаний, не допустив к производству антибиотика в кристаллическом виде²⁵. Формальный подход руководства ЮНРРА к реализации проекта становился все более очевидным, что усиливало разногласия между СССР и США²⁶.

Тем не менее Советский Союз извлек пользу из этого проекта. Поскольку завершение его было переложено на ВОЗ, в 1948 г. советскими республиками оборудование все же было получено. И даже несмотря на его несовершенство, появлялась возможность возводить заводы уже не с нуля, снижая собственные затраты. Безусловно, имело значение и приобщение советских специалистов к западным технологиям и производственной культуре.

Однако было очевидно, что полученные «пенициллиновые фабрики» не обеспечивали выхода на новый уровень производства. Для этого требовался технологический прорыв. А потому взоры советского руководства опять были обращены к английским коллегам. Именно в Лондон в 1947 г. был вновь командирован Н. М. Бородин, ставший директором созданного в том же году в Москве Всесоюзного НИИ пенициллина. Туда же прибыли инженер-технолог В. И. Зейфман, биолог Л. М. Уткин и инженер-механик В. А. Чернявский²⁷. Созданная таким образом команда по заданию Минздрава СССР занималась подготовкой к заключению договора с Э. Чейном о технической помощи в производстве пенициллина и стрептомицина, приемкой технической документации²⁸. Важно отметить, что инициатива заключения договора исходила от самого Э. Чейна, обозначившего и стоимость своей услуги немногим более 36 тыс. фунтов стерлингов. Природная предприимчивость Э. Чейна была подкреплена реформами в сфере патентного законодательства в Великобритании. Получив урок от США, которые извлекли колоссальную выгоду из научных разработок британских ученых²⁹, англичане окончательно осознали, что соблюдение джентльменских традиций в этой сфере наносит вред экономике страны.

В соответствии с договором, заключенным 20 июля 1948 г., СССР получил от Э. Чейна обзор методов производства и оборудования, подробные инструк-

ции для всех этапов процесса, а также патент на производство стабильных растворов, содержащих пенициллин. Эти материалы были адаптированы к советским производственным и сырьевым условиям. Кроме того, СССР получил и продуценты: знаменитый висконсинский штамм Q176 и штамм стрептомицина. Несмотря на возникшие на этапе внедрения технологических трудности и разногласия, обе стороны в итоге оказались вполне удовлетворены результатами этой сделки [6]. Тогда же были заключены контракты на закупку в Англии пенициллинового оборудования на 70 тыс. фунтов стерлингов³⁰, правда, лишь того, которое не подлежало экспортному контролю в странах, присоединившихся к «плану Маршалла»³¹.

Получение важной научно-технической информации, продуцентов, части оборудования позволило Советскому Союзу усовершенствовать московские пенициллиновые предприятия и при существенном увеличении капиталовложений в производственное строительство в 1949 г. пустить четыре новых завода — в Киеве, Минске, Риге и Свердловске — с плановой мощностью 1 трлн МЕ в год каждый³², начать строительство крупного завода в Красноярске³³. Уже к концу 1949 г. удалось резко увеличить годовой объем выпуска пенициллина до 3 трлн МЕ³⁴, что почти покрывало потребность здравоохранения, ввести в арсенал советских медиков белый кристаллический пенициллин, приступить к организации производства стрептомицина, незаменимого в борьбе с туберкулезом.

В организации промышленного производства пенициллина в СССР и превращении его в фактор здравоохранения, безусловно, была большая заслуга отечественных специалистов, руководителей здравоохранения СССР Г. А. Митерева, Е. И. Смирнова. Однако нельзя не признать, что решение в отношении коротких сроков такой сложной задачи было бы невозможно без привлечения зарубежной научной информации, без помощи зарубежных ученых и международного взаимодействия, хоть и осложненного политическими факторами.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерстнева Е. В. «В памяти такая скрыта мощь...». *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(6):1619—23.
2. Чиков В. М. Советский агент Твен вынуждал американцев помогать союзникам помимо их воли. *Военно-промышленный курьер*. 15 сентября 2004. Режим доступа: <http://www.svr.gov.ru/smi/2004/09/vpkurjer20040915.htm> (дата обращения 14.06.2022).
3. Avery D. Wartime Medical Cooperation across the Pacific: Wilder Penfield and the Anglo-American Medical Missions to the Soviet Union and China, 1943—1944. *Pacific Sci.* 2000;54(3):289—98.

³⁰ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 5220. Л. 46.

³¹ Этот план, провозглашенный в 1947 г. как программа помощи послевоенной Европе, стал одним из инструментов холодной войны.

³² ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 50а. Ед. 5372. Лл. 9—8.

³³ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 51а. Ед. 5398. Л. 8.

³⁴ Там же. Л. 5.

²² РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2683. Лл. 77—76.

²³ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 146.

²⁴ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 137—136.

²⁵ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2683. Л. 76.

²⁶ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 15.

²⁷ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 7820. Л. 17.

²⁸ Там же. Л. 18.

²⁹ Имеются в виду результаты использования США достижений английских ученых в области ядерных исследований и получении пенициллина.

4. Бурденко Н. Н. Письма хирургам фронтов о пенициллине. М.; 1945.
 5. Шерстнева Е. В. Малоизвестный фигурант пенициллинового проекта СССР Николай Михайлович Бородин. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):511–6.
 6. Шерстнева Е. В. Меморандум Э.Чейна: новые документы и факты. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(1):172–7.
- Поступила 17.08.2022
Принята в печать 31.10.2022
- REFERENCES
1. Sherstneva E. V. “Such power is hidden in memory...”. *Problemy social'noj gigieny, zdavooxraneniya i istorii mediciny*. 2021;29(6):1619–23 (in Russian).
 2. Chikov V. M. The Soviet agent Twain forced the Americans to help the allies against their will. *Voenno-promyshlennyj kur'er*. September 15, 2004. Available at: <http://www.svr.gov.ru/smi/2004/09/vpkurjer20040915.htm> (accessed 14.06.2022) (in Russian).
 3. Avery D. Wartime Medical Cooperation across the Pacific: Wilder Penfield and the Anglo-American Medical Missions to the Soviet Union and China, 1943–1944. *Pacific Sci*. 2000;54(3):289–98.
 4. Burdenko N. N. Letters to surgeons of the fronts about penicillin [*Pis'ma khirurgam frontov o penitsilline*]. Moscow; 1945 (in Russian).
 5. Sherstneva E. V. A little-known person involved in the penicillin project of the USSR Nikolai Mikhailovich Borodin. *Problemy social'noj gigieny, zdavooxraneniya i istorii mediciny*. 2022;30(3):511–6 (in Russian).
 6. Sherstneva E. V. Memorandum of E. Cheyne: new documents and facts. *Problemy social'noj gigieny, zdavooxraneniya i istorii mediciny*. 2022;30(1):172–7 (in Russian).

Плотниченко П. К., Ратманов П. Э.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ШКОЛЬНИКАМ В СОВЕТСКОЙ РОССИИ В 1920-е ГОДЫ: ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ИДЕЙ

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск

Статья посвящена историческому взаимодействию Советской России и Веймарской республики в области проведения профилактики кариеса у детей в 1920-е годы и роли в нем П. Г. Дауге. При организации зубоврачебной помощи школьникам в РСФСР была заимствована методика немецкого профессора А. Канторовича, в которую были внесены лишь незначительные изменения. Практическое внедрение плановой санации полости рта у детей в масштабах всей Советской России началось только во второй половине 1920-х годов. Это было связано со скептическим отношением зубных врачей к методу «плановой санации» в условиях Советской России.

Ключевые слова: Наркомздрав РСФСР; Германия; международное сотрудничество; Советская Россия; детская стоматология; А. Канторович; П. Г. Дауге; Веймарская республика; санация.

Для цитирования: Плотниченко П. К., Ратманов П. Э. Стоматологическая помощь школьникам в Советской России в 1920-е годы: преемственность идей. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):125—129. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-125-129>

Для корреспонденции: Ратманов Павел Эдуардович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Дальневосточного государственного медицинского университета, e-mail: ratmanov@gmail.com

Plotnichenko P. K., Ratmanov P. E.

THE STOMATOLOGICAL CARE OF SCHOOLCHILDREN IN THE SOVIET RUSSIA IN 1920s: SUCCESSION OF IDEAS

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Far Eastern State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 680000, Khabarovsk, Russia

The article considers historical interaction between the Soviet Russia and the Weimar Republic related to prevention of caries in children in 1920s and the role of P. G. Dauge in it. The methodology of German Professor A. Kantorovich with minor alterations was adopted to be applied in organization of dental care of schoolchildren in the RSFSR. In the Soviet Russia, the practical implementation of planned oral cavity sanitation in children started on a national scale only in second half of the 1920s. It was caused by skeptical attitude of dentists to methodology of “planned sanitation” in conditions of the Soviet Russia.

Keywords: RSFSR; the People's Commissariat of Health; Germany; international cooperation; the Soviet Russia; children; dentistry; A. Kantorovich; P. G. Dauge; Weimar Republic; sanitation.

For citation: Plotnichenko P. K., Ratmanov P. E. The stomatological care of schoolchildren in the Soviet Russia in 1920s: Succession of ideas. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):125–129 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-125-129>

For correspondence: Ratmanov P. E., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care Organization of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Far Eastern State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: ratmanov@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had sponsor support of the Russian Science Foundation (Project № 19-18-00031).

Received 15.07.2022

Accepted 31.10.2022

Тесное сотрудничество Советской России и Веймарской республики в области медицины и здравоохранения является важной вехой в истории медицины СССР и Германии [1–3]. Одной из точек соприкосновения медиков двух стран стала проблема профилактики кариеса у детей. В советской историографии считалось, что П. Г. Дауге и немецкий профессор Альфред Канторович одновременно и независимо друг от друга пришли к идее о плановой санации детей [4]. Но в какой мере идея Дауге была независимой? Насколько сильно было влияние на подходы Наркомздрава РСФСР наследия дореволюционного зубо врачевания России и зарубежного опыта? В чем различия трудов П. Г. Дауге и А. Канторовича по организации профилактики стоматологических заболеваний у детей? Каков вклад П. Г. Дауге в методику «плановой санации» полости рта?

В русской научной литературе до Первой мировой войны не раз упоминалась идея плановой стоматологической помощи детям, а труды основоположника отечественной стоматологии А. К. Лимберга принято рассматривать как первые в данном направлении [5, 6]. Но предложенная им организационная модель была плохо проработана. По мнению отечественного ученого, систематическую зубо врачебную помощь школьникам было невозможно построить на «чисто филантропических началах» [6]. Отсюда следовала такая особенность подхода Лимберга, как разделение обучающихся в школах на имущий и неимущий классы. Так, имущий класс должен был платно получать высококвалифицированную помощь в зубных кабинетах при школах два раза в год. Дети неимущего класса должны были один раз в год направляться на лечение в городскую ам-

булаторию, где им проводили бы лечение «молодые врачи» под контролем опытного врача. Помимо этого, в послеобеденное время такие лечебницы могли становиться платными и принимать не только учащихся, но и их родственников и всех желающих. А. К. Лимберг советовал начинать с младших классов и не пытаться охватить сразу несколько возрастных групп школьников [6].

Эта тема не раз затрагивалась отечественными стоматологами и учеными. Так, А. В. Фишер поднял ее на своем выступлении на Первом одонтологическом съезде в Нижнем Новгороде в 1896 г. [7]. Однако в России эта идея не могла получить развитие в силу комплекса социально-экономических и политических причин. Несмотря на «вполне современные» требования зубоветеринарной помощи детям, предложенные Лимбергом, его методика не подходила под условия РСФСР, поскольку была разработана под условия Российской империи [6, 7]. В связи с этим после установления советской власти встал вопрос о разработке новых подходов к организации зубоветеринарной помощи детям. Разработка такого проекта была поручена в 1921 г. главе зубоветеринарной подсекции Наркомздрава РСФСР П. Г. Дауге и инструктору Гинзбургу¹.

Будучи выпускником берлинской зубоветеринарной школы, Дауге обратил внимание на организацию данного дела в Веймарской республике. По мнению Дауге, высказанному в 1933 г., «идея систематического оздоровления полости рта учащихся» в Германии была предложена раньше, чем в царской России [7]. Дауге был знаком с работами А. К. Лимберга и его докладом «О зубах учащихся и организации зубоветеринарной помощи в школах» на заседании Русского общества охранения народного здравия в 1899 г. [6, 8].

Для Дауге «родоначальницей» детского зубоветеринарного лечения была не Россия, а Веймарская республика. В 1924 г. «основоположником современного школьного зубоветеринарного лечения» Дауге назвал зубного врача Эрнста Иессена (Ernst Jessen), основавшего в 1902 г. в Страсбурге школьную стоматологическую клинику [9]. Высокий уровень социально-экономического развития Германии начала XX в. позволил этой идее реализоваться. К моменту установления связей между Веймарской республикой и РСФСР немецкие зубные врачи предложили ряд организационных методик по оказанию зубоветеринарной помощи детскому населению. Однако, по мнению П. Г. Дауге, именно немецкий зубной врач Альфред Канторович (Alfred Kantorowicz) в 1917—1919 гг. разработал и применил на школьниках Бонна и его окрестностей новаторскую методику «плановой санации» [7]. Известно, что после личного знакомства главы зубоветеринарной подсекции Наркомздрава РСФСР с немецким коллегой в 1921 г. за основу советского зубоветеринарного лечения была взята методика А. Канторовича [7].

Опираясь на книгу Канторовича 1919 г. «Будущее зубоветеринарного лечения» («*Die Zukunft der Zahnheilkunde*»), Дауге уже в 1922 г. написал первую работу по стоматологии детского возраста «Проект систематической борьбы с кариозом зубов в РСФСР» [10]. Немного позднее в «Бюллетене Наркомздрава» была опубликована «Инструкция по борьбе с кариозом зубов среди детей школьного возраста», ставшая базисом для организации направления «плановой санации» в РСФСР [11]. В 1933 г. в своем труде «Социальные основы советской стоматологии» Дауге писал, что в методику Канторовича были внесены изменения, отражавшие социальные условия в СССР и особенности советского здравоохранения [7].

В труде «Будущее стоматологии» (1919) профессор Канторович особое внимание уделял методам и порядку оказания зубоветеринарной помощи детскому населению [12]. Вместе с этим он рассматривал и психологические аспекты, которые помогли бы зубным врачам в работе с детьми. Он говорил, что для успешного проведения «плановой санации» между клиниками и школами должно быть организовано тесное сотрудничество. Школа в этом случае, полагал Канторович, воздействует на детей своим авторитетом. Начиная с младших классов посещения зубного врача должны были проводиться в учебное время, что позволяло лучше организовывать детей и вырабатывать у них привычку по уходу за зубами [12]. По мнению Канторовича, в первые полгода обучения в школе ребенок проходит адаптацию к новым условиям, следовательно, в этот период никаких лечебных мероприятий он предлагал не проводить. Во втором полугодии, когда дети «подружились» со школой, зубные врачи могут приступать к обследованию и лечению.

Канторович акцентировал внимание на кариозных молочных зубах в сменном прикусе. Важную роль этих зубов он объяснял тем, что микрофлора в полости разрушенного кариесом молочного зуба способствует развитию кариеса на постоянном, когда он прорезывается до уровня полости или прикрывает ее. Поэтому немецкий профессор определил показания и оптимальные сроки удаления молочных зубов. Так, чтобы избежать поражения постоянных зубов, вторые молочные резцы и вторые молочные моляры, пораженные кариесом, по его мнению, необходимо удалять до соприкосновения постоянного зуба с кариозной полостью молочного. Однако слишком раннее удаление может привести к развитию зубочелюстных аномалий, поэтому Канторович также определил и возраст детей, в котором можно безвредно удалить пораженные молочные зубы. Он считал, что вторые молочные моляры можно удалить в 10 лет, а вторые молочные резцы можно удалять уже к моменту прорезывания первых постоянных резцов [12].

Дауге в работе «Инструкция по борьбе с кариозом зубов среди детей школьного возраста» (1922) уделял больше внимания документации и организации «плановой санации», чем особенностям зубоветеринарной тактики. Он кратко упомянул порядок

¹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). А-482. Оп. 20. Д. 58. Л. 10.

История медицины

осмотра школьников, который полностью основывался на методике Канторовича, за исключением одного незначительного изменения. Так, в первый год проведения «плановой санации» в РСФСР было необходимо полностью провести санацию в старшей группе школьников. Павел Георгиевич связывал это с тем, что после окончания школы они ускользают от внимания зубных врачей [11].

В более позднем своем труде «Социальные основы советской стоматологии» (1933) он не только подробно расписал методику и порядок помощи, но и выделил особенности, связанные с организацией школьного образования в Советской России. По мнению Дауге, наибольшее влияние на качество проведения методики Канторовича в РСФСР оказывал возраст детей, идущих в школу. Так, на территории Веймарской республики дети начинали обучение в школе с шести лет, а в Советской России — с восьми. Сложность заключалась в том, что советские зубные врачи не могли проследить за прорезыванием шестого моляра и провести необходимую профилактику кариеса. Усложняло проведение немецкой методики и то, что школьное образование в Советской России стало обязательным только в 1930 г. [7]. Несмотря на существенные различия в системе школьного образования, значительных изменений метод Канторовича в РСФСР не претерпел [7].

В организации помощи детям дошкольного возраста в РСФСР большую роль сыграл вопрос жизнеспособности эмали и возможности влияния на нее. Канторович считал эмаль нежизнеспособной тканью, из-за чего повлиять на нее было невозможно, однако Дауге с ним не был согласен [7]. Эта разница во мнениях стала основой для организации сотрудничества зубных врачей с акушерами-гинекологами, домами охраны материнства и младенчества. Это расширило понятие «плановой санации», предложенное Канторовичем [4]. Так, для профилактики поражений зубов и жевательного аппарата в период беременности, по мнению Дауге, было необходимо специальное «известковое» питание [7]. А профилактика в период лактации сводилась к рациональному питанию матери и добавочному питанию ребенка. Также Дауге говорил о том, что эти мероприятия будут наиболее эффективны, когда «зубы матери будут в полной исправности» [7].

В 1919 г. Канторович также затрагивал вопрос нормы работы зубных врачей. Так, по расчетам немецкого профессора, за 3-часовой рабочий день зубной врач мог провести осмотр 30 детей. Также Канторович писал, что на постановку пломбы требуется около 10—15 мин, а среднее количество пломбировок в день составляло 10—12 [12]. Определяя нормы работы советских зубных врачей, Дауге также исходил из расчетов немецкого коллеги. Однако в вопросе пломбировки он разделял мнение ассистентки Канторовича Сельмы Пер (Selma Roer) о том, что для «данных манипуляций» достаточно и 5 мин (но «при наличии условия хорошо обученного вспомогательного персонала») [7]. Поэтому в методику бы-

ло внесено несколько изменений, также связанных с особенностями и организации работы советских амбулаторий политического уклада, и материального обеспечения в РСФСР.

