

**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](http://www.journal-nriph.ru)  
[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

**Зав. редакцией**

*Щеглова Татьяна Даниловна*  
Тел.: +7 (495) 916-29-60  
E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto: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](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

на электронную версию:  
[elibrary.ru](http://elibrary.ru)

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2024. Т. 32. № 2. 123—298.



Издатель:  
Акционерное общество  
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 18.03.2024.

Подписано в печать 17.04.2024.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 22.  
Усл. печ. л. 21,51. Уч.-изд. л. 26,46.

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

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

## 2

Том 32

2024

МАРТ—АПРЕЛЬ

**Главный редактор:**

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

**Заместители главного редактора:**

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

**ХОДАКОВА Ольга Владимировна** — доктор медицинских наук, доцент (Москва, Российская Федерация)

**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)

**АЛЬБИЦКИЙ 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)

**СТАРОДУБОВ 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](http://www.nriph.ru)

**Managing editor**

*Scheglova T. D.*

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

E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

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

Subscription via the Internet:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

Subscription to the electronic version of the  
journal: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

# PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

The bimonthly theoretical and practical journal

## 2

Volume 32

2024

MARCH—APRIL

**Editor-in-Chief:**

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

**Deputy Editor-in-Chief:**

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

**KHODAKOVA O. V.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**ZATRAVKIN S. N.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ANANCHENKOVA P. I.** — PhD, assistant prof.

**Executive secretary:**

**NECHAEV V. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL BOARD:**

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

**ALBICKY V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

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

**Artur Benout EKLOF** — PhD, prof.

**ELYUTINA M. E.** — PhD, DSc, prof.

**GAIDAROV G. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ZUDIN A. B.** — MD, PhD, DSc.

**KAKORINA Ye. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

**PASHKOV K. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SEMENOV V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOZINOV A. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOROKINA T. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

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

**HALFIN R. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

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

**CHICHERIN L. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Andreas RENNER** — PhD, Habilitation, prof.

**SHLIAFER S. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Sarah WENDT** — PhD, prof.

**VISHLENKOVA E. A.** — PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL COUNCIL:**

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

**Berseneva E. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

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

**Volkova O. A.** — PhD, DSc, prof.

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

**Gulzoda M. K.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Gundarov I. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Dzumaliyeva G. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Zinchenko R. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Zubok Yu. A.** — PhD, DSc, prof.

**Kasimova G. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

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

**Polanin A. V.** — PhD, DSc, prof.

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

**Salaks Yu. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

## СОДЕРЖАНИЕ

### COVID-19

- Лебедева-Несевря Н. А., Леухина А. В. Психическое здоровье россиян в «постпандемию» (обзор эмпирических исследований) ..... 127
- Сабгайда Т. П., Зубко А. В., Евдокушкина Г. Н., Музыкантива Н. Н. Гендерные особенности изменения смертности в период пандемии COVID-19 (на примере Москвы) ..... 134

### Здоровье и общество

- Чичерин Л. П., Щепин В. О. Десятилетие детства в России: правовое обеспечение охраны здоровья с применением информационных технологий ..... 141
- Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Смертность детского населения ..... 147
- Волнухин А. В., Морозова Т. Е., Сквирская Г. П., Резе А. Г., Гурджар М. В., Герцог А. А., Самохина Е. О., Заугольникова Т. В. Социальные, демографические и профессиональные характеристики врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых государственного и частного секторов здравоохранения ..... 155
- Головань Т. В. Онлайн-оборот биологически активных добавок. Часть 1: правовое регулирование в России онлайн-рынка импортных биологически активных добавок ..... 162
- Тонконог В. В., Горкунова О. С., Волкова О. А. Оказание медицинской помощи морякам гражданского судоходства: роль общественных организаций ..... 169
- Амлаев К. Р., Хрипунова А. А., Максименко Л. Л., Хрипунова И. Г., Максименко Е. В., Степанян Т. О. Фармакогенетика как неотъемлемая часть персонифицированной медицины: проблемы и перспективы ..... 173
- Безымянный А. С., Мингазова Э. Н. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие ..... 180
- Загдын З. М., Кобесов Н. В., Русских С. В., Васильева Т. П., Галоян А. С. Методологические подходы к оценке влияния туберкулеза как социально значимой инфекции на снижение качества общественного здоровья ..... 187
- Афонькина Ю. А., Жигунова Г. В. Самоактуализация ребенка с инвалидностью в семейной среде ..... 196
- Сабаяев А. В., Пасечник О. А. Анализ динамики показателя смертности населения Сибирского федерального округа в результате токсического действия алкоголя за 2011–2020 гг. .... 203
- Казберов П. Н. Проблемы противодействия ВИЧ-инфекции и ее профилактики в местах лишения свободы ..... 208
- Тюфилин Д. С., Чигрина В. П., Кобякова О. С., Деев И. А. Мировой опыт мониторинга удовлетворенности медицинской помощью: аналитический обзор ..... 215
- Курьлёва М. А., Кирищина И. А., Солонинина А. В., Михайлова В. Н., Крашенинников А. Е. Междисциплинарный подход как методология фармацевтического просвещения детей: от теории к практике ..... 223
- Царев С. А., Скворцова Е. С. Анализ основных причин роста величины стоимости социальных последствий наркомании в регионе по результатам повторной оценки ..... 231
- Claudio Acuña, Patricia Chenlo, Julia Ariagno, Susana Curi, Herberto Repetto, Lucas Salinas, Mariano Cohen, Gabriela Mendeluk. A sociological approach to vasectomized patient's trajectories at the Buenos Aires University Clinical Hospital "José de San Martín" ..... 237

### Образование и кадры

- Хабриев Р. У., Калининская А. А., Лазарев А. В., Кизеев М. В., Шляфер С. И. Кадровое обеспечение врачами первичной медико-санитарной помощи в условиях вызовов и угроз здоровью населения ..... 240
- Фомина А. В., Матытсин А. А., Альмадани Али Хуссейн Али. Изучение общественного здоровья и здравоохранения как обязательный компонент программы ординатуры ..... 246