В Советском Союзе рабочий день зубного врача составлял 5 ч, а на одного зубного врача приходилось около 3—5 тыс. детей. Позднее из-за низкой квалификации работников и плохого материального обеспечения эта норма была снижена до 2 тыс. [11]. Несмотря на согласие Дауге с ассистенткой А. Канторовича, инструкция Наркомздрава устанавливала время на постановку одной пломбы в среднем 10 мин [7]. Это могло быть связано с тем, что руководство Наркомздрава РСФСР осознавало нехватку в стране вспомогательного медицинского персонала и современного оборудования. Также в 1933 г. Павел Георгиевич упоминал об успехах советских зубных врачей, говоря о том, что они давно преодолели норму Канторовича по пломбировкам. Так, советский зубной врач делал за рабочий день 10—15—20 пломбировок, но с учетом более продолжительного рабочего дня 20 пломбировок соответствовали норме, заявленной Канторовичем [7].

Вопрос материального обеспечения зубных врачей был особо актуален в РСФСР. Со слов П. Г. Дауге, немецкий профессор советовал приготовить на рабочий день столько зеркал и зондов, сколько будет осмотрено детей, чтобы не терять время на их стерилизацию. Однако Павел Георгиевич писал, что это требование в условиях материального кризиса РСФСР не было выполнимым. Вместе с тем он считал, что, имея с собой стерилизатор или 3% раствор лизоформа, «вполне можно обойтись дюжиной каждого инструмента» [7].

Интересно, что в труде 1919 г. А. Канторович уделял внимание документации, заполняемой зубным врачом, в то время как Дауге практически полностью посвятил этому вопросу «Инструкцию по борьбе с костоедой зубов среди детей школьного возраста» (1922). В нем глава зубоортодонтической подсекции Наркомздрава РСФСР подробно рассказал о необходимости этой документации, а также дал практические советы по ее заполнению [11]. Несмотря на то что Канторович в своем труде не затрагивал особенности ведения документации, стоит упомянуть о созданной им индивидуальной санационной карточке, которая была взята за основу подобной в РСФСР. В эту карточку были внесены лишь незначительные изменения, например изменение графы с указанием пола ребенка, которую для удобства заполнения сделали в виде двух квадратов [7]. О практически полном заимствовании этой карты говорил и сам Дауге [7].

Цель, которую ставили Дауге и Канторович перед «плановой санацией», была практически идентична — «искоренить заболевания зубов» (*die Zahnkrankheiten auszurotten*) у Канторовича [11] и «фактическое искоренение кариеса зубов среди подрастающего поколения» у Дауге [12]. Однако Канторович говорил о недостижимости этой цели и возможности только свести частоту заболеваемости к

минимуму благодаря правильной организации зубо-врачебной помощи школьникам. Дауге же считал свою цель вполне реальной [7]. Это соответствовало духу оптимизма первых лет советской власти по созданию нового советского человека [13].

Несмотря на то что методика Канторовича была взята за основу для организации детской стоматологии в РСФСР еще в 1922 г., практическое ее внедрение за пределами Москвы началось только во второй половине десятилетия. Это было связано со скептическим отношением зубных врачей к методу «плановой санации» в условиях Советской России. Об этом упоминают и сами зубные врачи в своих докладах как на Первом (1923) [14], так и на Втором (1925) [15] и даже Третьем (1928) Всероссийских (Всесоюзных) одонтологических съездах [16]. При этом советские стоматологи не сомневались в положительных сторонах метода Канторовича, но не считали его подходящим для условий РСФСР. Основные аргументы против его применения обобщил М. О. Коварский. В своем ответе на доклад П. Г. Дауге он говорил, что для массовой организации этого метода в РСФСР необходимо несколько предпосылок: хозяйственная, социально-экономическая, научно-медицинская. Однако в РСФСР этих факторов не было, поэтому метод санации проф. Канторовича, по мнению Коварского, был «у нас неприменим» [17]. Все это затрудняло введение методики Канторовича в советскую зубо-врачебную практику, и только в конце 1920-х годов она вышла за пределы Показательной профилактической детской амбулатории Наркомздрава РСФСР (зав. ортодонтическим кабинетом — Яков Ефимович Шапиро) и приобрела массовый характер.

Чтобы снизить влияние плохого материального обеспечения на работу и повысить охват школьников, советские зубные врачи старались адаптировать систему Канторовича. Однако, изменения коснулись лишь отдельных лечебных методик. Так, по словам Дауге, немецкий профессор считал, что при гангрене пульпы 6-го постоянного моляра необходимо удалить все четыре моляра для профилактики возникновения зубочелюстных аномалий (хотя в доступных нам работах Канторовича мы таких сведений не нашли). В РСФСР считали это неприемлемым и негуманным, поэтому было решено не удалять здоровые зубы, а гангренозный зуб оставлять (со вскрытой пульповой камерой) и удалять его только после прорезывания 7-го моляра [18]. Помимо этого, были попытки внести изменения и в организацию методики, чтобы охватить как можно больше школьных групп детей. Однако эта идея провалилась из-за огромной нагрузки на зубных врачей, и было принято решение не вносить организационных изменений в методику Канторовича [18]. Поэтому можно сказать, что организация метода на территории Советской России в целом шла по пути сближения с немецким оригиналом. Это подтверждают и регулярные сравнения статистических показателей метода на территории РСФСР с

показателями Веймарской республики как с эталонным проведением «плановой санации» [18].

Заключение

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что при организации зубо-врачебной помощи школьникам в РСФСР была заимствована методика немецкого профессора А. Канторовича, в которую были внесены лишь незначительные изменения. Вместе с тем Павел Георгиевич концентрировал свое внимание больше на социальных факторах развития кариеса, чем на местных, в отличие от немецкого коллеги. Однако еще более интересной особенностью стало то, что эта методика, принятая еще в 1931 г. (циркуляр № 25 Наркомздрава РСФСР «Об обязательной санации полости рта детей школьного возраста»), оставалась в основе плановой стоматологической помощи детям еще многие десятилетия [19]. Для этого феномена американский исследователь Майкл Дэвид ввел понятие «*fossilization of medical practices*» («окаменение медицинских практик», т. е. сохранение введенных в 1920—30-е годы организационных инноваций, забытых на Западе в последующие десятилетия), которое хорошо описывает судьбу советской плановой санации полости рта у детей [20].

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19-18-00031).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Д. А., Дмитриев А. Н., Копелевич Ю. Х. Советско-германские научные связи времени Веймарской республики. СПб.: Наука; 2001.
2. Плотниченко П. К., Ратманов П. Э. Трансфер идей и технологий в области зубо-врачевания между Советской Россией и Веймарской республикой в 1920—1930-е гг. *Стоматология*. 2022;101(1):103—7.
3. Solomon S. G. Introduction: Germany, Russia and Medical Cooperation between the Wars. In: Solomon S. G., ed. *Doing Medicine Together: Germany and Russia Between the Wars*. Toronto: University of Toronto Press; 2006. P. 3—31.
4. Липовецкая Л. Л. П. Г. Дауге. М.: Медицина; 1973.
5. Лимберг А. К. Современная профилактика и терапия кистозов зубов. СПб.: Тип. И. Н. Скороходова; 1891.
6. Лимберг А. К. О зубах у учащихся и организация зубо-врачебной помощи в школах. СПб.; 1900.
7. Дауге П. Г. Социальные основы советской стоматологии. М.: Гос. мед. изд-во; 1933.
8. Пашков К. А. Зубо-врачевание и стоматология в России. Основные этапы и направления развития (IX—XX век). Казань: Центр инновационных технологий; 2011.
9. Дауге П. Г. Кариес как социальная болезнь. В кн.: Дауге П. Г. Труды 1-го Всероссийского одонтологического съезда. М.: Изд. Наркомздрава РСФСР; 1924. С. 76—104.
10. Дауге П. Г. Проект систематической борьбы с кистозной зубной болезнью в РСФСР. *Вестник государственного зубо-врачевания*. 1922;(1):8—33.
11. Дауге П. Г. Инструкция по борьбе с кистозной зубной болезнью среди детей школьного возраста. *Бюллетень Народного комиссариата здравоохранения*. 1922;(12):7—8.
12. Kantorowicz A. Die Zukunft der Zahnheilkunde: und die Zahnärztliche sanierung des Deutschen Volkes. Berlin: Verlag von Hermann Meusser; 1919.
13. Хоффманн Д. Л. Взращивание масс: модерное государство и советский социализм, 1914—1939. М.: Новое литературное обозрение; 2018.
14. Шапиро Я. Е. О санации зубов детского возраста. В кн.: Дауге П. Г. Труды 1-го Всероссийского одонтологического съезда. М.: Изд. Наркомздрава РСФСР; 1924. С. 291—5.

История медицины

15. Дауге П. Г., Евдокимов А. Е., Коварский М. О. Труды II-го все-союзного одонтологического съезда (24—30 ноября 1925 года). М.: Изд-во Наркомздрава РСФСР; 1926.
16. Машур А. С. «Экономика» санации. В кн.: Труды III Всесоюзного одонтологического съезда (6—12 июня 1928 г.). Л.: Одонтологич. об-во; 1929. С. 69—73.
17. Дауге П. Г. Труды I-го Всероссийского одонтологического съезда. М.: Изд. Зубчасти леч. отд. НКЗ РСФСР; 1924.
18. Шапиро Я. Е., Папернова Т. Э., Петрова-Горелова В. Н. Санация полости рта. М.: Изд-во Наркомздрава РСФСР; 1927.
19. Гончар В. В. Советско-германские коммуникации в области стоматологии в 1920-е гг. *Российский стоматологический журнал*. 2021;25(5):61—4.
20. David M. Z. The white plague in the Red capital: the control of tuberculosis in Russia, 1900—1941. Chicago: University of Chicago; 2007.
8. Pashkov K. A. Dentistry and dentistry in Russia. The main stages and directions of development (IX—XX century) [*Zubovrachevanie i stomatologiya v Rossii. Osnovnyye etapy i napravleniya razvitiia (IX—XX vek)*]. 2nd ed. Kazan: Center for Innovative Technologies; 2011 (in Russian).
9. Dauge P. G. Caries as a social disease. In: Dauge P. G. (ed) *Trudy 1-go Vserossiiskogo odontologicheskogo s'ezda*. Moscow: NKZ RSFSR; 1924. P. 76—104 (in Russian).
10. Dauge P. G. Project for the systematic fight against caries in the RSFSR. *Vestnik Gosudarstvennogo*. 1922;(1):8—33 (in Russian).
11. Dauge P. G. Instructions for the fight against caries of teeth among school-age children. *Biulleten' Narodnogo Komissariata Zdravookhraneniia*. 1922;(12):7—8 (in Russian).
12. Kantorowicz A. Die Zukunft der Zahnheilkunde: und die Zahnärztliche Sanierung des Deutschen Volkes. Berlin: Verlag von Hermann Meusser; 1919.
13. Hoffmann D. L. Cultivating the masses: modern state practices and Soviet socialism, 1914—1939 [*Vzrashchivaniye mass: modernoye gosudarstvo i sovetskiy sotsializm, 1914—1939*]. Moscow: New Literary Review; 2018 (in Russian).
14. Shapiro Ya. E. About the rehabilitation of children's teeth. In: Dauge P. G. (ed.). *Trudy 1-go Vserossiiskogo odontologicheskogo s'ezda*. Moscow: NKZ RSFSR; 1924. P. 291—5 (in Russian).
15. Dauge P. G., Evdokimov A. E., Kovarsky M. O., et al. (eds). Proceedings of the II All-Union Odontological Congress (November 24—30, 1925). [*Trudy II-go vsesoiuznogo odontologicheskogo s'ezda (24—30 noiabrya 1925 goda)*]. Moscow: Izd-vo Narkomzdrava RSFSR; 1926 (in Russian).
16. Mashur A. S. "Economics" of sanitation. In: Astakhov N. A. (ed.). Proceedings of the III All-Union Odontological Congress (June 6—12, 1928) [*Trudy III Vsesoyuznogo odontologicheskogo s'yezda (6—12 iyunya 1928 g.)*]. Leningrad: Odontologich. ob-vo; 1929. P. 69—73 (in Russian).
17. Dauge P. G. (ed.). Proceedings of the 1st All-Russian Odontological Congress [*Trudy 1-go Vserossiiskogo odontologicheskogo s'ezda*]. Moscow: NKZ RSFSR; 1924 (in Russian).
18. Shapiro Ya. E., Papernova T. E., Petrova-Gorelova V. N. Sanitation of the oral cavity [*Sanatsiya polosti rta*]. Moscow: NKZ RSFSR; 1927 (in Russian).
19. Gonchar V. V. Soviet-German communications in the field of dentistry in the 1920s. *Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal*. 2021;25(5):61—4 (in Russian).
20. David M. Z. The white plague in the Red capital: the control of tuberculosis in Russia, 1900—1941. Chicago: University of Chicago; 2007.

Поступила 15.07.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Aleksandrov D. A., Dmitriev A. N., Kopelevich Yu. Kh. Soviet-German Scientific Communications of the Weimar Republic [*Sovetsko-germanskiye nauchnyye svyazi vremeni Veymarskoy respublikii*]. St. Petersburg: Nauka; 2001 (in Russian).
2. Plotnichenko P. K., Ratmanov P. E. Transfer of ideas and technologies in the field of dentistry between Soviet Russia and the Weimar Republic in the 1920s—1930s. *Stomatologiya = Dentistry*. 2022;101(1):103—7 (in Russian).
3. Solomon S. G. Introduction: Germany, Russia and Medical Cooperation between the Wars. In: Solomon S. G., ed. *Doing Medicine Together: Germany and Russia Between the Wars*. Toronto: University of Toronto Press; 2006. P. 3—31.
4. Lipovetskaya L. L. *P. G. Dauge*. Moscow: Meditsina; 1973 (in Russian).
5. Limberg A. K. Modern prevention and therapy of dental caries [*Sovremennaya profilaktika i terapiya kostoyedy zubov*]. St. Petersburg: Type. I. N. Skorokhodova; 1891 (in Russian).
6. Limberg A. K. On the teeth of students and the organization of dental care in schools [*O zubakh u uchashchikhsya i organizatsiya zubovrachebnoy pomoshchi v shkolakh*]. St. Petersburg; 1900 (in Russian).
7. Dauge P. G. Social foundations of Soviet dentistry [*Sotsial'nye osnovy sovetskoi stomatologii*]. Moscow: State medical publishing house; 1933 (in Russian).

Борисов С. Н., Липич Т. И., Пенской В. В.**«НЕ ПОЛОЖИЛ ЛИ ГОСПОДЬ МОСКВУ И ОКРЕСТНЫЕ ГОРОДА ПУСТЫ?»: МОСКОВСКАЯ ЧУМА 1654 г.**

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России, 308015, г. Белгород

Первые 10 лет правления царя Алексея Михайловича выдались на редкость беспокойными. Неудачные действия «правительства» боярина Морозова спровоцировали серию городских бунтов, апогеем которых стал знаменитый Соляной бунт в столице. Затем начались религиозные распри, в недалеком будущем приведшие к Расколу. Потом Россия после долгих колебаний вступила в войну с Речью Посполитой, растянувшуюся, как оказалось, на 13 лет. Наконец, в 1654 г., после долгого перерыва, Россию вновь посетила чума. Моровое поветрие 1654/1655 г. было относительно скоротечным (начавшись летом, оно постепенно сошло на нет с началом зимы), однако весьма смертоносным и потрясшим до основания и Российское государство, и русское общество, нарушив привычный размеренный ход жизни и надолго выбив из колеи всё и вся. Опираясь на свидетельства современников и сохранившиеся документы, авторы реконструируют ход и последствия этой эпидемии, предлагая свой вариант ее происхождения, отличный от предыдущих.

Ключевые слова: раннее Новое время; эпидемия; чума; Россия; Алексей Михайлович; Никон; народные волнения; «чумной бунт».

Для цитирования: Борисов С. Н., Липич Т. И., Пенской В. В. «Не положил ли Господь Москву и окрестные города пусты?»: Московская чума 1654 г. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):130—139. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-130-139>

Для корреспонденции: Пенской Виталий Викторович, д-р ист. наук, доцент, профессор кафедры теории и истории государства и права Белгородского государственного научно-исследовательского университета, e-mail: penskoy@bsu.edu.ru

Borisov S. N., Lipich T. I., Penskoj V. V.**“WHETHER THE LORD PUTTED MOSCOW AND NEIGHBOURING CITIES EMPTY?»: MOSCOW PEST OF 1654**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University” of the Minobrnauka of Russia, 308015, Belgorod, Russia

The first ten years of the reign of Tsar Alexei Mikhailovich were distinguished by extreme turbulence. The unsuccessful actions of the “government” of the boyar Morozov provoked chain of city riots which reached their apogee in famous “Salt Riot” in the capital. After that, religious feuding began that in near future resulted in the Schism. Afterwards, Russia, after long hesitation, entered the war with the Polish-Lithuanian Commonwealth that as it turned out, prolonged 13 years. Finally, in 1654, after long break, the plague again visited Russia. The plague pestilence of 1654–1655 was relatively transient (it began in summer and gradually faded away with the onset of winter), however very deadly and shook both the Russian state and Russian society to the ground. It disrupted habitual regular way of life and unsettled all and everything. The authors propose original version of origin of this epidemic and reconstruct its course and consequences on the basis of evidence of contemporaries and extant documents.

Keywords: Early Modern Time; epidemics; plague; Russia; Alexey Mihajlovich; Nikon; popular tumults; “plague riot”.

For citation: Borisov S. N., Lipich T. I., Penskoj V. V. “Whether the Lord putted Moscow and neighbouring cities empty?»: Moscow pest of 1654. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(1):130–139 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-130-139>

For correspondence: Penskoj V. V., doctor of historical sciences, associate professor, professor of the Chair of Theory and History of State and Law of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: penskoy@bsu.edu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 16.06.2022
Accepted 31.10.2022**Введение**

1 октября (по ст. стилю) 1653 г. собравшийся в Москве по царскому повелению Земский собор одобрил решение принять мятежную Украину под высокую царскую руку. После долгих размышлений царь указал, а бояре приговорили начать подготовку к войне с Речью Посполитой — к войне-реваншу за унижения времен Смуты и неудачную войну 1632—1634 гг. Весной следующего года многочисленная русская армия, разделенная на три группировки, выступила в поход. Сам «Тишайший» царь Алексей Михайлович, получивший благословение

своего «собинного» друга патриарха Никона, облачился в доспехи и во главе 40-тысячного войска двинулся на Смоленск. Польско-литовские рати бежали под натиском хорошо обученных и великолепно снаряженных русских полков, а 23 сентября 1654 г. капитулировал осажденный Смоленск — после более чем тридцатилетнего польского господства он вернулся под власть московских государей, и на этот раз навсегда.

Однако торжества по случаю успешной кампании были омрачены известиями из русской столицы: в самый разгар похода, в начале июля 1654 г., в городе объявилось моровое поветрие. Эта эпиде-

История медицины

мия, которая захватила не только Москву, но и многие другие «град и веси» Российского государства, была относительно короткой (с наступлением зимы она пошла на убыль), однако на редкость смертоносной и вселявшей ужас в сердца тех, кто, почувствовав вплотную дыхание смерти, остался в живых.

Материалы и методы

Этой эпидемии в отечественной исторической науке одновременно и повезло, и не повезло. С одной стороны, она оставила четкий след в документах и свидетельствах современников (да и не только в них), что позволяет достаточно полно реконструировать ее ход и последствия для государства, общества и даже отдельных людей (в первую очередь для элиты). XVII век — пожалуй, первый век в нашей истории, столь основательно по сравнению с предыдущими столетиями документированный (применительно к временам после великого московского пожара 1626 г.). Великая чума 1654/55 гг. не могла не оставить документальные следы. Подборка документов, позволяющих взглянуть на историю этой эпидемии глазами московских дьяков и администраторов, была опубликована еще на заре становления отечественной исторической науки именно как науки, а не как развлекательного, познавательного и назидательного чтения [1]. Тем самым была заложена хорошая основа для изучения истории этой эпидемии. За этой публикацией последовали и другие, в которых отражались ход эпидемии и ее воздействие на общество и его моральный дух. Одним словом, на сегодняшний день мы располагаем неплохим комплексом документальных и нарративных источников, намного более обширным, нежели те, что отложились по результатам воздействия на общество и коллективную память русского народа предыдущих волн чумы.

Особый интерес представляет не только и не столько сухая фактология, повествующая об этом море, сколько его антропологическое измерение. Как показали события последних двух лет, даже не столь смертоносная, как чумная, эпидемия коронавируса способна повергнуть мир в состояние, близкое к хаосу. Что же стоит говорить о раннем Новом времени? И здесь как нельзя более кстати оказывается завоевавший прочные позиции в современной западной гуманитаристике так называемый энвайронментальный подход к изучению истории общества и связанных с ним политических, социальных, экономических и культурных институтов и учреждений. Суть этого метода охарактеризовал один из видных представителей течения Л. Томмен. По его мнению, исследователи-энвайронменталисты концентрируют свое внимание на особенностях взаимодействия природы и человека, окружающей среды и общества и их отражении в коллективном и индивидуальном сознании человека и общества [2]. И если для предыдущих волн чумы, посещавших Русскую землю в эпоху Средневековья и в «долгий XVI век», наибольший интерес с этой точки зрения

для нас представляют летописи (впрочем, и о чуме 1654/55 гг. сохранились летописные сведения, даже целая повесть [3, 4]), то применительно к этой эпидемии есть свидетельства очевидцев: путевые записки архиерея Павла Алеппского, сына антиохийского патриарха Макария, побывавшего в Москве в разгар эпидемии, и шведского комиссара и де-факто шведского резидента в русской столице И. Родеса [5, 6]. Любопытными представляются также сочинения патриарха Никона, посвященное этой чуме [7], и жизнеописание Никона авторства И. Шустерина [8].

Наличие неплохой и достаточно разнообразной источниковой базы вкупе со значимостью событий 1654/55 гг. способствовало тому, что отечественные историки довольно рано обратились к этой теме. Еще в 1820 г. В. Рихтер, лейб-медик Александра I, во второй части своей «Истории медицины в России» уделил немало места истории этой эпидемии, дав первое более или менее научное ее описание [9]. Классическим описанием чумы 1654/55 гг. в позитивистском духе может считаться та часть «Истории России с древнейших времен» С. М. Соловьева, посвященная истории царствования Алексея Михайловича, в которой патриарх отечественной исторической науки обобщил все известные на тот момент документы и материалы по истории этой эпидемии и ее последствий [10]. Нельзя не упомянуть и краткий очерк истории поветрия, который опубликовал в 1884 г. А. Г. Брикнер [11]. Однако из всех дореволюционных исследований, так или иначе касавшихся истории чумы 1654/55 гг., непревзойденной осталась (и во многом остается по сей день) небольшая брошюра Н. Ф. Высоцкого, увидевшая свет в Казани еще в 1879 г. [12]. Она, безусловно, выигрывает на фоне казанской же небольшой брошюры В. Эккермана [13], носящей ярко выраженный обзорный характер и вышедшей спустя 5 лет после исследования Высоцкого.

После 1917 г. историей чумы 1654/55 гг. занимались по преимуществу историки медицины. Так, в ставшем классическим исследовании К. В. Васильева и А. Е. Сегала ее истории отведено значительное место (впрочем, авторы не избежали ставших традиционными заблуждений, полагая, что эта болезнь, вероятно, пришла в Россию с Востока) [14]. В этом отношении от их работы практически не отличается вышедшее в 2006 г. сочинение М. В. и Н. С. Супотницких, продолживших в своей работе «классическую» линию освещения перипетий морового поветрия 1654/55 гг., повторив его положительные и отрицательные стороны [15].

Нельзя сказать, что историей чумы 1654/55 гг. занимались исключительно историки медицины. Столь значимое событие, оказавшее в середине 50-х годов XVII в. серьезное влияние на события в самой России и за ее пределами, не могло быть оставлено без внимания исследователями, изучающими политическую, социальную и иную историю Российского государства и общества раннего Нового времени. Если взять работы последних двух десятилетий, то,

пожалуй, наиболее значимыми публикациями, в которых интересующая нас тема освещена достаточно полно, были две биографии царя Алексея Михайловича [16, 17], а также жизнеописание патриарха Никона [18], сыгравшего значимую роль в этой истории. Правда, для всех этих работ характерна одна общая черта: при большом, казалось бы, объеме собственно чуме и ее последствиям отведено все же немного места [19]. Чума выступает своего рода фоном, на котором разворачиваются события политической и социальной истории [20]. Из числа последних публикаций можно упомянуть сборник докладов, которые были сделаны на межвузовском семинаре «Русь под ударом моровых поветрий», который прошел в мае 2020 г. в университете Дмитрия Пожарского. Часть из них непосредственно касается нашей эпидемии [21, 22].

Казалось бы, при изучении историографии проблемы перед нами возникает довольно широкая палитра самых разнообразных работ, в которых изучению подвергаются различные аспекты истории морового поветрия 1654/55 гг., причем не только отечественных, но и зарубежных [23]. Однако застарелая болезнь специализации не могла не отразиться на изучении различных аспектов ее истории — сказывается разность подходов историков медицины и историков, которые занимаются изучением вопросов политической, экономической, культурной и социальной истории. В итоге картина дробится на отдельные фрагменты [21]. И это не говоря уже о фактических ошибках и заблуждениях, которые кочуют из одной книги и статьи в другую. Все это обуславливает необходимость вернуться к этой теме сегодня. Однако мы не намерены подходить к проблеме с историко-антропологической точки зрения (которая в последнее время стала достаточно популярной и распространенной [24]), но остановимся на старом, проверенном методе, который можно назвать «позитивистским»: факты, факты, ничего, кроме фактов. Одним словом, мы попытаемся восстановить хронику эпидемии от ее появления до окончания и изучить степень ее воздействия на русское общество середины XVII в.

Результаты исследования

Откуда пришла на Русскую землю эпидемия? Этим вопросом задавались еще современники, кому «посчастливилось» пережить этот жестокий мор. Для жителей Москвы и других русских городов этот вопрос был особенно актуальным, если принять во внимание тот факт, что последняя серьезная эпидемия морового поветрия (скорее всего, чумы) имела место в конце 60-х — начале 70-х годов XVI в., в царствование Ивана Грозного [25]. Даже голод начала XVII в. и последовавшая за ним Великая Смута не способствовали началу масштабного поветрия, так что о том, каким может быть массовый мор, помнили только глубокие старики [5]. Вот и Павел Алеппский, подтверждая это, в своем путевом дневнике писал, что «московиты не знали моровой язвы издавна и, бывало, когда греческие купцы о ней рас-

сказывали, сильно удивлялись». Теперь же, когда после долгого перерыва (без малого 100 лет) сменилось по меньшей мере три поколения русских людей, она пришла в их земли, «они (т. е. русские.— Авт.) были сбиты с толку и впали в сильное уныние» [5].

Традиционно принято считать, что эпидемия 1654 г. (которая, если судить по источникам, вовсе не завершилась с началом зимы 1654/55 гг., а имела продолжение и в 1655—1656 гг. в России и в сопредельных с ней странах) имеет или восточное (об этом пишут как о возможном сценарии ее распространения К. Г. Васильев и А. Е. Сегал [14]), или местное (по мнению М. В. и Н. С. Супотницких, активизировался реликтовый, по их классификации, очаг чумы на территории Русской равнины [15]) происхождение. Однако представляется, что эта чума, как и большая часть предыдущих моровых поветрий, снова была занесена в Русскую землю с запада, с территории Великого княжества Литовского. В пользу такого предположения есть несколько свидетельств. Для начала стоит вспомнить о дневниковых записях литовского шляхтича Я. Цедровицкого из Слуцка. Согласно его показаниям, в январе 1658 г. «на силу уничтожилось поветрие, которое началось 1653 г. в Октябре, в это время зверь достаточно поживился телами людей» [25, 27]. Если шляхтич не ошибся с датами, то выходит, что эпидемия чумы на территории Великого княжества Литовского началась еще осенью 1653 г., до того как началась 13-летняя война и русские войска вторглись на территорию литовских восточных воеводств.

Нельзя исключить и другой путь, по которому чума попала в Россию. Еще по осени 1652 г. чума объявилась в Польше, а зимой 1652/53 г. она опустошила Краков и его окрестности. Тогда же моровое поветрие началось и на территории будущей Украины — сперва на Правобережье, а затем перекинулось и на Левобережье. «Летопись Самовидца», составленная в начале XVIII в., но описавшая события второй половины предыдущего столетия, сообщала своим читателям, что в 1652 г. «барзо приморки великие были в Корсуню и по иных городах в тих поветах, ташке и на Заднепру в Переясловлю и в пригородках его, в Носовце, Прилуце, опрочъ Нежина, — много вимерло людей, же пусти zostали дворе» [28]. О распространении мора на территории, подконтрольной гетману Б. Хмельницкому, сообщали в Москву и воеводы пограничных русских городов. Опрашивая выходцев с «той» стороны и засылая туда своих соглядатаев, они раз за разом писали в столицу, что начиная с осени 1652 г. во многих «черкасских» городах и местечках по обе стороны от Днепра распространялся мор, почему тамошние власти повсеместно устанавливали заставы на дорогах и вводили режим жесткого карантина [29]. Так, в июле 1652 г. белгородский воевода Емельян Бутурлин отписывал в Москву, что посланные им для проводывания новостей в «украинные козацьи города» люди сообщали: «за Белою Церковью в

История медицины

козачьих городех в многих местех мор большой, и в козачьих де в украиньх городех поставлены заставы крепкия, из моровых мест, из дальних козачьих городов, в козачьи украиные города пропускать никого не велено» [29].

Принимая во внимание тот факт, что с 1648 г. союзниками Б. Хмельницкого в его противостоянии с Речью Посполитой были крымские татары, отряды которых активно действовали на территории будущей Украины и подвергали набегам ряд белорусских поветов, можно с высокой степенью уверенности предположить, что чума была занесена на территорию Речи Посполитой и Гетманщины из Крыма, а туда она попала из Турции. Последняя и тогда, и впоследствии нередко становилась источником всякого рода заразных болезней, чума не была исключением. Так было в XVIII в., когда в ходе трех русско-турецких войн (1735—1739, 1768—1774 и 1787—1791 гг.) вместе с пленными турками и татарами в Россию трижды была занесена чума, добравшаяся до самой Москвы, где в 1771 г. вспыхнул знаменитый Чумной бунт.

Удивляться тому, что чума быстро распространилась в соседних с Россией землях, не приходится — с 1648 г. Речь Посполитая переживала жестокий внутренний кризис, начало которому положил казацкий мятеж, быстро переросший в знаменитую «Хмельничину». Опустошительные эпидемии, как правило, шли рука об руку с войной и голодом. Несовершенство тогдашней медицины и санитарии не позволяло рассчитывать на то, что чума не перешагнет русскую границу (несмотря на то что Москва постоянно требовала от воевод пограничных городов, чтобы те внимательно следили за эпидемиологической ситуацией в приграничных землях и принимали соответствующие меры по недопущению заразных болезней во владения московского государя). Вопрос был только в том, когда это случится.

Долго ждать пришествия чумы не пришлось. Первое свидетельство о начале эпидемии в русской столице принадлежит шведскому резиденту купцу И. Родесу. 10 июля 1654 г. он отписывал в Стокгольм королеве Кристине, что «около 14 дней тому назад двор боярина Василия Петровича Шереметева, находящийся недалеко от этого двора и на одной и той же улице, был окружен сильной стражей, потому что в нем в короткое время умерло друг за другом свыше 30 человек». На первых порах этому тревожному известию московские власти не придали значения, поскольку, по всеобщему мнению, «боярина постигло такое Божеское наказание за то, что он несправедливо прирезал и забрал себе кусок земли от соседнего кладбища». Однако по прошествии нескольких дней «то же самое обнаружилось в других местах города, в разных домах и дворах, и вчера 2 боярских двора были заперты и к ним поставлена сильная стража, и снаружи, где стрельцы должны держать стражу, дворы вымазаны дегтем и ворванью, так что теперь достаточно очевидно, что это

чума, которая начинает свирепствовать в этих местах» [30].

Появление в конце июня 1654 г. первых заболевших (пресловутого «нулевого пациента» и заразившихся от него) именно на подворье В. П. Шереметева вряд ли можно считать случайностью: боярин и воевода Василий Петрович Шереметев командовал русской армией, действовавшей с конца весны 1654 г. на территории нынешней Белоруссии, и именно там осенью предыдущего года были отмечены очаги заболевания. Видимо, кто-то из его дворян, вернувшись от воеводы в столицу (или литовский пленник), принес с собой смертоносную бактерию. Скученность большого числа людей на небольшом пространстве боярской усадьбы только способствовала стремительному распространению инфекции, а когда власти уяснили степень внезапно возникшей опасности, было уже поздно. Мор вышел из-под контроля и начал свое смертоносное шествие по московским улицам. Факт, что чума началась с Москвы, говорит в пользу того, что она была не местного происхождения, а занесенная извне.

Пока эпидемия еще не набрала обороты и ограничивалась столицей, князь М. П. Пронский со товарищи, которым Алексей Михайлович поручил ведать московскими делами пока он будет в походе, пытались приостановить ее распространение. Медицина ничем не могла помочь, так что все надежды власти возлагали на жесткие карантинные меры. О том, какими они были, можно судить по грамоте, которую в начале сентября 1654 г. прислал новгородский митрополит Макарий архимандриту Тихвинского монастыря Иосифу с братией. В ней говорилось (со ссылкой на присланную из столицы новгородскому воеводе князю Ю. П. Буйносову-Ростовскому) о необходимости принять жесткие меры по минимизации общения Новгорода и Новгородского уезда с областями, где появилась чума. Согласно царскому наказу, от воеводы требовалось «в Новгородском уезде учинити заказ крепкой, под смертною казнью, и дороги, которые от Москвы в Великий Новгород и в Новгородский уезд и в иные государевы города, велено все засечь, и на тех дорогах велено поставить заставы крепкие» с предписанием, чтобы те заставы никого ни под каким видом в Новгород и в Новгородский уезд не пропускали и заворачивали путешественников назад той же дорогой, по которой они пришли. Если же кто нарушал этот запрет или тайно принимал у себя на дворе приезжих из зараженных уездов или городов, то его ожидало суровое, вплоть до смертной казни, наказание [31]. В самом же городе и его пригородах князь и его люди должны были внимательно наблюдать за тем, не объявятся ли где-либо признаки начавшейся эпидемии. Если таковые вдруг будут замечены, то, во-первых, «тех дворов велено мертвых людей погребать тех же дворов достальным жилецким людем, безо всякого мотчанья, чтоб от того моровое поветрие не множилось»; а во-вторых, «дворы их велено обламывать (т. е. ставить рогатки и иные препятствия-засеки, чтобы в чумной двор нельзя было сво-

бодно войти или выйти. — Авт.) и у тех дворов велено поставить сторожи крепкие». В-третьих, выставляемым у чумных дворов сторожам «велено приказывать накрепко, чтоб они из тех дворов достальных жилецких людей никого не выпускали отнюдь, некоторыми делами». В-четвертых, указом было «велено учинити заказ крепкой, чтоб из Великого Новагорода и из Новгородского уезду всяких чинов люди в иные города и уезды потомуж не пропускали», нарушителей же предписывалось арестовывать и сажать в тюрьму до особого царского указа. И, само собой, воеводе предписывалось смотреть за тем, «нет ли на люди какого упадка? И будет есть, и сколь давно, и на которых местех сколько людей померло, и долго ль те люди были болны, и какую болезнью, и с язвами ли померли, или без язв?». Собранные сведения воевода должен был немедля отсылать государю в его штаб-квартиру в Троице-Сергиевом монастыре (подобного рода грамоты с аналогичными указаниями были разосланы и в другие города) [31].

Однако меры, которые московская администрация предпринимала с целью не допустить распространения болезни, не помогали. Последствия ширившейся эпидемии, если судить по описаниям современников, были ужасны: смерть косила москвичей направо и налево, не разбирая возраста, пола и социального статуса, причем характер ее и скоротечность болезни внушали особенный ужас. Павел Алеппский со слов очевидцев живописал ужасы поветрия следующим образом: «То было нечто ужасающее, ибо являлось не просто моровую язву, но внезапную смертью. Стоит, бывало, человек и вдруг моментально падает мертвым; или: едет верхом или в повозке и валится навзничь бездыханным, тотчас вздувается как пузырь, чернеет и принимает неприятный вид» [5]. Ему вторил И. Родес, который в письме в Стокгольм 29 августа 1654 г. сообщал, что за прошедший с начала эпидемии месяц «чума до такой степени усилилась, что теперь считают, что от нее умерло свыше 20 000 человек; она ежедневно усиливается, и люди до такой степени мрут на улицах, что ни в какое время дня нельзя по ним пройти или проехать верхом, чтобы не встретить новых похорон, а также валяющихся умирающих и уже мертвых; по утрам простонародьем вывозятся многие телеги с 3 или 4 покойниками в их одежде; жалкое состояние» [30].