## CONTENTS

### COVID-19

- Lebedeva-Nesevria N. A., Leukhina A. V. The mental health of Russians in "post-pandemic": the empirical studies review ..... 127
- Sabgaida T. P., Zubko A. V., Evdokushkina G. N., Muzykantova N. N. The gender aspects of changes in mortality during COVID-19 pandemic as exemplified by Moscow ..... 134

### Health and Society

- Chicherin L. P., Shchepin V. O. The Childhood Decade in Russia: legal securing of health care applying information technologies ..... 141
- Albitsky V. Yu., Baranov A. A. The mortality of children population ..... 147
- Volnukhin A. V., Morozova T. E., Skvirskaya G. P., Reze A. G., Gurjar M. V., Gerzog A. A., Samokhina E. O., Zaugolnikova T. V. The social, demographic and professional characteristics of general practitioners and district therapists of state and private sectors of health care ..... 155
- Golovan' T. V. The on-line turnover of biologically active additives. Part I. Legal regulation of on-line market of imported biologically active additives in Russia ..... 162
- Tonkonog V. V., Gorkunova O. S., Volkova O. A. The medical care of seamen of civil shipping: the role of non-commercial organizations ..... 169
- Amlaev K. R., Khripunova A. A., Maksimenko L. L., Khripunova I. G., Maksimenko E. V., Stepanyan T. O. The pharmacogenetics as integral part of personalized medicine: problems and prospects ..... 173
- Bezemyannyy A. S., Mingazova E. N. The professional burnout of medical workers and its determining factors ..... 180
- Zagdyn Z. M., Kobesov N. V., Russkikh S. V., Vasilyeva T. P., Galoyan A. S. The methodological approaches to evaluation of effect of tuberculosis as socially significant infection on decreasing of public health quality ..... 187
- Afonkina Yu. A., Zhigunova G. V. The self-actualization of disabled child in family environment ..... 196
- Sabaev A. V., Pasechnik O. A. The analysis of dynamics of indicator of mortality of population of the Siberian Federal Okrug resulted from toxic impact of alcohol in 2011–2020 ..... 203
- Kazberov P. N. The problems of counteraction to HIV-infection and its prevention in places of imprisonment ..... 208
- Tyufilin D. S., Chigrina V. P., Kobyakova O. S., Deev I. A. The world experience of monitoring of satisfaction with medical care: the analytical review ..... 215
- Kuryleva M. A., Kirshchina I. A., Soloninina A. V., Mikhailova V. N., Krashennnikov A. E. The interdisciplinary approach as tool of pharmaceutical education of children: from theory to practice ..... 223
- Tsarev S. A., Scvortsova E. S. The analysis of main causes of increasing of cost of social aftermath of drug addiction in the region according to results of repeated evaluation ..... 231
- Claudio Acuña, Patricia Chenlo, Julia Ariagno, Susana Curi, Herberto Repetto, Lucas Salinas, Mariano Cohen, Gabriela Mendeluk. The sociological approach to vasectomized patient trajectories at the Buenos Aires University Clinical Hospital "José de San Martín" ..... 237

### Education and Personnel

- Khabriev R. U., Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Kizeev M. V., Shlyafers S. I. The personnel maintenance of primary health care physicians in condition of challenges from menaces to population health ..... 240
- Fomina A. V., Matytsin A. A., Almadani Ali Hussein Ali. The studying of public health and health care as obligatory component of program of residency training ..... 246

**За рубежом**

- Оморова Г. К., Болбачан К. Н., Болбачан О. А., Ибраимова Д. Д., Бекешова Э. Н. Обращаемость больных с глаукомой в Кыргызской Республике ..... 252

**История медицины**

- Игнатиев В. Г., Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Долгий 1992 год в лекарственной (не)обеспеченности России. Сообщение I: испытание рынком ..... 257
- Бородулин В. И., Банзельюк Е. Н., Тополянский А. В. О становлении нефрологии в СССР: роль московских терапевтов М. И. Вихерта и Е. М. Тареева ..... 263
- Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В., Софронов О. Ю. Финансовая деятельность окружных больниц Иркутского генерал-губернаторства в конце XIX столетия ..... 267
- Мицюк Н. А., Покусаева В. Н. Родильный стул, акушерская кровать и гинекологическое кресло в акушерстве и гинекологии России XVIII—XX вв. .... 277
- Крылова С. В., Крылов Н. Н., Карпенко И. В. Российский приоритет создания общей внутривенной анестезии (сообщение I) ..... 286
- Никишина Н. А. А. А. Отелин — ученый-морфолог, педагог и организатор (к 120-летию со дня рождения) ..... 291

**Рецензии**

- Ратманов П. Э. Рецензия на монографию Е. Е. Бергер «Амбруаз Парэ. Первый хирург Королевства» ..... 296

**From Abroad**

- Omorova G. K., Bolbachan K. N., Bolbachan O. A., Ibraimova D. D., Bekeshova E. N. The appealability of patients with glaucoma in the Kyrgyz Republic ..... 252

**History of Medicine**

- Ignatiev V. G., Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The long 1992 in medicinal (non-)security of Russia. Report I. Market trial ..... 257
- Borodulin V. I., Banzelyuk E. N., Topolyanskiy A. V. On becoming of nephrology in the USSR: The role of Moscow therapists M. I. Vihert and E. M. Tareev ..... 263
- Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V., Sofronov O. Yu. The financial activity of district hospitals of the Irkutsk general-governorship in the end of XIX century ..... 267
- Mitsyuk N. A., Pokusaeva V. N. The birthing chair, obstetric bed and gynecological chair in obstetrics and gynecology in Russia of XVIII—XX centuries ..... 277
- Krylova S. V., Krylov N. N., Karpenko I. V. The Russian priority of development of intravenous anesthesia (Report I) ..... 286
- Nikishina N. A. On the 120<sup>th</sup> anniversary of A. A. Otelin — scientist, morphologist, pedagogue and organizer ..... 291

**Reviews**

- Ratmanov P. E. The review of the monograph “Ambroise Paré. The first surgeon of the Kingdom” by E. E. Berger ..... 296

# COVID-19

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024  
УДК 613.86+303.62

**Лебедева-Несевря Н. А., Леухина А. В.**

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЯН В «ПОСТПАНДЕМИЮ» (ОБЗОР ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», 614990, г. Пермь

Представлен обзор эмпирических медико-социальных и социологических исследований психического здоровья россиян в постпандемийный период (2022 г. — первая половина 2023 г.), характеризующийся ростом напряженности социально-политической и социально-экономической обстановки в стране. Целью стало обобщение результатов исследований. В обзор включены статьи в научных журналах, индексируемых в РИНЦ, содержащие результаты эмпирических исследований, материалы опросов и мониторингов, проведенных всероссийскими исследовательскими организациями, занимающимися изучением общественного мнения, федеральными научно-исследовательскими и образовательными организациями. Критерии включения исследований в обзор: полевой этап проведен с 1 января 2022 г. по 30 июня 2023 г., использованы опросные методы сбора данных, объектом исследования выступало население РФ в целом или ее субъекта либо отдельная социальная группа. На основании общероссийских и региональных данных установлено, что общественное психическое здоровье жителей в обозначенный период характеризуется волновой динамикой: наблюдался рост уровня тревожности в начале марта и конце сентября 2022 г. Уровень распространенности депрессивной симптоматики по-прежнему превышал «допандемийные» значения. Повышенный уровень тревожности более характерен для молодежи и женщин. Уязвимыми группами также являются жители территорий, прилегающих к зоне проведения СВО, члены семей участников СВО и беженцы из Украины. В условиях низкого запроса населения на профессиональную психолого-психиатрическую помощь актуализируется задача поиска альтернативных инструментов обеспечения психологической безопасности россиян.

**Ключевые слова:** психическое здоровье; психоэмоциональное благополучие; тревожность; депрессия; постпандемия; эмпирические исследования

**Для цитирования:** Лебедева-Несевря Н. А., Леухина А. В. Психическое здоровье россиян в «постпандемию» (обзор эмпирических исследований). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):127—133. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-127-133>

**Для корреспонденции:** Лебедева-Несевря Наталья Александровна, д-р социол. наук, профессор кафедры социологии ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: [natnes@list.ru](mailto:natnes@list.ru)

**Lebedeva-Nesevria N. A., Leukhina A. V.**

### THE MENTAL HEALTH OF RUSSIANS IN “POST-PANDEMIC”: THE EMPIRICAL STUDIES REVIEW

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Perm State National Research Institute”, 614990, Perm, Russia

The article presents review of empirical social medical and sociological studies of mental health of Russians in “post-pandemic” (2022 — first half of 2023). The purpose of the study is to generalize results of corresponding studies. The review covers the articles in national scientific journals indexed in the RSCI, the results of monitoring surveys carried out by both all-Russian research organizations handling analysis of public opinion and by Federal research and educational organizations. The criteria of selection of studies included the study field stage was implemented in January 2022 — June 2023; sociological survey technique was applied; the study object was whole population of the Russian Federation or its subject or a separate social group. it was established, on the basis of all-Russian and regional data, that in mentioned period public mental health of residents of Russia is characterized by wave dynamics. The increasing of anxiety level in beginning of March and in the end of September 2022. The level of depressive symptomatic prevalence still exceeded “pre-pandemic” values. The increased level of anxiety is more typical in the youth and women. The vulnerable groups are also residents of territories bordering on zone of special military operation, members of families of combatants and Ukraine refugees. In conditions of low demand of population for psychological psychiatric care the issue of searching alternative tools of psychological safety of Russian citizen is actualized.

**Keywords:** mental health; psychological emotional well-being; anxiety; depression; post-pandemic; empirical studies.

**For citation:** Lebedeva-Nesevria N. A., Leukhina A. V. The mental health of Russians in “post-pandemic”: the empirical studies review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):127–133 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-127-133>

**For correspondence:** Lebedeva-Nesevria N. A., doctor of sociological sciences, professor of the Chair of Sociology of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Perm State National Research Institute”, e-mail: [natnes@list.ru](mailto:natnes@list.ru)

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

**Acknowledgment.** The study was supported by the Russian Science Foundation, project № 23-18-00480, <https://rscf.ru/project/23-18-00480/>

Received 11.07.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

В последние несколько лет мы наблюдаем прогрессирующую социально-политическую, экономическую и эпидемиологическую нестабильность в мире. В качестве самых ярких событий можно отметить пандемию COVID-19, кардинально изменившую повседневную жизнь миллионов людей в 2020—2022 гг., климатический кризис, военные конфликты в Африке и на Ближнем Востоке, а также специальную военную операцию (СВО) на Украине, за которой последовали введение экономических санкций против России, обострение энергетической проблемы, рост темпов инфляции. В 2020 г. директор Международного комитета Красного Креста (МККК) Роберт Мардини заявил, что текущий кризис «усугубил стрессовое состояние миллионов людей, которые и без того уже испытывали на себе последствия конфликтов и стихийных бедствий», призвав к дополнительному финансированию программ в сфере охраны психического здоровья [1]. В сентябре 2022 г. Европейский региональный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в своем заявлении назвал ситуацию в регионе «перманентным кризисом», подчеркнув важность усиления инвестиций в психическое здоровье населения [2].

В Докладе ВОЗ о состоянии психического здоровья в мире отмечен рост распространенности депрессии и тревожных расстройств только за первый год пандемии COVID-19 на 25% [3]. К ключевым психологическим последствиям пандемии также относят значительное возрастание уровня распространенности среди населения симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), суицидального риска, уровня потребления алкоголя и психоактивных веществ [4]. Влияние пандемии на психологическое состояние общества отмечено в опубликованном в 2023 г. Организацией Объединенных Наций (ООН) «Всемирном докладе о счастье»: в 42 странах мира частота негативных эмоций значительно возросла [5].