Работа московских властей, светских и духовных, очень скоро была фактически парализована: приказные чины, стрельцы, клирики и выборные люди от московского посада умирали один за другим или же бежали из охваченного чумой города. Эпидемия, несмотря на предпринимаемые меры, продолжалась. 23 сентября 1654 г., в разгар эпидемии, князь И. А. Хилков, который после смерти от поветрия боярина князя М. П. Пронского (11 сентября) и его товарища-заместителя князя И. В. Хилкова (12 сентября) и болезни окольничего князя Ф. А. Хилкова был вынужден взять управление умирающим городом в свои руки (насколько это вообще было возможно в тех условиях), писал Алексею Михайлови-

чу и его супруге Марии Ильиничне, что мор в столице и не собирается униматься, а продолжает буйствовать. В итоге работа государственного и церковного аппаратов была фактически остановлена. А как могло быть иначе, если, по его словам, в московских «во всех монастырех старцы и старицы многие померли, а остались немногие», что заболели или умерли почти все протопопы, попы, дьяконы и пономари, а из уцелевших многие бежали из города, так что соборы стоят пустые, служба в них не ведется, что «служивые, государи, люди, дворяне и дети боярские городовые, которым по вашему государеву указу велено быти на Москве, многие померли, а иные от морового поветрия с Москвы разбежались», что уважаемые купцы и торговые люди гостинной и суконной сотен перемерли, так что некого поставить на службу в таможни и на государев денежный двор, что повымирали черные сотни и от посадских людей некого выбрать в сторожи и целовальники для несения полицейской и караульной службы, так что 5 сентября уцелевшие к тому времени тюремные сидельцы, воспользовавшись моментом, проломили стену острога и разбежались по окрестностям, что «стрельцов, государи, шти приказов и с один приказ нестало, многие померли, а иные разбежались, а которые стрелцы и остались и те многие болны», караулы нести некому, так что пришлось запереть большую часть городских ворот, что лавки в торговых рядах позакрыты, торговля остановилась [1].

Присылаемые из Москвы от Хилкова и думного дьяка Алмаза Иванова к царю отчеты гласили, что в октябре 1654 г. из 12 стрельецких голов в Москве в живых осталось только двое, да третий болен, да девять сотников. В 6 приказах московских стрельцов нести службу могли только 277 человек (т. е. едва-едва на полприказа набиралось людей), а в 6 приказах срочно переведенных в столицу городовых стрельцов и того меньше, 162 человека [1]. Павел Алеппский подтверждал эти сведения. Передавая слова толмача, он писал в своих путевых записках, что царь прислал в Москву «сначала 600 стрельцов, т. е. бейлик, с их агой, и все они умерли; вторично прислал других, и эти также все умерли; в третий раз прислал, и с этими то же случилось» [5]. Посольский приказ по сравнению со стрельцами отделался относительно легко: на 17 декабря 1654 г. в живых в нем осталось, кроме думного дьяка и фактического главы русского дипломатического ведомства Алмаза Иванова, 3 подьячих и 30 толмачей и переводчиков, умерших же насчитывалось 30 человек. А вот приказу Новой четверти повезло меньше: выжили только 2 дьяка и 5 подьячих, умерших же приказных чинов насчитывалось 60 человек. В другом важном приказе, Земском, при 12 живых приказных чинах умерших насчитывалось 43 человека. В московском Чудовом монастыре умерли от поветрия 182 инока, в живых осталось только 26, в Вознесенском девичьем монастыре — 90 и 38 соответственно, в Ивановском же девичьем — 100 и 30. Общая закономерность прослеживалась достаточно четко: там,

История медицины

где была наибольшая скученность людей на небольшом пространстве, эпидемия собирала богатую жатву. Так, на подворье у боярина Б. И. Морозова умерло двора 343 человека, а в живых осталось только 19, на дворе князя А. Н. Трубецкого — 270 и 8 соответственно, у князя Я. К. Черкасского — 423 и 110, в усадьбе князя Н. И. Одоевского — 295 и 15, у окольничего С. И. Шеина — 170 и 9 [1].

Сохранились также данные об умерших и выживших и по некоторым московским черным сотням и слободам. Так, в декабре 1654 г. в Кузнецкой слободе умерших было 173 человека, выживших — только 32, в Голутвиной слободе — 100 и 21 соответственно, в Новгородской сотне — 438 и 72, в Устюжской полусотне — 320 и 40, в Покровской сотне — 167 и 44, в Кожевницкой полусотне — 157 и 43, в Ордынской сотне — 272 и 43, в Заяузской Семеновской слободе — 329 и 68 [1]. При таких потерях набрать необходимый штат для укомплектования органов городского самоуправления становилось проблематичным. Так что попытки московских властей бороться с распространением болезни очень скоро показали свою несостоятельность. Против болезни не помогало ни опечатывание дворов, где обнаруживались признаки болезни, ни перекрытие ворот в Москву и в Кремль, ни замуровывание окон и дверей в приказные учреждения и царские дворцы. Карантин был установлен слишком поздно, да и жесткость его была явно недостаточной. Патриарх Никон, который после отбытия царя Алексея Михайловича с войском под Смоленск остался фактическим главой государства и московской администрации, 24 июля 1654 г. выехал из Москвы в Троице-Сергиев монастырь, взяв с собой царицу и все царское семейство, и уже оттуда посредством грамот, отправляемых князю М. П. Пронскому, пытался управлять Москвой. Примеру патриарха поспешили последовать и другие жители столицы, разнося с собой заразу.

Массовое бегство москвичей из столицы (Павел Алеппский в своих путевых записках отмечал, что он и его спутники, подплывая к Коломне в середине августа 1654 г., «видели на ней (на Москве-реке. — *Авт.*) много судов, идущих из Москвы, с мужчинами, женщинами и детьми, которые бежали от моровой язвы», добавляя к этому, что «таких беглецов мы видели также в тамошних деревнях и лесах» [5]), которое приобрело особый размах к концу лета, не могло не привести к распространению мора за пределы Москвы. Примером тому может служить Городец в Бежецком Верху. Тамошний воевода отписывал Алексею Михайловичу, что 4 сентября приехал в городок его житель Иванко Попков с товарами из Москвы, 26 сентября тот Иванко помер от поветрия. Пока же он пребывал на своем дворе, приходили к нему, по словам воеводы, «посацкие люди, сродичи и должники», и тот Ивашко «выдавал тем людям заемные кабалы, а иным давал платье», так что «те люди и их жены и дети от того померли многие» [1]. Аналогичным образом началось поветрие и в Михайлове, куда бежали из Москвы отправленные

было туда на замену умершим московским стрельцам стрельцы михайловские. В Рыльске «нулевым пациентом» стал некий Гришка Лазарев, приехавший из Москвы 24 сентября. Рыльчане «выбили» Гришку в лес, где он и помер, однако это не спасло город и уезд от мора [1].

Раньше других мест чума поразила Рузу — в самом начале июля 1654 г., затем последовала долгая пауза, после которой первые ее случаи были отмечены в Юрьеве-Польском (1 августа), Торжке (4 августа), Калуге (10 августа), Звенигороде и Туле (середина августа), Суздале и Ржеве Володимировой (26 августа), Угличе (1 сентября). Заоцкие и польские города пали жертвой мора в сентябре 1654 г.: Мценск, Белев и Зарайск — 1 сентября, Епифань — 4 сентября, Дедилов — 5 сентября, Болхов — 13 сентября [1].

Урон, который нанесла болезнь в провинциальных городах, был не меньшим, чем потери Москвы. Так, из Калуги местные власти в конце декабря 1654 г. отписывали царю, что за время распространения мора в самом городе и в его слободах умерли стрелецкий голова Савин Литвинов и 108 стрельцов (а оставшиеся 92 переболели, но выжили), губной голова Меньшой Дуров со всей семьей и домочадцами, скончались от болезни 4 приказных чина да 3 переболели. Полностью вымерли 28 из 40 дворов калужских ямщиков, посадских людей 1856 человек, не считая их жен, детей, племянников, зятьев и прочих домочадцев. В местном Рождественском Лаврентьевом монастыре осталось в живых лишь 8 монахов, а из крестьян монастырских уцелело лишь 32 человека (с женами и детьми), умерли же 95. Примечательно, что в Калуге, согласно этому письму, с 1 декабря болезнь пошла на убыль, а к концу месяца и вовсе сошла практически на нет. В Торжке за время эпидемии умерло 224 человека. Обращает на себя внимание одна деталь: среди скончавшихся был и торжокский воевода Федор Збарецкий, а вместе с ним 63 его челядинца и домочадца (т. е. чем больше людей на подворье, тем выше вероятность их массовой гибели), остались в живых 686 человек. В Звенигороде практически полностью вымерла стрелецкая слобода, а в самом городке заболели и скончались 164 человека, выжили 197. Примечательно, что на этот раз досталось не только городам, но и селам и деревням — беглецы из столицы разносили заразу везде, где они останавливались даже на самое краткое время. Павел Алеппский писал, что «сильная моровая язва, перейдя из города Москвы, распространилась вокруг нее на дальнейшее разстояние, при чем многие области обезлюдели» [5]. Так описывалась судьба дворцового села Михайловского в Звенигородском уезде: с 15 августа по зимний Николин день (6 декабря) в нем умерли от болезни 415 человек, 226 выжили. Всего же в уезде за это время от чумы умерло помещичьих людей и крестьян 707 человек и 689 осталось в живых [1].

Документы и свидетельства современников и очевидцев рисуют едва ли не апокалиптическую картину бедствия. Павел Алеппский, передавая рас-

сказы очевидцев, сообщал своим читателям, что в городе «под конец уже не успевали хоронить покойников; стали копать ямы, куда и бросали их, ибо город наполнился смрадом от трупов, которые даже поедали собаки и свиньи». Последние, по его словам, утратили всякий страх, так что по опустевшему городу никто не рисковал ходить в одиночку, в противном случае он рисковал быть загрызеным и съеденным одичавшими псами и свиньями [5].

Неспособность властей справиться с эпидемией и полная безысходность от осознания своей беззащитности перед лицом смертоносного поветрия до предела накалили атмосферу в столице. Особые претензии москвичи высказывали к патриарху — по словам Родеса, «здешний же простой народ не очень доволен его отъездом, тем что пастырь так бросает своих овец» [30]. Патриарх пытался снять негативный эффект, вызванный его отъездом из столицы, присылкой в Москву образа Казанской Богоматери, однако это не помогло. Мор продолжался, напряжение росло, в конце августа оно вылилось в так называемый «чумной бунт». Описывая его начало, Родес сообщал, что 25 августа 1654 г. «в короткое время в Кремль собралось несколько тысяч народа и некоторые принесли с собой своих нарисованных богов, которых они носили туда и сюда, и у некоторых из которых были выцарапаны глаза или они были иначе мерзко осквернены, и (люди) заявляли, что тот или другой священный образ дольше не может этого переносить, и при этом рассказывали, как одна монахиня, повесив икону на грудь, пришла к члену правительства князю Пронскому и заявила клятвенно, что ей сама икона открыла, что некоторый святой образ обезчещен, осквернен и брошен под лавку в доме Патриарха, и так как это случилось, то икона сказала, плача, что из-за этого люди так и умирают, и не перестанут умирать раньше, чем это будет наказано и та икона снова будет восстановлена в своем прежнем достоинстве» [30]. Князю Пронскому удалось уговорами добиться, чтобы взбунтовавшиеся москвичи разошлись по домам, после чего некоторые из зачинщиков бунта были арестованы, а другие бежали из столицы или же умерли от болезни. Впрочем, глухое брожение в столице продолжалось вплоть до начала зимы, пока эпидемия не начала постепенно идти на убыль.

Заключение

С 10 октября 1654 г. поветрие в Москве, по сообщению князя Хилкова, начало «тишеть, а больные люди от язв учали обмогаться» [1]. Жизнь в столице постепенно стала приходить в норму: начали открываться лавки, заработали казенные присутствия, восстановились службы в церквях, хотя, конечно, город еще долго оставался пустынным. Приехавший в столицу в феврале 1655 г. патриарх Никон отписывал царю свои впечатления от обезлюдившей и занесенной снегами Москвы: «Ох, увы! Зрения неполезного и плача достойного! Непрестанно смотря плакал, плакал пустоты московския, пути и домов, идеже прежд соборы многии и утеснение, тамо нико-

ково, велики пути в малу стезю и потлачены, дороги покрыты снегом и никем суть и следими, разве от пес» [32]. Зимой же 1655 г. первая волна мора пошла на спад и в других городах и уездах Российского государства. Однако до конца чума не ушла. В 1655—1656 гг. вспышки поветрия были отмечены в Поволжье, особенно затронул Астрахань, да и в центре Русской земли было неспокойно: в 1655 г. болезнь снова проявилась в Дмитрове и в Смоленске [29, 33].

В Москве, памятуя о недоброй памяти лете и осени 1654 г., внимательно следили за развитием событий в провинции и требовали от местных властей принятия жестких мер по недопущению распространения эпидемии (об этом говорилось, в частности, в ряде указов, рассылаемых от имени царя и патриарха). В самой столице царская администрация продолжала контролировать эпидемиологическое состояние города, не говоря уже о том, что снова на дорогах, ведущих в Москву, были поставлены заставы, имевшие приказ не пропускать в столицу никого из поволжских («понизовых») городов [33]. То ли принятые меры оказались своевременными и дали ожидаемый эффект, то ли болезнь и в самом деле отступила, поразив слабых и восприимчивых к ее возбудителю людей, а выжившие обрели коллективный иммунитет к заболеванию, однако повторения трагедии 1654 г. не случилось даже в Москве, где в 1655 г. были локальные вспышки поветрия [33].

Карантинные меры там, где они проводились четко и последовательно, давали необходимый эффект. Во всяком случае, Новгород и Псков, которые прежде обычно принимали на себя первый удар пришедшей с Запада эпидемии, на этот раз ею оказались вовсе не затронуты, поветрие коснулось их лишь крылом. Случаи заболевания были отмечены в Торжке и Старой Руссе; ни в самом Новгороде, ни в его пригородах и уездах, ни во Пскове эпидемии и массовой гибели людей отмечено не было.

Патриарх Никон в 1656 г. напечатал особое слово на поветрие, представляющее большой интерес для изучения официальной точки зрения относительно природы поветрия, способов борьбы с ним. Обращаясь к пастве, на вопрос о происхождении болезни Никон отвечал, что «многажды и от звезд тлетворных, и прахов, и зловония мертвечин, и дождей летних, и воздымлений, и воспарений земных и морских недуги телесныя и тля, и смерти бываюут» [7, 11]. Бегство от поветрия бесполезно, продолжал он, поскольку без воли Господней ни один волос не упадет с головы человека и чему быть, того не миновать [7, 14]. Однако на Бога надейся, а сам не плошай, гласит народная мудрость, потому патриарх поучал свою паству: «На Бога надеющися и Евангелскому велению бежати от града во град от напасти повелевающу последующе и пророческое речение на уме имуще: ступайте, людие Мои, внидите в клеть свою, затворите дверь свою, укройтесь в мале, елико, донде же мимо идет гнев Господень» [7, 17]. Те же, кто не станет укрываться в безопасных местах и добровольно соблюдать жесткие карантин-

История медицины

ные меры, способствуя тем самым распространению заразы, по мнению Никона, могут считаться убийствами [7, 18, 19].

Итак, в этом послании четко и недвусмысленно отражена официальная позиция властей относительно поветрия, подкрепленная авторитетом церкви. Причина болезни кроется во вредоносных испарениях и миазмах, спасение же от нее заключается в отъезде из неблагоприятных мест и строгое соблюдение карантинных мер. На этот раз Псков и Новгород чума миновала, хотя, если вспомнить предыдущие случаи «Божьего посещения» на Руси, мор приходил обычно через эти два города. Почему так случилось? Видимо, на этот раз сработала должным образом установленная система карантинных мер (о новгородских и псковских карантинах в XVII в. в 2020 г. вышло небольшое исследование санкт-петербургского исследователя А. А. Селина [34]).

Какими были потери от болезни? В отличие от предыдущих пришествий морового поветрия в XIV, XV и XVI вв., некоторые более или менее точные сведения на этот счет у нас есть. Правда, точность их, в особенности если речь заходит о нарративных источниках, хромает на обе ноги, но они позволяют представить себе масштаб урона. Выше мы уже приводили некоторые данные по смертям в Москве, но это были сведения по отдельным категориям населения, причем еще раз подчеркнем, что наиболее смертоносной болезнью была там, где наблюдалась скученность людей: в присутственных местах, в боярских и купеческих усадьбах, в стрелецких слободах и монастырях. Поэтому переносить сведения о количестве смертей и выживших там на все население той же Москвы было бы неправомерно.

Что же говорят нам источники о количестве умерших от поветрия в столице и в других городах и уездах Русского государства? На одном полюсе у нас сведения, которые сообщает С. Коллинс, английский врач при дворе Алексея Михайловича. Согласно его посмертным запискам, в Москве от чумы умерло от 7 до 8 тыс. человек [35]. На другом полюсе у нас данные Павла Алеппского, согласно которым число умерших от эпидемии москвичей оценивалось в 480 тыс. [5]. И. Родес находится между Коллинсом и Павлом Алеппским, он отписывал в Стокгольм королю Карлу X Густаву в середине ноября 1654 г., что в русской столице и ее окрестностях умерло от болезни 200 тыс. человек (и эти сведения сопровождала пометка «достоверно оценивают») [36]. Н. Ф. Высоцкий попробовал собрать данные, присланные в Москву воеводами из 50 городов и уездов, в таблицу. Суммировав эти цифры, мы выходим на минимум 35 170 умерших в провинции (не всегда понятно, включали ли эти сведения всех умерших или же только мужчин) и 6029 человек — в Москве (данные неполные, поскольку они не учитывают умерших стрельцов и членов их семей, а их было не менее 2—3 тыс.²). Так что цифры, приве-

денные Коллинсом и Родесом, представляются если и завышенными, то не слишком сильно.

Однако если и в самом деле к концу осени 1654 г. в Москве и в других городах, пораженных поветрием, умерло около 200 тыс. человек, то это не идет ни в какое сравнение с последствиями Черной смерти середины XIV в. или «Настасьина мора» первой четверти XV столетия, не говоря уже о чуме Ивана Грозного (отягощенной еще и голодом). Так почему же этот мор вызвал такую реакцию и апокалиптические настроения в русском обществе? Да и чума ли это была? Во всяком случае, относительно характера заболевания, обычно определяемого как чума, есть и иные мнения. Так, А. Г. Авдеев отмечал, что, возможно, моровое поветрие 1654 г. было вызвано возбудителем не чумы, а сибирской язвы [15—17, 21].

На первый же вопрос дать простой и удовлетворительный ответ сложно. Можно лишь предположить, что здесь налицо определенный психологический эффект, о котором писал Павел Алеппский. Москва на протяжении многих десятилетий не знала ничего подобного (как уже было отмечено выше, при жизни трех поколений), и оттого последствия поветрия (беззащитность перед лицом болезни, не щадившей никого, стремительное ее развитие, как правило, заканчивавшееся смертью, зачастую неожиданной и внезапной) казались еще более страшными, что и нашло свое отражение в нарративных источниках.