Несмотря на то что в мае 2023 г. пандемия COVID-19 официально закончилась, ее влияние на психическое здоровье населения может быть более длительным, а глобальный экономический спад еще усилил негативные эффекты [6]. Подобное предположение подтверждается сравнительными исследованиями психического здоровья населения некоторых европейских стран во время и после введенного в связи с пандемией локдауна, посттравматические симптомы и признаки психологического дистресса наблюдались и после отмены локдауна [7, 8].

Снижение вероятности улучшения психического здоровья жителей европейских стран в постпандемию также связывают с СВО на Украине [9]. Так, опрос студентов в возрасте 22 лет и младше в Чешской Республике (март 2022 г.) показал, что более чем у  $\frac{1}{3}$  респондентов наблюдается умеренный или тяжелый уровень тревоги и депрессии, связанный с обеспокоенностью текущими событиями [10]. Ис-

следование, проведенное осенью 2022 г. на выборке взрослого населения (18—75 лет) Италии, показало, что озабоченность по поводу СВО достоверно повышает уровень психологического дистресса и тревожности [11].

Психическое здоровье россиян в постпандемийный период (2022—2023), характеризующийся не просто началом СВО, но объявлением частичной мобилизации, многочисленными экономическими и политическими ограничениями, пока обсуждается мало. При этом понимание динамики общественного психического здоровья, факторов и рисков его ухудшения выступает обязательным условием эффективной работы по охране психического здоровья россиян и обеспечения благополучия граждан.

Цель исследования — осуществить обзор отечественных эмпирических медико-социальных и социологических исследований психического здоровья россиян в постпандемийный период (2022—2023). Ключевые вопросы, поставленные в рамках обзора, касаются того, как авторы концептуализируют психическое здоровье, какими методами исследуют, какие используют эмпирические индикаторы и какие особенности, характерные для исследуемого периода, выделяют.

## Материалы и методы

Исследование проведено методом вторичного анализа данных. В выборку были включены эмпирические исследования, полевой этап которых был проведен в период с 1 января 2022 г. по 30 июня 2023 г. Критерии отбора: данные характеризуют взрослое население России в целом или отдельного территориального образования; какую-либо социально-демографическую группу (молодежь, в том числе студенческую, пожилых граждан, трудоспособное население). Метод сбора данных — социологический опрос (в количественной или качественной традиции). Поиск исследований осуществлялся двумя способами.

Во-первых, был реализован систематический обзор публикаций в базе РИНЦ (тип публикации — статья в журнале). Поисковый запрос по названию, ключевым словам и аннотации к публикациям включал слова и словосочетания, маркирующие:

- концепт психического здоровья в целом («психическое здоровье», «ментальное здоровье»);
- отдельные его компоненты и проявления («психологическое благополучие/состояние», «психоэмоциональное/эмоциональное благополучие/состояние», «тревожность», «стресс», «дистресс», «депрессия», «психические расстройства», «психические отклонения»).

Из общего массива публикаций ( $N=854$ ) были отобраны статьи, содержащие результаты оригинальных эмпирических исследований, соответствующих заданным критериям.

Во-вторых, по представленным ключевым словам был осуществлен поиск результатов исследований на официальных сайтах всероссийских организаций, занимающихся изучением общественного

## COVID-19

мнения, и федеральных научно-исследовательских и образовательных организаций: Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ, [www.wciom.ru](http://www.wciom.ru)), Фонда «Общественное мнение» (ФОМ, [www.fom.ru](http://www.fom.ru)), Аналитического центра Юрия Левады<sup>1</sup> (Левада-Центр, [www.levada.ru](http://www.levada.ru)), Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ, [www.hse.ru](http://www.hse.ru)), Института народнохозяйственного прогнозирования Российской академии наук (ИНП РАН, [www.ecfor.ru](http://www.ecfor.ru)). В анализ были включены:

- исследование ВЦИОМ, посвященное потребности россиян в психологической помощи и поддержке (телефонный опрос 12 ноября 2022 г., всероссийская репрезентативная выборка);
- исследование ВЦИОМ, посвященное фобиям россиян (телефонный опрос 17 июня 2023 г., всероссийская репрезентативная выборка), еженедельные исследования ФОМ настроений окружающих (интервью по месту жительства, всероссийская репрезентативная выборка);
- мониторинговые исследования Левада-Центром общественного самочувствия и причин беспокойства (личное интервью по месту жительства, репрезентативная всероссийская выборка городского и сельского населения);
- мониторинг психоэмоционального благополучия Института психологии РАН;
- исследование «Ментальное здоровье населения России в период пандемии COVID-19 и социально-экономических изменений 2022 г.: уязвимые группы и способы поддержки» Института социальной политики Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (ИСП НИУ ВШЭ).

### Результаты исследования

Масштабные исследования психического здоровья россиян на репрезентативных выборках в постпандемию проводили преимущественно организации, специализирующиеся на изучении общественного мнения. В данных исследованиях фокус направлен на определение уровня распространенности негативных эмоций (негативных эмоциональных состояний, настроения) среди населения (вопрос ФОМ «Какое настроение, по Вашему мнению, преобладает сегодня среди Ваших родных, друзей, коллег, знакомых — спокойное или тревожное?», вопрос Левада-Центра «Что Вы могли бы сказать о своем настроении в последние дни?» с вариантами ответа «прекрасное настроение», «нормальное, ровное состояние», «испытываю напряжение, раздражение», «испытываю страх, тоску», «затрудняюсь ответить»). Оба мониторинговых исследования (и ФОМ, и Левада-Центра) демонстрируют колебания распространенности негативных эмоциональных

состояний в течение 2022 г и первой половины 2023 г. Так, согласно исследованию ФОМ, в начале января 2022 г. о преобладании среди своего окружения тревожных настроений говорили 41% опрошенных [12], к концу февраля (дата опроса — 27 февраля) уровень тревожности вырос до 55%, а с первых чисел апреля он вновь начинает снижаться, достигнув к концу августа (дата опроса — 21 августа) 36%. На конец сентября — начало октября 2022 г. приходится пиковый уровень тревожности россиян — в ходе опроса, проведенного 25 сентября, 69% респондентов заявили о преобладании в своем окружении тревожных настроений [13], далее тревожность несколько снижается и на протяжении первой половины 2023 г. фиксируется на уровне 50%. По данным Левада-Центра, в марте 2022 г. суммарно 32% россиян характеризовали собственное настроение как «напряжение, раздражение» (25%) или «страх, тоску» (7%). К сентябрю 2022 г. доля ощущающих напряжение или раздражение увеличилась до 32%, а страх или тоску — до 15%, что в совокупности дало 47% респондентов, испытывающих преимущественно негативные эмоции в повседневной жизни [14]. В апреле 2023 г. эта группа составляла уже лишь 20% выборки.

Данные мониторинга Института психологии РАН также демонстрируют два пика негативных эмоциональных состояний россиян в 2022 г.: доля респондентов, отмечающих у себя симптомы тревоги и депрессии, была максимальной в начале марта и конце сентября 2022 г. [15]. Среди опрошенных 3—4 марта 2022 г. жителей городов РФ 48% испытывали симптомы депрессии (в возрастной группе 18—24 года таковых было 77%, а в группе 25—34 года — 59%), для 34% были характерны симптомы тревоги (в возрастной группе 18—24 года — для 58%). Опрос, проведенный 23—24 сентября 2022 г., выявил, что почти для половины россиян характерны высокие показатели психологического неблагополучия — 46% опрошенных испытывали симптомы депрессии, 36% — симптомы тревоги (в группе 18—24 года таковых было 79 и 63% соответственно).

Значительная психологическая уязвимость россиян молодых возрастов в ситуации социально-политической напряженности отмечена также в исследовании ИСП НИУ ВШЭ. По мнению специалистов, молодежь, выросшая в спокойное время, «не может в полной мере осознать серьезность ситуации» и испытывает шок [16]. Также к уязвимым группам можно отнести россиян, потерявших работу, врачей, не восстановившихся в полной мере после пандемии, родителей и жен мужчин «призывного» возраста. О том, что стрессы, вызванные пандемией COVID-19 и СВО на Украине, негативно повлияли на уверенность молодежи в завтрашнем дне и ее эмоционально-личностное благополучие, говорят результаты исследования, проведенного в 2021 и 2022 гг. в Томском политехническом университете. В течение обозначенного периода был отмечен рост доли респондентов, оценивающих свое эмоционально-личностное благополучие как «выраженно нега-

<sup>1</sup> АНО «Левада-Центр» внесена в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента.

тивное», с 11 до 18%, как «слабо негативное» — с 43 до 47% [17].

Распространение негативных эмоциональных состояний (настроения) само по себе не является маркером ухудшения психического здоровья населения, но свидетельствует о наличии эмоциональной реакции на стрессоры. Способность справляться с данными стрессорами, в том числе адекватно реагировать на негативные психические переживания, определяет возможности сохранения и ментального, и физического здоровья [18]. Исследование ВЦИОМ, проведенное в ноябре 2022 г., показало, что у 15% россиян (18% женщин и 11% мужчин) в 2022 г. стала чаще возникать потребность получить психологическую поддержку от других людей [19]. При этом 68% респондентов заявили, что подобной потребности у них вообще никогда не возникает: «Я справляюсь со своими проблемами самостоятельно», а за профессиональной психологической помощью к специалистам 87% опрошенных никогда не обращались. Низкий запрос на психологическую поддержку среди россиян подтверждают результаты опроса ФОМ, проведенного в августе 2022 г., — 69% респондентов обычно не обращаются к кому-либо за советом, поддержкой или помощью в случае возникновения «душевных переживаний» [20]. Сходную картину демонстрируют результаты опроса экономического активного населения России, проведенного Исследовательским центром портала Superjob.ru в июне 2023 г.: 81% опрошенных никогда не обращались к психологу/психотерапевту за психологической помощью, 44% вообще ни к кому не обращаются за помощью, предпочитая решать свои психологические проблемы самостоятельно [21].

Региональные исследования эмоциональных состояний россиян подтверждают динамику, обнаруженную на всероссийских выборках. Так, мониторинг психологического самочувствия населения Вологодской области, в рамках которого замеры осуществлялись несколько раз в течение 2022 г., показал, что максимальная доля (31,1% опрошенных) испытывающих в повседневной жизни напряжение, раздражение, страх или тоску, была зафиксирована в октябре 2022 г. [22]. При этом доля респондентов, для которых характерны симптомы тревоги и депрессии, составила 46% (признаки депрессии наблюдались в 2022 г. у 35% вологжан, тревоги — у 34%). Социологический опрос жителей Курской области выявил рост значимости в 2022 г. по сравнению с 2020 г. хорошего психологического состояния и отсутствия травмирующих ситуаций для населения, особенно для респондентов в возрасте 19—24 лет [23].

Исследования психического здоровья отдельных социальных групп демонстрируют неоднозначные результаты. Так, опрос россиян пенсионного возраста показал, что показатели ощущаемого психического (ментального) здоровья в данной возрастной группе в 2022 г. практически не изменились по сравнению с 2019 г. (62,89 против 62,31 балла в указанные годы соответственно), а показатели роле-

вого эмоционального функционирования снизились с 61,55 до 60,37 балла. При этом снижение данного параметра более характерно для женщин [24].

Исследование психического здоровья и благополучия студенческой молодежи Тулы в 2022—2023 гг. установило соответствие субъективного психологического благополучия студентов нормативным значениям (по шкале «депрессивность» медианное значение по выборке опрошенных составило 0,62 при нормативном 0,62, по шкале «тревожность» — 0,50 при нормативном 0,47) [25]. На выборке студентов Санкт-Петербурга, напротив, было продемонстрировано, что сниженный уровень психологического благополучия характерен для половины участников исследования, при этом уровень тревожности находился в пределах нормы [26]. Опрос работающих студентов заочного отделения Волгоградского государственного технологического университета (ВолГТУ), проведенный в июне 2022 г., показал изменение структуры страхов молодежи по сравнению с 2020 г.: снижение обеспокоенности стихийными бедствиями сопровождалось ростом страха возникновения социальных конфликтов [27]. Материалы опроса студентов Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, реализованного в начале 2022 г., демонстрируют наличие «определенного психологического дисбаланса» у большинства респондентов, вызванного в первую очередь социально-политической нестабильностью в обществе [28].