Что касается второго вопроса, то мы склонны считать, что в 1654 г. Москву, а вслед за нею и другие русские города и уезды поразила именно чума. Для того чтобы определиться, какая именно ее форма — бубонная, легочная или иная — была наиболее характерна, данных недостаточно (возможно, здесь могли бы помочь исследования захоронений, связанных с этой эпидемией), однако в первом приближении можно сказать, что, скорее всего, москвичи столкнулись с разновидностью бубонной чумы.

К исходу 1658 г. последние очаги мора в Поволжье постепенно угасти. И хотя сама эпидемия еще продолжалась за пределами России (в Литве и в Ливонии), однако вплоть до XVIII столетия, до петровских времен, русское общество и государство не знало значительных эпидемий «черной смерти».

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Дополнения к актам историческим, собранные и изданные Археологической Комиссией. Т. III. СПб.: Типография Э. Праца; 1848. 559 с.
2. Thonman L. An Environmental History of Ancient Greece and Rome. Cambridge: Cambridge University Press; 2012. 186 p.
3. Летописец 1619—1691. Полное собрание русских летописей. Т. XXXI. Летописцы последней четверти XVII в. М.: Наука; 1968. С. 180—205.
4. Двинской летописец. Полное собрание русских летописей. Т. XXXIII. Холмогорская летопись. Двинской летописец. Л.: Наука; 1977. С. 148—221.
5. Путешествие Антиохийского патриарха Макария в Россию в половине XVII века, описанное его сыном, архидиаконом Павлом Алеппским. Чтения в Императорском Обществе Истории

² Подсчитано автором по [12, 21—25].

- и Древностей Российских при Московском Университете. III. Материалы иностранные. М.; 1897. Кн. 4. С. 1—202.
6. Курц Б. Г. Состояние России в 1650—1655 гг. по донесениям Родеса. М.: Синодальная типография; 1915. 274 с.
 7. Никон. Поучение о моровой язве. М.: Печатный двор; 1656. 66 с.
 8. Шушерин И. Известие о рождении и воспитании и о житии святейшего Никона, патриарха Московского и всея России. М.: Университетская типография; 1871. 130 с.
 9. Рихтер В. История медицины в России. Часть 2-я. М.: Университетская типография; 1820. 542 с.
 10. Соловьев С. М. История России с древнейших времен. Кн. V. Т. 10. М.: Мысль; 1990. 718 с.
 11. Брикнер А. Г. Чума в Москве в 1654 году. *Исторический вестник*. 1884;XVI:5—22.
 12. Высоцкий Н. Ф. Чума при Алексее Михайловиче 1654—1655. Казань: Типография Императорского университета; 1879. 25 с.
 13. Эккерман В. Материалы по истории медицины в России (история эпидемий X—XVIII вв.). Казань: Типография В. М. Ключникова; 1884. 61 с.
 14. Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России (Материалы и очерки). М.: Гос. изд-во медицинской литературы; 1960. 397 с.
 15. Супотницкий М. В., Супотницкая Н. С. Очерки истории чумы. Кн. 1. М.: Вузовская книга; 2006. 468 с.
 16. Андреев И. Л. Алексей Михайлович. М.: Молодая гвардия; 2003. 638 с.
 17. Козляков В. Н. Царь Алексей Тишайший. М.: Молодая гвардия; 2018. 650 с.
 18. Лобачев С. В. Патриарх Никон. СПб.: Искусство — СПб; 2003. 416 с.
 19. Никонов Н. И. Шуйско-Смоленская икона Пресвятой Богородицы. История и иконография. СПб.: Ладан-Троицкая школа; 2008. 240 с.
 20. Румянцева В. С. Народное антицерковное движение в России в XVII веке. М.: Наука; 1986. 264 с.
 21. Авдеев А. Г. Два малоизвестных свидетеля морового поветрия 1654—1655 г.: памятные кресты из Старой Руссы и Шуи. Русь под ударом моровых поветрий. *Вестник университета Дмитрия Пожарского*. 2021;21(1):13—33.
 22. Носов А. В. Два свидетельства о море 1654 г. в Солигаличе и Шуе. Русь под ударом моровых поветрий. *Вестник университета Дмитрия Пожарского*. 2021;21(1):85—96.
 23. Alexander John T. Bubonic Plague in Early Modern Russia. Public Health and Urban Disaster. Oxford: Oxford University Press, Inc.; 2003. XVIII. 385 с.
 24. Малахова А. С., Малахов С. Н. Феномен болезни в сознании и повседневной жизни человека Древней Руси (XI — нач. XVII в.). Армавир: Дизайн-студия Б; 2014. 298 с.
 25. Пенской В. В., Полухин О. Н., Борисов С. Н., Дмитраков Р. А. Всадник на бледном коне: чума Ивана Грозного. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(1):173—9.
 26. Бужилова А. П. Homo sapiens. История болезни. М.: Языки славянской культуры; 2005. 320 с.
 27. Записная книга Яна Цедровского, собственноручно писанная, памятник исторический XVII века, найденный ксензом Иосифом Мальшевичем, магистром богословия, почетным корреспондентом, Императорской Публичной библиотеки. Временник Императорского Московского общества истории и древностей Российских, Книга 23. 1855. С. 13—33.
 28. Летопись Самовидца по новооткрытым спискам. Киев: Тип-я К. Н. Милевского; 1878. 468 с.
 29. Акты Московского государства, изданные Императорской Академией наук. Т. II. Разрядный приказ. Московский стол. 1635—1659. СПб.: Тип. Императорской Академии наук; 1894. 768 с.
 30. Арсениевские бумаги. Сборник Новгородского общества любителей древности. Вып. 8. Новгород; 1916. С. 3—58.
 31. Акты исторические, собранные и изданные Археологической Комиссией. Т. IV. 1645—1676. СПб.: Тип.-я II отд. С. Е. И. В. Канцелярии; 1842. 596 с.
 32. Письма русских государей и других особ царского семейства, изданные Археологической Комиссией. Т. I. М.: Университетская типография; 1848. 353 с.
 33. Полное собрание законов Российской империи. Собрание первое. Т. I. С 1649 по 1675. СПб.: Тип.-я II отд. С. Е. И. В. Канцелярии; 1830. 1074 с.
 34. Селин А. А. Московские карантинные. Борьба с «моровыми поветриями» в XVI—XVII вв. в Новгороде и Пскове. СПб.: Евразия; 2020.
 35. Колинс С. Нынешнее состояние России. Утверждение династии. М.: Фонд Сергея Дубова, Рита-Принт; 1997. С. 185—230.
 36. Донесения Иоганна де Родеса о России середины XVII в. Русское прошлое. Книга 9. СПб.; 2001. С. 15—46.

Поступила 16.06.2022
Принята в печать 31.10.2022

REFERENCES

1. Supplements to Historical Acts, Collected and Published by the Archaeographic Commission [Dopolneniya k aktam istoricheskim, sobrannye i izdannye Arkheograficheskoyu Kommissiyu]. Vol. III. St. Petersburg: Typography of E. Prats; 1848. 559 p. (in Russian).
2. Thommen L. An Environmental History of Ancient Greece and Rome. Cambridge: Cambridge University Press; 2012. 186 p.
3. Chronicer 1619–1691. Complete collection of Russian chronicles. Vol. XXXI. Chronicles of the last quarter of the 17th century [Letopisets 1619–1691. Polnoe sobranie russkikh letopisey. T. XXXI. Letopisci posledney chetverti XVII v.]. Moscow: Nauka, 1968. P. 180–205 (in Russian).
4. Dvina chronicer. Complete collection of Russian chronicles. Vol. XXXIII. Kholmogory chronicle. Dvina chronicer [Dvinskoy letopisets. Polnoe sobranie russkikh letopisey. T. XXXIII. Kholmogorskaya letopis'. Dvinskoy letopisets]. Leningrad: Nauka; 1977. P. 148–221 (in Russian).
5. Travel of Antioch patriarch Makariy to Russia to half XVII centuries, Described by his son, archideakon Paul Aleppian. Readings in the Imperial Society of History and Antiquities Russian at the Moscow University III. A material the foreign [Puteshestvie Antiokhiyskogo patriarkha Makariya v Rossiyu v polovine XVII veka, opisannoe ego synom, arkhidiakonom Pavlom Aleppskim. Chteniya v Imperatorskom Obshchestve Istorii i Drevnostey Rossiyskikh pri Moskovskom Universitete]. Moscow; 1897. Book 4. P. 1–202 (in Russian).
6. Kurts B. G. State of Russia in 1650–1655, according to Rhodes [Sostoyaniye Rossii v 1650–1655 gg. po doneseniyam Rodesa]. Moscow: Synodal Typography; 1915. 274 p. (in Russian).
7. Nikon. Teaching about pestilence [Pouchenie o morovoy yazve]. Moscow: Printing house; 1656. 66 p. (in Russian).
8. Shusherin I. News of the birth and upbringing and life of the most holy Nikon, Patriarch of Moscow and All Russia [Izvestie o rozhdenii i vospitanii i o zhitii svyateyshego Nikona, patriarkha Moskovskogo i vseya Rossii]. Moscow: University Typography; 1871. 130 p. (in Russian).
9. Richter V. History of medicine in Russia [Istoriya meditsiny v Rossii]. Part 2. Moscow: University Typography; 1820. 542 p. (in Russian).
10. Soloviev S. M. History of Russia since ancient times [Istoriya Rossii s drevneyshikh vremen]. Book. V. Vol. 10. Moscow: Mysl'; 1990. 718 p. (in Russian).
11. Briker A. G. Plague in Moscow in 1654. *Istoriicheskiy vestnik = Historical Bulletin*. 1884;XVI:5–22 (in Russian).
12. Vysotsky N. F. Plague under Alexei Mikhailovich 1654–1655 [Chuma pri Aleksee Mikhailovich 1654–1655]. Kazan: Typography of the Imperial University; 1879. 25 p. (in Russian).
13. Eckerman V. Materials on the history of medicine in Russia (the history of epidemics of the 10th–18th centuries) [Materialy po istorii meditsiny v Rossii (istoriya epidemiy X–XVIII vv.)]. Kazan: Typography of V. M. Klyuchnikov; 1884. 61 p. (in Russian).
14. Vasiliev K. G., Segal A. E. History of epidemics in Russia (Materials and essays) [Istoriya epidemiy v Rossii (Materialy i ocherki)]. Moscow: State Publishing House of Medical Literature; 1960. 397 p. (in Russian).
15. Supotnitsky M. V., Supotnitskaya N. S. Essays on the history of the plague [Ocherki istorii chumy]. Book. 1. Moscow: Vuzovskaya kniga; 2006. 468 p. (in Russian).
16. Andreev I. L. *Alexey Mikhailovich*. Moscow: Molodaya gvardiya; 2003. 638 p. (in Russian).
17. Kozlyakov V. N. Tsar Alexei the Quietest [Czar' Aleksey Tishayshiy]. Moscow: Molodaya gvardiya; 2018. 650 p. (in Russian).
18. Lobachev S. V. *Patriarkh Nikon*. St. Petersburg: Art — St. Petersburg; 2003. 416 p. (in Russian).
19. Nikonov N. I. Shuya-Smolensk icon of the Mother of God. History and iconography [Shuysko-Smolenskaya ikona Presvyatoy Bogoroditsy. Istoriya i ikonografiya]. St. Petersburg: Ladan-Troitskaya school; 2008. 240 p. (in Russian).

История медицины

20. Rumyantseva V. S. Popular anti-church movement in Russia in the 17th century [*Narodnoe antitserkovnoe dvizhenie v Rossii v XVII veke*]. Moscow: Nauka; 1986. 264 p. (in Russian).
21. Avdeev A. G. Two little-known witnesses of the pestilence of 1654–1655: memorial crosses from Staraya Russa and Shuya. Russia under the blow of pestilence. *Vestnik universiteta Dmitriya Pozharskogo = Bulletin of the University of Dmitry Pozharsky*. 2021;21(1):13–33 (in Russian).
22. Nosov A. V. Two certificates of the sea in 1654 in Soligalich and Shuya. Russia under the blow of pestilence. *Vestnik universiteta Dmitriya Pozharskogo = Bulletin of the University of Dmitry Pozharsky*. 2021;21(1):85–96 (in Russian).
23. Alexander John T. Bubonic Plague in Early Modern Russia. Public Health and Urban Disaster. Oxford: Oxford University Press, Inc.; 2003. XVIII. 385 p.
24. Malakhova A. S., Malakhov S. N. The phenomenon of illness in the mind and everyday life of a person in Ancient Russia (XI — early XVII century) [*Fenomen bolezni v soznanii i povsednevnoj zhizni cheloveka Drevney Rusi (XI — nach. XVII v.)*]. Armavir: Dizajnstudiya B; 2014. 298 p. (in Russian).
25. Penskoj V. V., Polukhin O. N., Borisov S. N., Dmitrakov R. A. A rider on a pale horse: the plague of Ivan the Terrible. Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. *Problemy social'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny*. 2021;29(1):173–9 (in Russian).
26. Buzhilova A. P. Homo sapiens. Disease history [*Homo sapiens. Istoriya bolezni*]. Moscow: Yazyki slavyanskoy kul'tury; 2005. 320 p. (in Russian).
27. Jan Tsedrovsky's notebook, written with his own hand, a historical monument of the 17th century, found by priest Joseph Malyshevich, master of theology, honorary correspondent, Imperial Public Library. *Vremennik of the Imperial Moscow Society of Russian History and Antiquities [Zapishnaya kniga Yana Cedrovskogo, sobstvennoruchno pisannaya, pamyatnik istoricheskij XVII veka, naydennyy kenzom Iosifom Malyshevichem, magistrom bogosloviya, pochetnym korrespondentom, Imperatorskoy Publchnoy biblioteki. Vremennik Imperatorskogo Moskovskogo obshhestva istorii i drevnostey Rossiyskikh]*. Book 23. 1855. P. 13–33 (in Russian).
28. Chronicle of the Seer according to the newly discovered lists [*Letopis' Samovidtsa po novootkrytym spiskam*]. Kyiv: Typ-ya K. N. Milevsky; 1878. 468 p.
29. Acts of the Moscow State, published by the Imperial Academy of Sciences. Vol. II. Discharge order. Moscow table. 1635–1659 [*Akty Moskovskogo gosudarstva, izdannye Imperatorskoy Akademii nauk. T. II. Razryadnyy prikaz. Moskovskiy stol*]. St. Petersburg: Typography of Imperial Academy of Sciences; 1894. 768 p. (in Russian).
30. Arseniev papers. Collection of the Novgorod Society of Antiquity Lovers [*Arsenievskie bumagi. Sbornik Novgorodskogo obshhestva lyubitely drevnosti*]. Novgorod; 1916. Is. 8. P. 3–58 (in Russian).
31. Historical acts collected and published by the Archeographic Commission. Vol. IV. 1645–1676 [*Akty istoricheskie, sobrannyye i izdannye Arkheograficheskoyu Kommissieyu. T. IV. 1645–1676*]. St. Petersburg: Typography of II department O.I. M. Chancellery; 1842. 596 p. (in Russian).
32. Letters of Russian sovereigns and other persons of the royal family, published by the Archaeographic Commission [*Pis'ma russkikh gosudarey i drugikh osob tsarskogo semeystva, izdannye Arkheograficheskoyu Kommissieyu*]. Vol. I. Moscow: University Typography; 1848. 353 p. (in Russian).
33. Complete collection of laws of the Russian Empire. Meeting first. Vol. I. From 1649 to 1675 [*Polnoe sobranie zakonov Rossiyskoy imperii. Sobranie pervoe. T. I. S 1649 po 1675*]. St. Petersburg: Typography of II department. O.I. M. Chancellery; 1830. 1074 p. (in Russian).
34. Selin A. A. Moscow quarantines. The fight against “pestilence” in the XVI–XVII centuries in Novgorod and Pskov [*Moskovskie karantiny. Bor'ba s “morovymi povetriyami” v XVI–XVII vv. v Novgorode i Pskove*]. St. Petersburg: Eurasia; 2020. 160 p. (in Russian).
35. Collins S. The current state of Russia. Approval of the dynasty [*Nyneshnee sostoyanie Rossii. Utverzhdenie dinastii*]. Moscow: Sergei Dubov Foundation, Rita-Print; 1997. P. 185–230 (in Russian).
36. Reports of Johann de Rodes about Russia in the middle of the 17th century. Russian past [*Doneseniya Ioganna de Rodesa o Rossii serediny XVII v. Russkoe proshloe*]. Book 9. St. Petersburg; 2001. P. 15–46 (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023
УДК 614.2

Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В., Софронов О. Ю.

ИРКУТСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕСТВА БОРЬБЫ С ЗАРАЗНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ: ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ, СТРУКТУРА, ЗАДАЧИ, ИСТОЧНИКИ ФИНАНСОВЫХ АССИГНОВАНИЙ

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

Статья посвящена исследованию хронологии событий открытия в городе Иркутске Иркутского отделения Общества борьбы с заразными болезнями, находящегося в Санкт-Петербурге. Подчеркнуто, что общественно необходимая потребность защиты от заразных болезней населения способствовала созданию отделения Общества борьбы с заразными болезнями. Исследована история формирования структуры отделения Общества, критерии набора членов-учредителей, членов-сотрудников, членов-соперников, описаны их обязанности. Изучены механизм формирования финансовых ассигнований, состояние наличного капитала, принадлежавшего отделению Общества, показана структура расходов. Отдельно подчеркнута роль благотворителей и пожертвований, собранных для нужд борьбы с заразными болезнями. Приведена переписка известных почетных граждан Иркутска с целью увеличения количества пожертвований. Подробно рассмотрены цели и задачи отделения Общества в борьбе с заразными болезнями, показана необходимость распространения санитарной просвещенности среди населения по предупреждению возникновения заразных болезней. Сделан вывод о прогрессивной роли отделения Общества в Иркутской губернии.

К л ю ч е в ы е с л о в а : Иркутское отделение Общества борьбы с заразными болезнями; структура; задачи; финансовые ассигнования; заразные болезни.

Для цитирования: Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В., Софронов О. Ю. Иркутское отделение Общества борьбы с заразными болезнями: история создания, структура, задачи, источники финансовых ассигнований. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):140–148. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-140-148>

Для корреспонденции: Алексеевская Татьяна Иннокентьевна, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ, e-mail: Alexeevskaya9@mail.ru

Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V. Sofronov O. Yu.

THE IRKUTSK DEPARTMENT OF THE SOCIETY OF STRUGGLE WITH CONTAGIOUS DISEASES: HISTORY OF ESTABLISHMENT, STRUCTURE, TASKS, SOURCES OF FINANCIAL APPROPRIATIONS

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 664003, Irkutsk, Russia

The article considers chronologies of events of the opening in the city of Irkutsk of the Irkutsk branch of the Society of struggle with contagious diseases, located in St. Petersburg. It is emphasized that socially necessary need for protection against contagious diseases contributed to organization of the Branch of the Society of Struggle with Contagious Diseases. The history of organization of the structure of the Society's branch, the criteria of recruiting the founding members, collaborating members and competing members, including description of their duties are explored. The mechanism of formation of financial allocations and the state of available capital owned by the Branch of the Society are studied. The structure of financial expenses is demonstrated. The role of benefactors and donations collected for needs of struggle with contagious diseases are emphasized. The correspondence of well-known honorary citizens of Irkutsk concerning issues of increasing the number of donations is presented. The objectives and tasks of the Branch of the Society related to struggle with contagious diseases are considered. The necessity of spreading health culture among population to prevent occurrence of contagious diseases is demonstrated. The conclusion is made about progressive role of the Branch of the Society in the Irkutsk Guberniya.

К e y w o r d s : Irkutsk branch of the Society for the Fight against Infectious Diseases; structure; tasks; financial allocations; infectious diseases.

For citation: Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V., Sofronov O. Yu. The Irkutsk department of the Society of struggle with contagious diseases: history of establishment, structure, tasks, sources of financial appropriations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):140–148 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-140-148>

For correspondence: Alekseevskaya T. I., doctor of medical sciences, associate professor, 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 the Minzdrav of Russia. e-mail: Alexeevskaya9@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 19.06.2022
Accepted 31.10.2022

Во второй половине XIX в. в Российской империи стали возникать первые врачебные общества. До этого периода их было только три: физико-математическое общество при Московском университете, Общество русских врачей в Петербурге и Общество одесских врачей.

К концу XIX в. заразные болезни получили интенсивное распространение за счет внутренних ми-

грационных процессов и переселенческих реформ на «окраинные казенные земли». Народная медицина формировала эмпирические подходы к ограничению их распространения. В связи с этим в обществе возникает потребность в организации борьбы с заразными болезнями на профессиональной основе.

Исследование архивных документов показало, что в Российской империи в состоявшемся 19 янва-

История медицины

ря 1896 г. под председательством принцессы Евгении Максимилиановны Ольденбургской заседании был выработан проект устава учреждаемого Общества борьбы с заразными болезнями. По соизволению Государя Императора 17 мая 1896 г. проект подан на утверждение и утвержден 5 июня 1896 г. министром внутренних дел. Необходимость в создании Общества была обусловлена высокой инфекционной заболеваемостью, особенно среди трудящегося населения, принимающей угрожающий характер и пагубно влияющей на его физические силы и материальные средства. «Побуждением къ учреждению общества послужило не только желаніе помочь отдѣльнымъ личностямъ, но и стремленіе оградить грядущія поколѣнія отъ тяжелыхъ и неправимыхъ нерѣдко послѣдствій зараженія, стремленіе оградить населеніе отъ опасности физическаго и духовнаго вырожденія, стремленіе обезпечить правильное развитіе силъ и могущества государства» [1—5]¹.

Цель работы — исследовать малоизученные аспекты хронологии событий цели создания, формирование структуры и задач открытия Иркутского отделения Общества борьбы с заразными болезнями.

Архивные материалы показывают, что 6 сентября 1896 г. военный генерал-губернатор Иркутской губернии А. Д. Горемыкин организовал совещание под своим председательством, на которое пригласил врачей, руководящих гражданскими и военными медицинскими учреждениями г. Иркутска, для обсуждения вопроса о том, в какой форме может быть оказано содействие развитию недавно учрежденного Общества. Это совещание пришло к заключению о желательности открытия в Иркутске отделения Общества, о чем было сообщено заведующему временным бюро Общества А. Ф. Рагозину. Организованный к этому времени Совет Общества под председательством принца Петра Александровича Ольденбургского, расположенный в Санкт-Петербурге, поддержал инициативу иркутян и выслал правила организации филиальных отделений Общества. Общее собрание, на котором проведены выборы членов отделения Совета, состоялось 11 марта 1898 г. (рис. 1). Членами Совета были выбраны: иркутский военный генерал-губернатор А. Д. Горемыкин, иркутский губернатор И. П. Моллериус, старший председатель иркутской судебной Палаты Г. В. Кастриото-Скандербек-Дрекалович, иркутский вице-губернатор Б. П. Цехановецкий, управляющий государственными Имуществами А. П. Пятницкий, врач-эпидемиолог, доктор медицины Н. Е. Маковецкий, помощник инспектора, доктор медицины Г. И. Губкин, врач, доктор медицины, член городского санитарного совета Д. Ф. Пахоруков, жена инженера-техника М. П. Янчуковская и почетный потомственный гражданин В. Ф. Колыгин [1]. Председателем выбран А. Д. Горемыкин, а в его отсутствие

	ВЗНОСЫ	
	Рубл.	
1. Иркутскій Военный Генерал-Губернаторъ А. Д. Горемыкинъ	10.	
2. Иркутскій Губернаторъ И. П. Моллериусъ	5.	
3. Асташевскій П. П.		
4. Вѣлоговскій В. А.	100.	
5. Вѣлоговскій А. А.		
6. Булаговъ В. Н.		
7. Брянецъ В. А.		
8. Верховскій П. Н.	100.	
9. Воллереръ А. В.	15.	
10. Губкинъ Г. И.	5.	
11. Губкинъ Н. Е.	10.	
12. Давыдъ А. Г.	5.	
13. Дубовскій М. М.		
14. Ельцинъ В. А.	5.	
15. Жарниковъ В. П.	25.	
16. Кастриото-Скандербекъ-Дрекаловичъ Г. В.	5.	
17. Колыгинъ В. Ф.	100.	
18. Крайскій П. Р.	100.	
19. Лавровъ И. Л. наслѣдств. членъ Иркутскаго Общества,		
20. Маковскій Н. Е.	10.	
21. Пахоруковъ Д. Ф.	5.	
22. Пятницкаго Д. Ф.	25.	
23. Петровскій А. П.	5.	
24. Раковъ-Шерба В. В.		
25. Умановъ А. Н.	5.	
26. Цехановскій Б. П.	5.	
27. Юганъ А. Н.	5.	
28. Янчуковская М. П.	5.	
29. Яцвигъ Н. А.		

Рис. 1. Список членов-учредителей Иркутского отделения Общества борьбы с заразными болезнями [5].

(заместителем) — И. П. Моллериус, казначеем — В. Ф. Колыгин, секретарем — Г. И. Губкин. Ближайшее заседание Совета было посвящено выработке программы его деятельности. На первое время задачами Совета явились:

- создание кассы отделения и дальнейшее ее расширение путем привлечения возможно большего числа членов-сотрудников;
- определение местностей, где население наиболее поражено сифилисом, борьба с которым принята Обществом первоочередной;
- определение способов и формы борьбы с сифилисом в соответствии с местными условиями образа жизни и быта населения.

Еще до открытия Иркутского отделения Совет Общества в лице принца П. А. Ольденбургского предложил принять должность уполномоченного управляющему иркутской казенной Палатой Ивану Лавровичу Лаврову (рис. 2)². Как свидетельствуют архивные материалы, 9 июня 1898 г. директор Департамента окладных сборов И. Д. Слободчиков в письме И. Л. Лаврову за № 4661 выражает просьбу Совета принять почетную должность уполномоченного Общества борьбы с заразными болезнями по Иркутской губернии «...въ надеждѣ, что дѣятельность Общества вызоветъ сочувствіе подвѣдомственныхъ Вамъ податныхъ инспекторовъ, которыя хорошо освѣдомлены о нуждахъ населенія и безъ сомнѣнія окажутъ большую помощь дѣятельности Общества въ качествѣ его членовъ-сотрудниковъ»³. К первому письму прилагалось 6 копий письма и 6 экземпляров инструкций, предназначенных для

¹ Государственный архив Иркутской области. Ф32. Оп. 9. Д. 738. Дело уполномоченного Общества борьбы с заразными болезнями.

² Там же.

³ Там же.

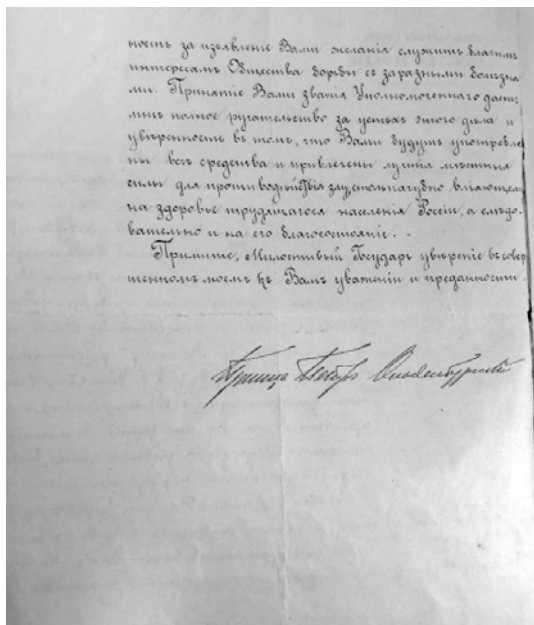
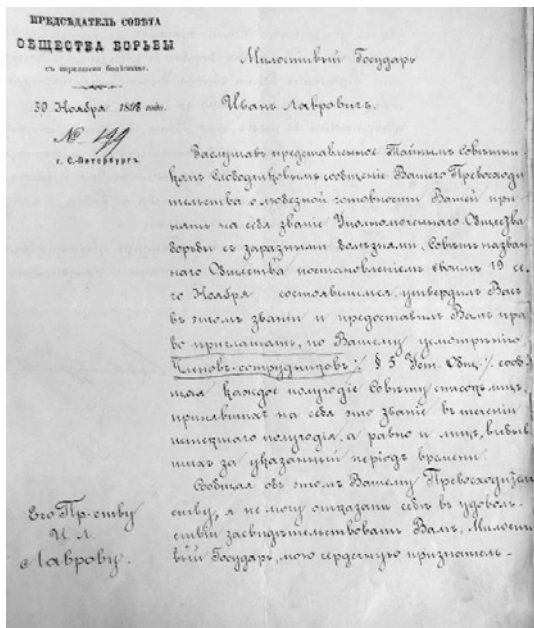


Рис. 2. Письмо председателя Совета Общества борьбы с заразными болезнями принца П. А. Ольденбургского уполномоченному Иркутского отделения Общества И. Л. Лаврову.

податных инспекторов. В следующем письме от 20 ноября 1898 г. № 8805 Иван Дмитриевич Слободчиков обращается к Лаврову о предоставлении в Совет Общества информации относительно потребности в открытии отделений для сифилитических больных за счет средств Общества в соответствии с выработанной Советом программой. Для этого он рекомендует Ивану Лавровичу связаться с местными инициаторами в деле охраны здоровья и предоставить в Совет необходимую информацию. К письму прилагается 8 копий отчета Совета Общества за прошедший год, 8 книжек с квитанциями для сбора пожертвований в пользу Общества, текст устава Общества и 8 экземпляров книги доктора медицины П. Хижина «Сифилис среди сельского населения»,

могущего служить пособием для работы податных инспекторов.

И. Л. Лавровым было составлено предназначенное для отправки податным инспекторам и главному медицинскому инспектору Н. Е. Маковецкому письмо, содержащее приглашение принять участие в деятельности Общества борьбы с заразными болезнями в качестве членом-сотрудников. В приложении к письмам, разосланным в декабре податным инспекторам, прилагались инструкция, пояснявшая обязанности членом-сотрудников, брошюра П. Хижина и копия письма Слободчикова. Как следует из данной инструкции, они должны оказывать содействие Совету и уполномоченным Общества личным трудом; принимать на себя исполнение различных обязанностей и поручений по указанию Совета или уполномоченных. Члены-сотрудники должны заботиться об увеличении материальных средств Общества с привлечением пожертвований. В местностях, где имеются уполномоченные, члены-сотрудники являются их непосредственными и ближайшими помощниками и находятся с ними в постоянном общении по делам Общества. Члены-сотрудники должны представлять не позднее 1 февраля каждого года ежегодные отчеты о своей деятельности уполномоченным.

Отдаленность метрополий подразумевает тот факт, что деловая переписка с руководством Общества происходила с задержкой в 3—4 недели в одну сторону, этим можно объяснить нетерпение со стороны Совета. В сообщении И. Л. Лаврову от 24 декабря 1898 г. за № 9659 директор Департамента окладных сборов И. Д. Слободчиков, озабоченный скорейшим докладом Совету Общества в Санкт-Петербурге, просит скорейшего отзыва на письмо от 9 июня. На что 18 января 1899 г. Лавров отвечает, что письмо председателя Совета Общества об утверждении его в должности уполномоченного от 30 ноября 1898 г. за № 199 (см. рис.2) он получил только 26 декабря 1898 г. и до тех пор не считал себя вправе действовать в качестве уполномоченного. Тем не менее он сообщает, что письма податным инспекторам и врачам с просьбой о принятии на себя звания членом-сотрудников Общества борьбы с заразными болезнями были им разосланы, но из-за дальности расстояний он еще не получил ответов. В этом же письме он сообщает, что задержка с созданием и утверждением Устава Общества, также замедляет работу. На следующий день 19 января в письме за № 453 губернатору И. П. Моллериусу Лавров считает своим долгом донести о том, что председатель Общества борьбы с заразными болезнями принц П. А. Ольденбургский удостоил его уведомлением об утверждении в звании уполномоченного Общества борьбы с заразными болезнями по Иркутской губернии, что Совет Общества постановил 19 ноября 1898 г. Следующее исходящее письмо за № 454 Лавров, уже обозначившись в качестве уполномоченного, направляет В. В. Равич-Щербо в администрацию генерал-губернатора с просьбой напечатать 150 экземпляров Устава Общества и 100 экзем-

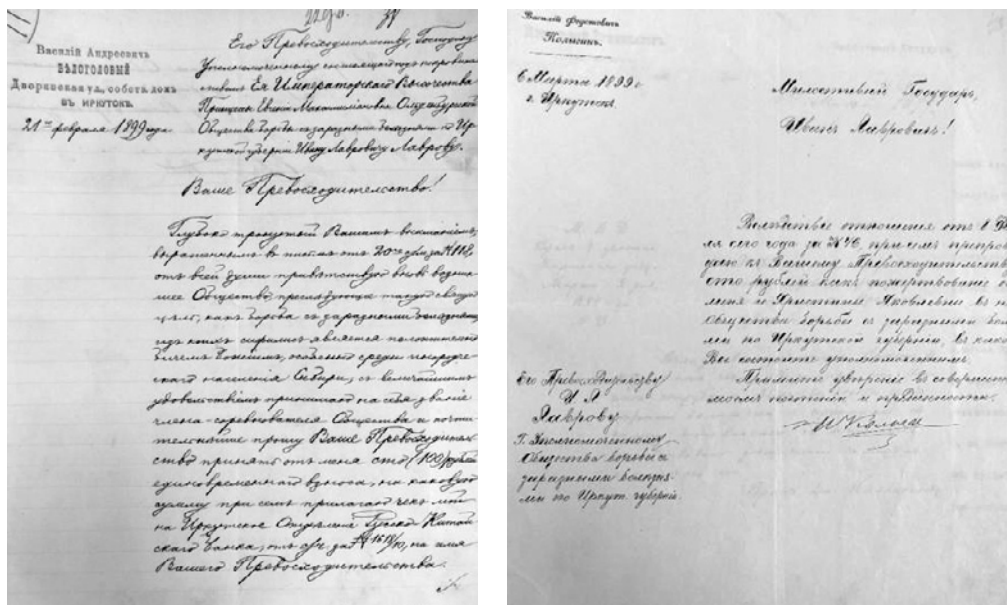


Рис. 3. Письма В. А. Белоголового и В. Ф. Кольгина о перечислении пожертвований для Иркутского отделения.

пляров письма членам-соревнователям, на что получает от чиновника отказ. С начала 1899 г. стали приходить ответы от податных инспекторов и уездных врачей. В Государственном архиве Иркутской области имеются письма, полученные Лавровым в ответ на приглашение от податных инспекторов: М. А. Дудина, Н. Г. Арзамасцева, А. В. Шкурина, уездных врачей: участкового врача 1-го участка Балаганского уезда В. Ф. Нерике, участкового врача 1-го участка Верхоленского уезда Д. А. Торопова, участкового врача 3-го участка Верхоленского уезда И. Г. Вуколова, участкового врача 1-го участка Киренского уезда, перечислившего пожертвование в размере 5 руб., И. В. Введенского, участкового врача 4-го участка Киренского уезда Д. Д. Каллиникова, участкового врача 1-го участка Нижнеудинского уезда В. П. Никитенко, участкового врача 4-го участка Нижнеудинского уезда Г. И. Гольшух⁴ [6]. Некоторые из писем содержали, помимо уверений в готовности к сотрудничеству, вопросы, на которые Лавров дал письменные ответы. Вопросы от изъявивших желание работать в качестве членов-участников касались конкретной программы действий, сельский врач 1-го участка Киренского уезда И. В. Введенский отмечает потребность в открытии в селении Усть-Кут приемного покоя.

В конце 1898 г. И. Л. Лавров активно занимался приглашением членов-соревнователей, для чего были составлены письма, содержащие цели и задачи Общества, и разосланы 121 жителю губернии. Первые ответы на приглашения и первые суммы стали приходить уже в начале 1899 г. Наиболее отзывчивые к благотворительности жители Иркутского генерал-губернаторства записались членами Общества борьбы с заразными болезнями с годовыми

Таблица 1

Список пожизненных членов Иркутского отделения Общества борьбы с заразными болезнями [5]

№	ФИО	Сумма взноса, руб.
1	Бутин М. Д.	100
2	Белоголовый В. А. (член-учредитель)	100
3	Верховинский П. Н. (член-учредитель)	100
4	Громова А. И.	100
5	Ефимов Н. В., голова Элбитского улуса	100
6	Замятин И. Е.	100
7	Кольгин В. Ф. (член-учредитель)	100
8	Кравец П. Р. (член-учредитель)	100
9	Отрыганьев К. Д.	100
10	Павлов Трофим, инородец Хотинского улуса	100

взносами и единовременными пожертвованиями (рис. 3)⁵. При открытии отделения Общества в Иркутске многие из них вошли в состав членов-учредителей и выразили желание, чтобы их денежные пожертвования и членские взносы были использованы для нужд местного отделения Общества.

Статус пожизненных членов Иркутского отделения Общества получили 10 иркутских благотворителей, хорошо знакомых с работой городского общественного управления (табл. 1): Михаил Дмитриевич Бутин, купец 1-й гильдии, золотопромышленник, меценат, коммерции советник, в течение нескольких лет являлся гласным Иркутской городской думы, писал труды по экономике Восточной Сибири, Василий Андреевич Белоголовый, представитель династии иркутских купцов, промышленников и меценатов, племянник известного в Иркутске врача, публициста и общественного деятеля Н. А. Белоголового, был членом Городской думы, активным участником общественной жизни города, почетным попечителем учительской семинарии, пожертвовал все свое состояние Комитету грамотно-

⁴ Там же.