Особенности психоэмоционального благополучия российских детей и подростков в постковидный период состоят в относительно низкой распространенности тревожных и депрессивных состояний в популяции в целом и в большей выраженности негативных эмоциональных состояний в подвыборке детей из семей участников СВО. Результаты масштабного всероссийского опроса детей и подростков, проведенного в августе-сентябре 2022 г., показали, что чувства тревоги, страха, отчаяния, возмущения и гнева характерны для 14% респондентов [29]. В ходе опроса осенью 2022 г. повышенный уровень тревожности продемонстрировали 9,6% старшеклассников Воронежа [30]. Исследование, проведенное в Тверской области в феврале-марте 2023 г., выявило, что среди детей 9—12 лет из семей участников СВО у 15% наблюдаются повышенные показатели уровня тревожности, еще у 15% — крайне высокие, у 18% детей в выборке фиксируется наличие депрессивной симптоматики [31].

Вероятно, определенные изменения показателей психоэмоционального благополучия будут наблюдаться и среди населения территорий с введенным в апреле 2022 г. высоким уровнем террористической опасности в силу их соседства с Украиной. Это подтверждается данными о высокой интенсивности запросов на психолого-психиатрическую помощь среди эвакуированных в 2022 г. из Донецкой и Луганской народных республик, Херсонской и Запорожской областей, беженцев из Украины [32]. Согласно данным ретроспективных исследований, у мирного

## COVID-19

населения, проживающего в непосредственной близости от мест ведения боевых действий, существенно повышаются риски развития ПТСР и расстройств адаптации [33].

### Заключение

Проведенный анализ позволил установить, что общественное психическое здоровье россиян в постпандемийный период характеризуется волновой динамикой: напряжение социально-политической обстановки, принятие органами государственной власти решений, влияющих на субъективно воспринимаемый уровень безопасности, приводят к росту тревожных настроений среди населения. Уровень распространенности депрессивной симптоматики по-прежнему превышает «допандемийные» значения. Наблюдаются возрастные и гендерные различия в интенсивности проявлений психоэмоционального неблагополучия: повышенный уровень тревожности более характерен для молодежи, чем для старших возрастных групп, для женщин больше, чем для мужчин. Уязвимыми группами также являются жители территорий, прилегающих к зоне проведения СВО, члены семей участников СВО и беженцы из Украины. В условиях низкого запроса населения на профессиональную психолого-психиатрическую помощь актуализируется задача поиска альтернативных инструментов обеспечения психологической безопасности россиян.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-18-00480, <https://rscf.ru/project/23-18-00480/>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. МККК. Всемирный день психического здоровья: проведенный Красным Крестом опрос показал, что пандемия COVID-19 скажется на психике каждого второго человека. 07 октября 2020 г. Режим доступа: <https://www.icrc.org/ru/document/vsemirnyy-den-psiicheskogo-zdorovya-provedenny-krasnym-krestom-opros-pokazal-cto> (дата обращения 02.05.2023).
2. ВОЗ. Заявление: Европейский регион находится в состоянии перманентного кризиса — и виной тому не только пандемия, изменение климата и война. 27 сентября 2022 г. Режим доступа: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/27-09-2022-statement-the-european-region-is-in-a-permacrisis-that-stretches-well-beyond-the-pandemic-climate-change-and-war> (дата обращения 06.05.2023).
3. WHO. World mental health report: Transforming mental health for all. 16 июня 2022 г. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (дата обращения 06.05.2023).
4. Екимова В. И., Розенова М. И., Литвинова А. В., Котенева А. В. Травматизация страхом: психологические последствия пандемии COVID-19. *Современная зарубежная психология*. 2021;10(1):27—38.
5. SDSN. World Happiness Report. 20 марта 2021 г. Режим доступа: <https://worldhappiness.report/ed/2021/happiness-trust-and-deaths-under-covid-19/> (дата обращения 07.06.2023).
6. Costa A. C. D. S., Menon V., Phadke R., Dapke K., Miranda A. V., Ahmad S., Essar M. Y., Hashim H. T. Mental health in the post COVID-19 era: future perspectives. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. 2022;20:eCE6760. doi: 10.31744/einstein\_journal/2022CE6760
7. Orfei M. D., Bossi F., D'Arcangelo S., Maggi F., Lattanzi N., Malizia A. P., Ricciardi E. Mental health in the post-lockdown pandemic phase: Relief or exacerbation of psychological distress? A cross-sectional study in the general population in Italy. *Acta Psychologica*. 2022;225:103555. doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103555
8. Sanchez-Gomez M., Giorgi G., Finstad†G.†L., Urbini F., Foti G., Mucci N., Zaffina, S., León-Perez J. M. COVID-19 Pandemic as a Traumatic Event and Its Associations with Fear and Mental Health: A Cognitive-Activation Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(14):7422. doi: 10.3390/ijerph18147422
9. Kalaitzaki A. E., Tamiolaki A., Vintila M. The compounding effect of COVID-19 and war in Ukraine on mental health: A global time bomb soon to explode? *J. Loss Trauma*. 2022;28:1—3. doi: 10.1080/15325024.2022.2114654
10. Riad A., Drobotov A., Krobot M., Antalová N., Alkasaby M. A., Peřina A., Kořčík M. Mental Health Burden of the Russian-Ukrainian War 2022 (RUW-22): Anxiety and Depression Levels among Young Adults in Central Europe. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(14):8418. doi: 10.3390/ijerph19148418
11. Mottola F., Gnisci A., Kalaitzaki A., Vintilă M., Sergi I. The impact of the Russian-Ukrainian war on the mental health of Italian people after 2 years of the pandemic: risk and protective factors as moderators. *Front. Psychol.* 2023;14:1154502. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1154502
12. Настроение окружающих. Опрос «ФОМнибус», 19—21 августа 2022 г. Публикация от 25 августа 2022 г. Режим доступа: <https://media.fom.ru/fom-bd/d33no2022.pdf> (дата обращения 26.07.2023).
13. Настроение окружающих. Опрос «ФОМнибус», 7—9 июля 2023 г. Публикация от 13 июля 2023 г. Режим доступа: <https://media.fom.ru/fom-bd/d27no2023.pdf> (дата обращения 26.07.2023).
14. Общественное самочувствие и причины беспокойства. Официальный сайт Левада-центра. Пресс-выпуск от 25 мая 2023 г. Режим доступа: <https://www.levada.ru/2023/05/25/obshhestvennoe-samochuvstvie-i-prichiny-bespokojstva/> (дата обращения 26.07.2023).
15. Квартальный прогноз ВВП. Официальный сайт ИПП РАН. Выпуск № 57. 29 марта 2023 г. Режим доступа: <https://ecfor.ru/publication/kvartalnyj-prognoz-vvp-vypusk-57/> (дата обращения 26.07.2023).
16. Ментальное здоровье населения России в период пандемии COVID-19 и социально-экономических изменений 2022 г.: уязвимые группы и способы поддержки. НИУ ВШЭ. Публикация от 9 февраля 2023 г. Режим доступа: [https://isp.hse.ru/data/2023/02/10/2045341394/01\\_Selezneva\\_Mental\\_health\\_24\\_Workshop\\_ISP\\_09-02-2023.pdf](https://isp.hse.ru/data/2023/02/10/2045341394/01_Selezneva_Mental_health_24_Workshop_ISP_09-02-2023.pdf) (дата обращения 07.05.2023).
17. Родионова Е. В., Конюхова Т. В. Эмоционально-личностное благополучие студенческой молодежи: динамическая оценка в условиях неустойчивости внешней среды. *Перспективы науки и образования*. 2023;1(61):356—70.
18. Ford B. Q., Lam P., John O. P., Mauss I. B. The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2018;115(6):1075—92. doi: 10.1037/pspp000157
19. В поисках психологической помощи. Официальный сайт ВЦИОМ. Аналитический обзор от 22 ноября 2022 г. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/v-poiskakh-psiikhologicheskoi-pomoshchi> (дата обращения 11.05.2023).
20. Востребованность помощи психолога. Репутация института психологов и психотерапевтов. Официальный сайт ФОМ. Публикация от 23 августа 2022 г. Режим доступа: <https://fom.ru/Obraz-zhizni/14769> (дата обращения 11.05.2023).
21. Доверить решение психологических проблем специалистам без сомнений готовы только 9% россиян Официальный сайт Superjob.ru. Публикация от 30 июня 2023 г. Режим доступа: <https://www.superjob.ru/research/articles/114124/doverit-reshenie-psiikhologicheskikh-problem-specialistam-bez-sommenij-gotovy-tolko-9/> (дата обращения 25.07.2023)
22. Морев М. В., Гордиевская А. Н. Динамика психологического самочувствия населения Вологодской области в 2022 году. *Социальное пространство*. 2022;8(4). doi: 10.15838/sa.2022.4.36.11