⁵ Там же.

сти и сам стал работать учителем, Прокопий Николаевич Верховинский якутский и иркутский купец 1-й гильдии, владелец Тальцинского стеклоделательного завода, благотворитель, Анна Ивановна Громова, жена иркутского купца 1-й гильдии золотопромышленника и мецената; Ефим Иванович Замятин, иркутский купец 1-й гильдии, владелец магазина готовой обуви, активный общественный деятель и благотворитель, гласный Иркутской городской думы; Василий Федотович Колыгин, иркутский и шуйский купец 1-й гильдии, золотопромышленник и меценат, гласный иркутской Городской думы; Петр Родионович Кравец, иркутский купец 2-й гильдии, предприниматель, меценат, попечитель благотворительных обществ, гласный Иркутской городской думы; Козьма Дмитриевич Отрыганьев, иркутский купец 2-й гильдии, крупнейший владелец недвижимости, гласный иркутской Городской думы, член правления иркутского Общества приказчиков; а также представители Элбитского и Хотинского улусов, внесшие одновременно крупные пожертвования в размере 100 руб. [3—6].

9 марта 1899 г. было получено извещение об утверждении председателем Совета Общества борьбы с заразными болезнями принцем П. А. Ольденбургским Правил деятельности Иркутского отделения Общества борьбы с заразными болезнями. Правила содержали следующие пункты⁶.

1. Иркутское отделение Общества борьбы с заразными болезнями составляет часть Общества того же наименования, учрежденного в Санкт-Петербурге, пользуется покровительством правительства, состоит со всеми учреждениями заведениями в ведении Министерства внутренних дел и руководствуется теми же правилами, какие установлены в уставе центрального Общества, утвержденном Министерством внутренних дел 5 июня 1896 г.

2. Деятельность Иркутского отделения имеет своим районом пределы Иркутского генерал-губернаторства, состоящего из губерний Иркутской, Енисейской и области Якутской. В Енисейской губернии и Якутской области, если потребуют обстоятельства, отделение может действовать через особо избранных им уполномоченных.

3. Отделение Общества имеет целью: а) принятие указываемых наукою и опытом мер предохранения населения от губительных последствий заразных болезней; б) заботу о прекращении таких болезней в местностях, где таковые существуют; в) ознакомление населения с наиболее действительными средствами для предупреждения заразных болезней и распространения заразы. На первое время отделение сосредотачивает свою деятельность на одной какой-либо заразной болезни, представляющей наибольшую опасность для населения.

4. Для достижения указанных целей отделение Общества по своевременному предупреждению о том Советом центрального Общества и подлежащих властей, руководствуясь действующими узаконения-

ми, может: а) формировать и посылать подвижные лечебницы или санитарные отряды; б) устраивать постоянные и временные лечебницы, а также приемные покои и амбулатории с выдачею лекарств; в) устраивать помещения для надлежащего, на известные сроки, отделения (изоляция) больных от здоровых; г) открывать школы для подготовки сестер милосердия и палатных сиделок; д) устраивать для зараженных детей особые отделения при школах, которые в случае учреждения их при школах Министерства народного просвещения в учебно-воспитательном отношении состоят в ведении этого министерства; е) с ведома Министерства народного просвещения издавать по составляющим задаче его предметам полезные для народа брошюры и книги и устраивать общедоступные чтения и собеседования; ж) возбуждать ходатайство об оказании содействия целям отделения со стороны народных школ путем включения в программы преподавания элементарных санитарно-гигиенических сведений; з) принимать, в пределах целей и средств Отделения, все меры, дозволенные законом.

5. Средства отделения составляют из: а) членских взносов; б) единовременных и периодических пожертвований; в) дохода от устраиваемых в пользу отделения концертов, спектаклей, лотерей и т. п. Отделение Общества имеет право выставлять кружки для сбора пожертвований с соблюдением установленных для того условий.

6. Отделение Общества состоит из: а) почетных членов, оказавших особые услуги в достижении преследуемых отделением целей или внесших в кассу отделения не менее 1000 руб. (табл. 2); б) членов-учредителей, подписавших протокол об учреждении отделения Общества и присоединивших свои подписи на протоколе до открытия действия отделения; в) членов-соревнователей, вносящих в кассу отделения не менее 100 руб. единовременно или 5 руб. ежегодно; г) членов-сотрудников, личным трудом принимающих участие в деятельности отделения. Не могут быть членами отделения лица несовершеннолетние, за исключением имеющих классные чины, состоящие на действительной военной службе нижние чины и юнкера, учащиеся в учебных заведениях и подвергшиеся ограничению права по суду и состоящие под гласным надзором полиции.

7. Делами отделения ведают: а) общее собрание; б) Совет отделения.

8. Общие собрания бывают обыкновенные и чрезвычайные. Обыкновенные общие собрания происходят в декабре для рассмотрения и утверждения сметы доходов и расходов отделения Общества на будущий год и в мае для рассмотрения и утверждения отчета о деятельности отделения и заключении ревизионной комиссии за минувший год, а также выборах ревизионной на текущий год комиссии и членов Совета взамен выбывающих. Сверх того, ведению обыкновенных общих собраний подлежат: избрание почетных членов, вопросы о расширении или изменении направления деятельности отделения, о сверхсметных ассигнованиях и вообще дела,

⁶ Там же.

История медицины

вносимые в общее собрание по постановлению Совета. Чрезвычайные общие собрания созываются по постановлениям совета или по письменному заявленному председателю Совета желанию не менее 10 членов отделения. На этих собраниях рассматриваются лишь вопросы, послужившие основанием для их созыва. Председательствует в общем собрании председатель Совета, в случае его отсутствия председатель избирается подачей голосов путем записок.

9. Совет Общества состоит из 9 членов, выбираемых общим собранием. По истечении первого года деятельности отделения из состава Совета выбывают по жребию 3 члена, по окончании второго года из оставшихся 6 членов первого избрания выбывают по жребию, снова 3 члена; остальные 3 члена выбывают по окончании трех лет. Выбывающие члены могут быть избраны вновь. В отчете Совета Иркутского отделения за 1900 г. [5], указывается состав из 10 человек, десятым являлся председатель Совета. Под сметой расходов 1900 г. стоят 10 подписей: 9 членов и председатель.

10. Совет избирает из своей среды председателя, казначея и секретаря.

11. На Совете лежат все организационные и исполнительные обязанности, обусловленные деятельностью отделения Общества. Совет избирает членов отделения Общества, кроме почетных, а также составляет и представляет общему собранию сметы доходов и расходов отделения и ежегодные отчеты о деятельности отделения. При составлении смет и отчетов Совет отделения руководствуется инструкциями, преподанными Советом центрального Общества. По утверждению смет и отчетов общим собранием, сметы и отчеты представляются на обсуждение Совета центрального Общества.

12. Председатель Совета отделения ведет от имени совета всю переписку с подлежащими учреждениями и лицами. Секретарь заведует делопроизводством Совета и общего собрания. Казначей имеет в своем ведении суммы отделения Общества и расходует их не иначе как по ордерам за подписью председателя и секретаря.

13. Предположения отделения об открытии новых учреждений, отвечающих целям Общества, а также о преобразовании и расширении существующих, предположения об установлении способов борьбы с заразными болезнями, не предусматриваемых настоящими правилами, а равно меры, требующие расходов, превышающих средства отделения, или сверхсметных расходов, и вообще наиболее существенные предположения, заключающие в себе новые начала или направления в деятельности отделения, должны быть передаваемы предварительно на обсуждение Совета центрального Общества.

14. Отделение Общества имеет право приобретать необходимую для его целей недвижимую собственность, заключать контракты и входить во всякие дозволенные законом обстоятельства в пределах собственных средств.

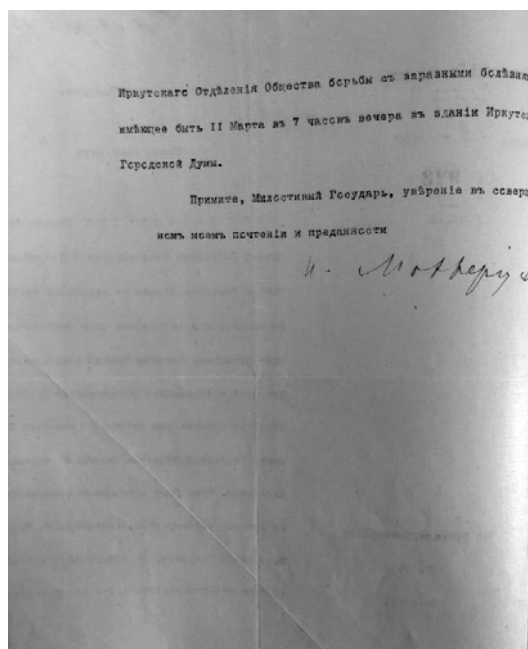
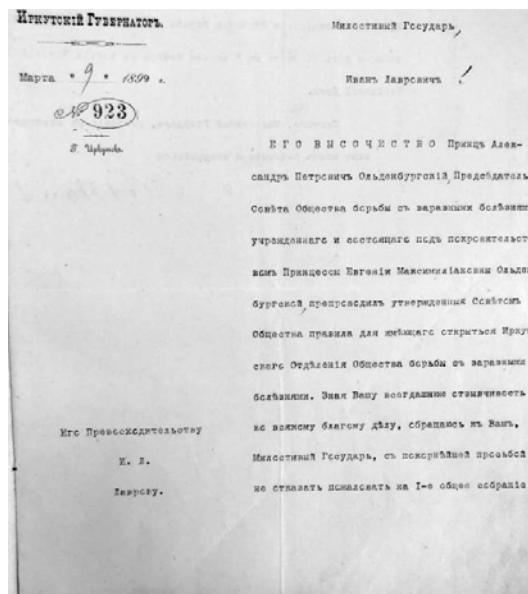


Рис. 4. Приглашение, отправленное И. Л. Лаврову иркутским губернатором И. П. Моллериусом на первое общее собрание Иркутского отделения Общества борьбы с заразными болезнями, состоявшееся 11 марта 1899 г.

15. Отделение имеет печать с надписью «Общество для борьбы съ заразными болѣзнями. Иркутское Отдѣленіе».

16. Настоящие правила в случае надобности могут быть изменены или дополнены по постановлениям общего собрания с утверждения Совета центрального Общества.

Позднее был принят Устав Отделения, содержащий практически ту же информацию, что и Правила. 11 марта 1899 г. в 19 часов в здании Иркутской Городской Думы состоялось первое общее собрание Иркутского отделения Общества борьбы с заразными болезнями (рис. 4)⁷. К этому времени от благодетелей и в зачет членских взносов Уполномо-

Число населения, заболеваемость сифилисом и смертность от сифилиса за 1893—1895 гг. (в абс. ед.) [4]

Уезд	1893 г.	1894 г.	1895 г.	Среднее за 1887—1892 гг.
Иркутский уезд	Населения — 145 119; больных — 2 217	Населения — 147 1944; боль- ных — 1 231	Населения — 151 571; больных — 1 352	—
Балаганский уезд	Населения — 131 239; больных — 237	Населения — 164 613; больных — 240	Населения — 137 006; больных — 231	—
Верхотенский уезд	Населения — 85 692; больных — 64	Населения — 67 688; больных — 55	Населения — 70 813; больных — 98	—
Киренский уезд	Населения — 48 088; больных — 38	Населения — 48 325; больных — 53	Населения — 50 064; больных — 203	—
Нижнеудинский уезд	Населения — 67 381; больных — 286	Населения — 58 403; больных — 187	Населения — 59 963; больных — 327	— т
Всего в Иркутской гу- бернии	Населения — 477 519; больных — 2 842	Населения — 486 223; больных — 1 766	Населения — 469 417; больных — 2 211	Населения — 412 753; больных — 1 363
Летальных исходов	22	8	24	26
Больных в городах	1 463	1 006	1 297	
Всего больных сифили- сом в Сибири	больных — 11 573; летальных исходов — 67	больных — 12 719; летальных исходов — 77	больных — 15 575; летальных исходов — 87	больных — 7 443; леталь- ных исходов — 81
Всего больных сифили- сом в Империи	больных — 753 028; леталь- ных исходов — 1 327	больных — 758 242; летальных исходов — 140	больных — 804 402; леталь- ных исходов — 1 384	—

Таблица 2

Ведомость о состоянии наличного капитала, принадлежащего
Иркутскому отделению Общества борьбы с заразными
болезнями [5]

№	С 3 апреля 1899 г. поступило	Руб.	Коп.
1	От уполномоченного Общества И. Л. Лаврова	1105	75
2	От секретаря Общества Г. И. Губкина	96	75
3	От членских взносов	420	05
4	По жертвований	229	23
5	Один лист 4% ренты за № 438 с. 18 в.	1000	
6	Процентов по этому листу	47	50
7	Итого к 10 декабря 1900 г. поступило	2899	28
	<i>За это время списано в расходы:</i>		
1	На канцелярские принадлежности	46	15
2	На приобретение листа Государственной 4% ренты за № 438 с. 18 в 1000 руб.	996	25
3	Итого к 10 декабря 1900 г. списано в расход	1042	40
	На 10 декабря 1900 г. остаток	1856	88
	<i>Капитал, находящийся в наличности, заключается в следующем:</i>		
1	В процентных бумагах в количестве 1-го листа Государственной 4% ренты с купоном срочным на 1-е марта 1901 г. по номинальной стоимости	1000	
2	Кредитными билетами	856	88
3	Итого состоит в остатке	1856	88

ченному поступило 997 руб. Сумма пожертвований в 72 руб., собранная податным инспектором иркутского городского участка Н. Г. Арзамасцевым, передана уже 19 марта 1899 г., 1 апреля еще 125 руб.

В Санкт-Петербург в Совет Общества были направлены ходатайство об использовании собранных средств для нужд местного Отделения, которое было удовлетворено, и 3 июля 1899 г. И. Л. Лавров передал казначею Отделения собранные им пожертвования и членские взносы в сумме 1105 руб. 75 коп. вместе со списком жертвователей (рис. 5)⁸.

Для дальнейшего привлечения членов-сотрудников и распространения сведений о своих задачах и целях Совет Отделения, кроме обычных публикаций в местной газете, обратился с письмами-воззваниями к очень многим наиболее известным и влиятельным лицам в Иркутске и во всех уездах Иркут-

ской губернии. Кроме того, были направлены специальные просьбы якутскому и енисейскому губернаторам с препровождением нескольких экземпляров правил Отделения об оказании возможного содействия делу борьбы с заразными болезнями путем распространения между населением сведений о возникновении Общества, для привлечения членов-сотрудников, членов-соревнователей и жертвователей.

6 июня 1899 г. Лавров передал в Иркутское отделение Общества поступившие к нему из округов заявления об устройстве лечебных заведений или содействии в реорганизации существующих лечебниц с целью оказания помощи инфекционным больным. В конце 1899 г., 25 ноября и 29 декабря, состоялись собрания, на которых Совет Общества обсуждал предложения по первоочередным действиям в борьбе с распространением сифилиса. В письме, направляемом в Собрание Общества борьбы с заразными болезнями в Санкт-Петербург 11 февраля 1900 г., И. Л. Лавров сообщает о передаче средств Иркутскому отделению и о решении употребить их на создание детских яслей-приюта в селе Тутутуй Иркутского уезда и фельдшерского амбулаторного пункта в селе Усть-Орда Иркутского уезда. Была составлена примерная смета расходов по открытию амбулатории, яслей и содержанию на первый год, составившая 977 руб.

Актуальность инициированной генерал-губернатором А. Д. Горемыкиным, в обязанности которого входило «...въ числѣ прочихъ, принятіе мѣръ для сохраненія народнаго здравія», деятельности в направлении открытия филиала Общества борьбы с заразными болезнями в Иркутске, обусловлена ростом заболеваемости сифилисом среди населения. По данным статистических отчетов, число зарегистрированных больных сифилисом в Сибири на 10 тыс. населения в 1893 г. составило 23,4, в 1894 — 25,5, а в 1895 — 30,4 случая. Показатели роста заболеваемости, предшествовавшие началу организации Иркутского отделения, по уездам Иркутской губернии приведены в табл. 3.

⁷ Там же.⁸ Там же.

- Ministry of Internal Affairs, Edition of the journal "Practical Medicine" (V. S. Ettinger). St. Petersburg; 1901. 89 p. (in Russian).
3. Brief encyclopedia on the history of merchants and commerce in Siberia [*Kratkaya entsiklopediya po istorii kupechestva i kommertsii Sibiri*]. Eda A. S. Zuev, D. Ya. Rezun. Novosibirsk: Institute of History SB RAS, Siberian Merchant Assembly of the Styling Corporation; 1994 (in Russian).
 4. Report of the Medical Department of the Ministry of the Interior for 1893–95. Population movement. Morbidity. Inspections of recruits [*Otchet Meditsinskogo departamenta Ministerstva vnutrennikh del za 1893–95 goda. Dvizheniye naseleniya. Zabolevayemost'. Osmotry prizyvnykh*]. Part 1. St. Petersburg: Printing house of the Ministry of Internal Affairs; 1898. 217 p. (in Russian).
 5. Report of the Council of the Irkutsk Branch of the Society for the Fight against Infectious Diseases [*Otchet Soveta Irkutskogo otdeleniya Obshchestva bor'by s zaraznymi boleznnyami*]. Irkutsk: Gub. tip.; 1900. 20 p. (in Russian).
 6. Petrov A. V., Plotnikova M. M. Mayors, vowels and deputies of the Irkutsk Duma 1872–2011: biogr. directory [*Gorodskiyе golovy, glasnyye i deputaty Irkutskoy dумы 1872–2011: biogr. spravochnik*]. Ed. L. M. Dameshek. Irkutsk: Ottisk; 2011. 396 p. (in Russian).
 7. Russian medical list: lists of doctors, veterinarians, dentists, pharmacists and drugstores [*Rossiyskiy meditsinskiy spisok: spiski vrachey, veterinarov, zubnykh vrachey, farmatsevtov i aptek*]. Petrograd: Office of the Chief Medical Inspector of the Ministry of Internal Affairs; 1809–1916. 192 p. (in Russian).

Рецензии

© ПИВОВАРОВ Н. Ю., ТИХОНОВ В. В., 2023
УДК 614.2

Пивоваров Н. Ю.^{1,2}, Тихонов В. В.^{2,3}

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ П. Э. РАТМАНОВА «СОВЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА МЕЖДУНАРОДНОЙ АРЕНЕ В 1920—1940-х гг.: МЕЖДУ „МЯГКОЙ СИЛОЙ“ И ПРОПАГАНДОЙ (ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА И США)»⁹

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород;

³Институт российской истории Российской академии наук, 117292, г. Москва

В рецензии рассмотрена книга П. Э. Ратманова «Советское здравоохранение на международной арене в 1920—1940-х гг.: между „мягкой силой“ и пропагандой (Западная Европа и США)». На основе богатого круга исторических источников, впервые вводимых в научный оборот, автор детально исследует феномен презентации на международной арене «модели Семашко». Основной массив событий, описываемых в книге, хронологически разбит на два периода — 1920-е и 1930-е годы. Для каждого из этих периодов характерны не только различные формы презентации советского здравоохранения, но и направления сотрудничества со странами-партнерами. В монографии наглядно показано, что на эффективность советской медицинской пропаганды влияли состав аудитории, место и время. Кроме того, интерес к советской модели на Западе во многом зависел от личных симпатий и политических убеждений представителей медицинского сообщества. Автор книги расценивает продвижение образцов советской модели медицины как «торговлю будущим», т. е. демонстрацию общих ценностей идеологии советского здравоохранения, его локальных успехов и обещаний крупных достижений в будущем. Монографию следует признать важным шагом не только в изучении истории научно-медицинской дипломатии, но и роли науки в культурной повестке советского государства.

К л ю ч е в ы е с л о в а: советское здравоохранение; международные связи; «модель Семашко»; Наркомздрав.

Для цитирования: Пивоваров Н. Ю., Тихонов В. В. Рецензия на книгу П. Э. Ратманова «Советское здравоохранение на международной арене в 1920—1940-х гг.: между „мягкой силой“ и пропагандой (Западная Европа и США)». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(1):149—152. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-149-152>

Для корреспонденции: Пивоваров Никита Юрьевич, канд. ист. наук, доцент Первого МГМУ им. Сеченова (Сеченовский Университет), научный сотрудник Приволжского исследовательского медицинского университета, tihonovvitaliy@list.ru

Pivovarov N. Iu.^{1,2}, Tikhonov V. V.^{2,3}

THE REVIEW OF THE BOOK “THE SOVIET HEALTH CARE AT INTERNATIONAL ARENA IN 1920–1940: BETWEEN ‘SOFT FORCE’ AND PROPAGANDA (THE WESTERN EUROPE AND THE USA)” BY P. E. RATMANOV

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Privolzhsky Research Medical University” of the Minzdrav of Russia, 603005 Nizhni Novgorod, Russia;

³The Federal State Budget Institution of Science “The Institute of Russian History of the Russian Academy of Sciences” of the Mibnobrnauka of Russia 117292 Moscow, Russia

The review considers the book “The Soviet health care at international arena in 1920–1940: between “soft force” and propaganda (the Western Europe and the USA)” by Ratmanov P. E. The author, on the basis of rich range of historical sources for the first time introduced into scientific turnover, minutely examines phenomenon of the presentation of “The Semashko model” in the international arena. The main array of events described in the book is chronologically divided by two periods — the 1920s and the 1930s. Each of these periods is characterized not only by various forms of presentation of the Soviet health care, but also by directions of cooperation with partner countries. The monograph demonstrably shows that effectiveness of the Soviet medical propaganda was affected by composition of the audience, place and time. Besides, interest in the West to the Soviet model in many ways depended on personal sympathy and political beliefs of representatives of medical community. The author of the book considers the promotion of samples of the Soviet model of medicine as “trade of the future”, i.e. demonstration of common values of the ideology of the Soviet health care, its local successes and promises of major achievements in the future. The monograph is to be recognized as an important step in the study both of the history of scientific medical diplomacy and the role of science in cultural agenda of the Soviet state.

К е y o r d s: the Soviet health care; international relations; Semashko model; Narkomzdrav.

For citation: Pivovarov N. Iu., Tikhonov V. V. The review of the book “The Soviet health care at international arena in 1920–1940: between “soft force” and propaganda (the Western Europe and the USA)” by P. E. Ratmanov. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(1):149–152 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-1-149-152>

For correspondence: Pivovarov N. Iu., candidate of historical sciences, associate professor of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of

⁹Хабаровск: Изд-во ДВГМУ; 2021. 388 с.

Russia, the Researcher of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Privolzhskiy Research Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: tihonovvitaliy@list.ru

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

Acknowledgment. The study was implemented within the framework of the Project № 18-78-10018 of the Russian Scientific Foundation “The Problems of Bioethics in Historical Context and Social Cultural Dynamics of Society”.

Received 25.08.2022
Accepted 31.10.2022

Изучение практик советской культурной дипломатии давно превратилось в устойчивый историографический тренд. Исследователи выделяют как традиционные направления, связанные с туризмом [1, 2], так и относительно новые, например наградная дипломатия [3, 4]. Отдельно можно выделить научную дипломатию в сфере медицины. Это обусловлено как глобализационными процессами (в том числе борьбой с различными заболеваниями и трансфером технологий), так и тем, что наука вообще и медицина в частности стали в XX в. одним из инструментов для выстраивания диалога и даже снятия политической напряженности между государствами. Данные положения в историографии обычно проецируются на 1950—1970-е годы [5]. Однако рецензируемая монография П. Э. Ратманова позволяет существенно сдвинуть хронологические рамки нашего понимания роли медицинской дипломатии в международных отношениях.

Книга П. Э. Ратманова — это взгляд Москвы, руководства Наркомздрава, на проблемы выстраивания внешних научных связей и презентации основ советского здравоохранения на международной арене. Автор заявляет, что советская система здравоохранения — «модель Н. А. Семашко» — была идеологическим конструктом, поскольку многие значимые признаки этой системы были декларативными. Вместе с тем советская власть позиционировала новую медицинскую систему как кардинально отличающуюся от прошлого дореволюционного и существующего буржуазного аналогов. Это обстоятельство закладывало широкие возможности для идеологического экспорта «модели Н. А. Семашко» за рубеж. Однако автор книги замечает, что продвижение образцов советской модели можно расценивать как «торговлю будущим», т. е. демонстрацию общих ценностей идеологии советского здравоохранения, его локальных успехов и обещаний крупных достижений в будущем. Торговля «идеальной моделью», особенно в начале 1920-х годов, вместо презентации реальных достижений, с практической точки зрения, вполне объяснима разрушительными последствиями Первой мировой и Гражданской войн, а также эмиграцией наиболее ярких представителей медицинского сообщества Российской империи. Но не стоит забывать и о типичном для советской системы прожектерстве, когда грань между тем, что должно быть, и тем, что есть, ретушировалась идеологией. В этом смысле советская медицина 1920—30-х годов представляла собой тесное переплетение реальных возможностей, прагматики и идеологических установок.

Книга включает шесть глав, в которых достаточно подробно показана роль советского здравоохранения на международной арене в 1920—1940-е годы. Пожалуй, лишь несколько выбиваются из общего повествования два последних параграфа шестой главы, посвященных периоду Второй мировой войны и первым послевоенным годам. На наш взгляд, в то время присутствовала совершенно иная проблематика, чем в 1920—1930-е годы, да и само советское здравоохранение перешло от апеллирования эфемерными конструкциями к демонстрации реальных достижений, сумевших заинтересовать западное медицинское сообщество.

Монография базируется на очень солидной источниковой базе. Автор ввел в научный оборот документы из трех федеральных архивов, а также архива Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко Минобрнауки России. П. Э. Ратманов не просто цитирует архивные материалы, а сопровождает весь аппарат сносок первичным описанием использованных документов. Такой подход довольно редок в современных монографиях и свидетельствует не только о тщательности в работе с документами, но и о научной этике автора. Блестящее знание документов в совокупности с историографией позволили Ратманову исправить многочисленные ошибки, допущенные его предшественниками. Вместе с тем автор редко выходит в своем описании за пределы анализа документов Наркомздрава. Ратманов признал, что не обнаружил в фондах Наркомата переписки с вышестоящими государственными и партийными инстанциями о формах и методах пропаганды советского здравоохранения за рубежом. Кроме того, даже в материалах ЦК партии, как правило, отразились только вопросы командировок советских чиновников за границу. Такое положение справедливо по отношению к периоду 1920-х годов, однако уже в 1930-е и тем более в 1940-е годы вопросы сотрудничества с западными странами в области науки и здравоохранения довольно внимательно рассматривались высшим партийным руководством. Кроме того, в книге не хватает ссылок на документы архива Министерства иностранных дел, изучение которых позволило бы полностью доказать или скорректировать утверждение Ратманова о том, что Наркомздрав РСФСР во времена Н. А. Семашко сохранял «за собой монополию на внешние связи в области медицины и здравоохранения».

Основной массив событий, описываемых в книге, хронологически можно разбить на два периода — 1920-е и 1930-е годы. Для каждого из этих периодов характерны не только различные формы

Рецензии

презентации советского здравоохранения, но направления сотрудничества со странами-партнерами, на которые были направлены основные усилия руководства Наркомздрава. Так, 1920-е годы можно назвать периодом неразделенной любви РСФСР/СССР и Веймарской республики. П. Э. Ратманов раскрыл объективные обстоятельства, способствовавшие сближению двух стран. Оба государства находились в международной изоляции, хотя для Германии культурная дипломатия стала одной из форм реализации внешнеполитических интересов, не запрещенных Версальским мирным договором. Кроме того, с Германией еще сохранялась инерция взаимоотношений, заложенных в дореволюционное время. Поэтому не удивительно, что в руководстве Наркомздрава 1920-х годов господствовали преимущественно германофильские настроения. Впрочем, как показывает автор, и часть врачебного сообщества Веймарской республики признавала, что восстановление отношений с восточным соседом — это начало «культурной гармонии между двумя странами», сформированной задолго до прихода большевиков к власти.

Вместе с тем П. Э. Ратманов показал, что, несмотря на объективные возможности для плодотворной научно-медицинской кооперации, немецкие и советские врачи и чиновники по-разному смотрели на конечную цель этого сотрудничества. Немецкая сторона не была заинтересована в реализации крупных научных проектов. Она в основном ориентировалась на коммерческие аспекты: книготорговлю, рекламу фармацевтической продукции, т. е. то, что могло принести прибыль. Советская сторона не намеревалась быть пассивным потребителем: признавая техническое и научное превосходство немецкой медицины, руководители Наркомздрава пытались продвигалась советскую организационную модель здравоохранения. В итоге взаимопонимания так и не удалось найти.

Начало 1930-х годов совпало с переформатированием международных контактов — традиционные германские и отчасти французские контакты постепенно заменяются американскими и британскими. Это связано не только с приходом нацистов к власти в Германии и утверждением антисоветской идеологии, но и с началом деловых контактов с США во время первой пятилетки и последовавшего установления дипломатических отношений в 1933 г. 1930-е годы стали временем перманентного роста интереса со стороны американского общества к начинаниям в области медицины в СССР. П. Э. Ратманов считает, что идеологам советского здравоохранения повезло, поскольку именно в это время в американской и отчасти британской интеллектуальной среде появились публицисты, которые при описании советского здравоохранения делали акцент на положительных аспектах, нивелируя негативные факты. Вместе с тем автор книги, хотя и соглашается с выводами М. Дэвида-Фокса о том, что предвоенный период стал временем наивысшего развития советского презентационного проекта, полагает, что

активность в области медицины была напрямую связана с необходимостью получения доступа к новейшей научно-технической информации и лишь отчасти — с реализацией пропаганды принципов советского здравоохранения.

П. Э. Ратманов в своей книге довольно подробно остановился на институциональном анализе, показав роль различных структур в продвижении в западном мире идей советского здравоохранения. При этом в первые годы после прихода к власти большевиков наблюдалась определенная хаотичность не только в структурах, но и в их деятельности. Так, в то время пропагандой на западные страны занималось и Российское общество Красного Креста (РОКК), выполнявшее и квазидипломатические функции, и специально созданный отдел зарубежной информации Наркомздрава РСФСР. По мнению автора, стабилизация структур, презентовавших советскую модель здравоохранения, пришла на период после 1923 г., когда руководство страны перестало грезить идеями мировой революции.

П. Э. Ратманов показал, что советская пропаганда и международное сотрудничество в области медицины сводились к следующим формам: поездки за рубеж и приглашения в СССР иностранных специалистов, публикации в научной периодике, выпуски совместных журналов, участие в международных выставках, организация курсов иностранных врачей. Чрезвычайно любопытным сюжетом рецензируемой монографии можно назвать издательскую эпопею Наркомздрава, в частности историю попыток создания совместных международных журналов, участие в которых принимала советская сторона. Автор отмечает, что совместные медицинские проекты были типичны в мире для межвоенного периода и не являлись чем-то уникальным, но для Советской России такие публикации служили доказательством того, что наука при большевиках существовала и развивалась. Это было особенно важно, учитывая острую конкуренцию с эмигрантской медицинской периодикой, к тому времени уже завоевавшей авторитет среди не только немецкого, но и советского врачебного сообщества.

Интересно, что в первое время «старые» отечественные врачи отказывались публиковаться в советско-немецких журналах, предпочитая сразу отдавать свои работы напрямую в авторитетные немецкие издания, считая их более престижными и важными для своей академической карьеры. Автор видит в этом конфликт большевиков и интеллигенции. Возможно, от такого категорического утверждения следовало бы уйти. Может быть, свою роль сыграла упомянутая ранее инерция дореволюционных установок и относительная международная открытость советского врачебного сообщества, наблюдавшаяся после революции довольно продолжительное время.

Большую роль в продвижении советской модели на запад играл личностный фактор, и автор довольно много внимания уделяет биографиям «апосто-

лов» советского здравоохранения, которых, используя подход К. Кларк, можно рассматривать как интеллектуалов, сочетавших в себе космополитизм и трансляционность советской культурной дипломатии [6]. В 1920—40-е годы представительские функции в Европе выполняли Я. Р. Гольденберг, А. Н. Рубакин, а в США — В. В. Лебеденко. Все они совмещали медицинскую компетенцию с организационным началом, но находились в разных политических условиях. Первым двум приходилось работать в ситуации преобладающего недоверия к советской власти, а последнему — уже во время Второй мировой войны, когда симпатии к СССР резко возросли.

П. Э. Ратманов много внимания уделит вопросам продвижения «модели Семашко» на Запад. Одной из главных проблем, с которой постоянно сталкивались советские чиновники, было недостаточное финансирование, тем более что почти все институты, пропагандировавшие медицину СССР, находились на иждивении. Особенно это относилось к международным журнальным проектам. В итоге руководство Наркомздрава было вынуждено постоянно искать «партнеров за границей, которые решали бы вопросы окупаемости издания».

В монографии наглядно показано, что эффективность советской медицинской пропаганды зависела от состава аудитории, места и времени. Западное врачебное сообщество воспринимало советское здравоохранение через внутренний контекст, рассматривая его в качестве своеобразного «значимого иного». В немецком врачебном сообществе шли дискуссии о соотношении «свободы врачей» и «социализации медицины», что влияло на интерес к советскому опыту. Похожую ситуацию можно было наблюдать и в США 1930-х годов, когда интерес к советской медицине подогревали последствия Великой депрессии и поиски новых путей организации американского здравоохранения. Кроме того, интерес к советской модели на Западе во многом зависел от личных и политических симпатий представителей медицинского сообщества. Например, немецкие или американские врачи, благосклонно относившиеся к левой идее, проявляли больший интерес к советской медицине, чем врачи, придерживавшиеся консервативной и правой идеологии. Поэтому за критикой советского здравоохранения нередко скрывалось негативное отношение к социалистической модели вообще. В целом Ратманов приходит к заключению, что с середины 1920-х годов сложилась единая стратегия продвижения советского здравоохранения, впрочем, не учитывавшая специфики реципиентов.

Подводя итог, можно констатировать, что монография П. Э. Ратманова насыщена новым фактиче-

ским материалом и содержит серию важных концептуальных выводов. Она не только представляет собой важный шаг вперед в изучении истории научно-медицинской дипломатии (институты Наркомздрава использовались в том числе в разведывательных целях), но и позволяет наметить пути изучения роли науки в культурной повестке советского государства и взаимопроникновения идей. Это наблюдение позволяет понять противоречия советской культурной и научной дипломатии на протяжении всего «короткого XX века», а также вписать советскую модель здравоохранения в общемировую контекст развития медицины.

Работа выполнена в рамках проекта РФФ № 18-78-10018 «Проблемы биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Орлов И. Б., Попов А. Д. Сквозь «железный занавес». See USSR! Иностранцы туристы и призрак потемкинских деревень. М.: Изд. дом Высшей школы экономики; 2018. 485 с.
2. Попов А. Д. «Увидеть. Понять. Полюбить»: советский иностранный туризм в контексте публичной дипломатии периода холодной войны. *Новейшая история России*. 2017;(4):148—60.
3. Сак К. В. Участники движения Сопротивления во Франции и советская наградная дипломатия (1955—1965 годы). *Исторический курьер*. 2021;17(3):135—46. doi: 10.31518/2618-9100-2021-3-15
4. Сак К. В. Награждения участников движения Сопротивления в Бельгии в контексте публичной дипломатии СССР в годы холодной войны. *Электронный научно-образовательный журнал «История»*. 2022;13(4). doi: 10.18254/S207987840021114-4
5. Romano A. Détente, Entente, or Linkage? The Helsinki Conference on Security and Cooperation in Europe in U. S. Relations with the Soviet Union. *Diplomatic History*. 2009;33(4):703—22.
6. Кларк К. Москва, четвертый Рим. Сталинизм, космополитизм и эволюция советской культуры (1931—1941). М.; 2018. 520 с.

Поступила 25.08.2022
Принята 31.10.2022

REFERENCES

1. Orlov I. B., Popov A. D. Through the “Iron Curtain”. See USSR! Foreign tourists and the ghost of the Potemkin villages [Skvoz' "zheleznyy zhanaves". See USSR! Inostrannyye turisty i prizrak potemkinskikh dereven']. Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics; 2018. 485 p. (in Russian).
2. Popov A. D. “To see. Understand. To fall in love”: Soviet foreign tourism in the context of public diplomacy of the Cold War period. *Noveyshaya istoriya Rossii = Modern History of Russia*. 2017;(4):148—60 (in Russian).
3. Sak K. V. Participants of the resistance movement in France and Soviet people's diplomacy (1955—1965). *Istoricheskiy kur'yer = Historical Courier*. 2021;17(3):135—46. doi: 10.31518/2618-9100-2021-3-15 (in Russian).
4. Sak K. V. Rewarding Members of the Resistance Movement in Belgium in the Context of Public Diplomacy of the USSR during the Cold War. *Istoriya*. 2022;13(4). doi: 10.18254/S207987840021114-4
5. Romano A. Détente, Entente, or Linkage? The Helsinki Conference on Security and Cooperation in Europe in U. S. Relations with the Soviet Union. *Diplomatic History*. 2009;33(4):703—22.
6. Clark K. Moscow, the Fourth Rome. Stalinism, Cosmopolitanism and the evolution of Soviet culture (1931—1941) [Moskva, chetvertyy Rim. Stalinizm, kosmopolitizm i evolyutsiya sovetskoy kul'tury (1931—1941)]. Moscow; 2018. 520 p. (in Russian).