23. Каменева Т. Н., Разов П. В., Кунилова К. Д., Ткаченко П. В., Белоусова Н. И., Иевлева А. А. Здоровье населения и отношение к нему в условиях нестабильности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(2):227—32.
  24. Маркеева А. В., Синяков А. В. Социальные факторы ментального здоровья и благополучия пожилых россиян. *Успехи геронтологии*. 2023;36(1):10—21.
  25. Филиппова С. А., Степанова Н. А. Оценка психического здоровья и благополучия студенческой молодежи. *Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта*. 2023;5(219):537—40.
  26. Ермакова Е. С. Психологическое благополучие, жизнестойкость, стрессоустойчивость и тревожность студентов. *Вестник психофизиологии*. 2023;(1):93—101.
  27. Ануфриева Е. В., Ефимов Е. Г., Овчар Н. А. Социальное самочувствие работающего населения Волгограда в период экономического кризиса (по материалам социологического исследования). *Primo Aspectu*. 2023;1(53):20—8.
  28. Ключкова А. В., Захаренко Н. А. Социально-психологическое самочувствие студентов: результаты социологического исследования. *Педагогика и психология образования*. 2023;(1):176—89.
  29. Титор С. Е. Социально-психологический портрет современного подростка (анализ социологического опроса). *Вестник университета*. 2023;(4):189—98.
  30. Разуваева Ю. Ю., Диденко А. В. Личностная тревожность у подростков. *Молодежный инновационный вестник*. 2023;12(S2):336—8.
  31. Макеева Н. Ю. Особенности психоэмоционального благополучия детей в условиях специальной военной операции. *Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология*. 2023;2(63):31—9.
  32. Сисенко В. Г., Ломакина Г. В., Стрижев В. А., Коломиец Э. А., Агеев М. И., Косенко Н. А. Клинические проявления и отдаленные последствия стрессовых расстройств в период осуществления специальной военной операции (СВО) среди жителей Краснодарского края, эвакуированных жителей Донбасса и беженцев из Украины. *Психическое здоровье*. 2023;18(5):30—45.
  33. Иляшенко Л. К., Воронин В. В. Воздействие психотравмирующих событий военных действий на психоэмоциональное состояние мирного населения. *Глобальный научный потенциал*. 2023;3(144):19—21.
- Поступила 11.07.2023  
Принята в печать 02.11.2023
- ### REFERENCES
1. ICRC. World Mental Health Day: Survey conducted by the Red Cross showed that the COVID-19 pandemic is affecting the psyche of every second person. October 07, 2020. Available at: <https://www.icrc.org/ru/document/vsemirnyy-den-psiicheskogo-zdorovya-provedennyi-krasnym-krestom-opros-pokazal-chto> (accessed 02.05.2023) (in Russian).
  2. WHO. Statement: The European Region is in a state of permanent crisis — and not only because of the pandemic, climate change and war. September 27, 2022. Available at: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/27-09-2022-statement-the-european-region-is-in-a-permacrisis-that-stretches-well-beyond-the-pandemic-climate-change-and-war> (accessed 06.05.2023) (in Russian).
  3. WHO. World mental health report: Transforming mental health for all. June 16, 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338> (accessed 06.05.2023).
  4. Ekimova V. I., Rozenova M. I., Litvinova A. V., Koteneva A. V. The fear traumatization: psychological consequences of COVID-19 pandemic. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya*. 2021;10(1):27—38.
  5. SDSN. World Happiness Report. March 20, 2021. Available at: <https://worldhappiness.report/ed/2021/happiness-trust-and-deaths-under-covid-19/> (accessed 07.06.2023).
  6. Costa A. C. D. S., Menon V., Phadke R., Dapke K., Miranda A. V., Ahmad S., Essar M. Y., Hashim H. T. Mental health in the post COVID-19 era: future perspectives. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. 2022;20:eCE6760. doi: 10.31744/einstein\_journal/2022CE6760
  7. Orfei M. D., Bossi F., D'Arcangelo S., Maggi F., Lattanzi N., Malizia A. P., Ricciardi E. Mental health in the post-lockdown pandemic phase: Relief or exacerbation of psychological distress? A cross-sectional study in the general population in Italy. *Acta Psychologica*. 2022;225:103555. doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103555
  8. Sanchez-Gomez M., Giorgi G., Finstad G. L., Urbini F., Foti G., Mucci N., Zaffina, S., León-Perez J. M. COVID-19 Pandemic as a Traumatic Event and Its Associations with Fear and Mental Health: A Cognitive-Activation Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(14):7422. doi: 10.3390/ijerph18147422
  9. Kalaitzaki A. E., Tamiolaki A., Vintila M. The compounding effect of COVID-19 and war in Ukraine on mental health: A global time bomb soon to explode? *J. Loss Trauma*. 2022;28:1—3. doi: 10.1080/15325024.2022.2114654
  10. Riad A., Drobov A., Krobot M., Antalová N., Alkasaby M. A., Peřina A., Kořčík M. Mental Health Burden of the Russian-Ukrainian War 2022 (RUW-22): Anxiety and Depression Levels among Young Adults in Central Europe. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(14):8418. doi: 10.3390/ijerph19148418
  11. Mottola F., Gnisci A., Kalaitzaki A., Vintilă M., Sergi I. The impact of the Russian-Ukrainian war on the mental health of Italian people after 2 years of the pandemic: risk and protective factors as moderators. *Front. Psychol.* 2023;14:1154502. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1154502
  12. The mood of others. FOMnibus survey, August 19–21, 2022. Publication of August 25, 2022. Available at: <https://media.fom.ru/fom-bd/d33no2022.pdf> (accessed 26.07.2023) (in Russian).
  13. The mood of others. FOMnibus survey, July 7–9, 2023. Publication of July 13, 2023. Available at: <https://media.fom.ru/fom-bd/d27no2023.pdf> (accessed 26.07.2023) (in Russian).
  14. Public health and causes of concern. Official website of the Levada Center. Press Release of May 25, 2023. Available at: <https://www.levada.ru/2023/05/25/obshhestvennoe-samochuvstvie-i-prichiny-bespokojstva/> (accessed 26.07.2023) (in Russian).
  15. Quarterly GDP forecast. Official site of the IEF RAS. Issue № 57. March 29, 2023. Available at: <https://ecfor.ru/publication/kvartalnyj-prognoz-vvp-vypusk-57/> (accessed 26.07.2023) (in Russian).
  16. Mental health of the Russian population during the COVID-19 pandemic and socio-economic changes in 2022: vulnerable groups and ways to support. NRU HSE. Publication of February 9, 2023. Available at: [https://isp.hse.ru/data/2023/02/10/2045341394/01\\_Selezneva\\_Mental\\_health\\_24\\_Workshop\\_ISP\\_09-02-2023.pdf](https://isp.hse.ru/data/2023/02/10/2045341394/01_Selezneva_Mental_health_24_Workshop_ISP_09-02-2023.pdf) (accessed 07.05.2023) (in Russian).
  17. Rodionova E. V., Konyukhova T. V. Emotional and personal well-being of student youth: dynamic assessment in conditions of instability of the external environment. *Perspektivy nauki i obrazovaniya*. 2023;1(61):356—70 (in Russian).
  18. Ford B. Q., Lam P., John O. P., Mauss I. B. The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2018;115(6):1075—92. doi: 10.1037/pspp0000157
  19. Seeking psychological help. Official website of WCIOM. Analytical review of November 22, 2022. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/v-poiskakh-psikhologicheskoi-pomoshchi> (accessed 11.05.2023) (in Russian).
  20. Demand for psychological help. The reputation of the Institute of Psychologists and Psychotherapists. Official website of FOM. Publication dated August 23, 2022. Available at: <https://fom.ru/Obrazzhizni/14769> (accessed 11.05.2023) (in Russian).
  21. Only 9% of Russians are ready to entrust the solution of psychological problems to specialists. Official website Superjob.ru. Publication of June 30, 2023. Available at: <https://www.superjob.ru/research/articles/114124/doverit-reshenie-psiicheskikh-problem-specialistam-bez-sommenij-gotovoy-tolko-9/> (accessed 25.07.2023) (in Russian).
  22. Morev M. V., Gordievskaya A. N. Dynamics of psychological well-being of the population of the Vologda Oblast in 2022. *Social'noe prostranstvo*. 2022;8(4). doi: 10.15838/sa.2022.4.36.11 (in Russian).

COVID-19

23. Kameneva T. N., Razov P. V., Kunilova K. D., Tkachenko P. V., Belousova N. I., Ievleva A. A. Health of the population and attitude to it in conditions of instability. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny*. 2023;31(2):227–32 (in Russian).
24. Markeeva A. V., Sinyakov A. V. Social factors of mental health and well-being of elderly Russians. *Uspehi gerontologii*. 2023;36(1):10–21 (in Russian).
25. Filippova S. A., Stepanova N. A. Assessment of mental health and well-being of students. *Uchenye zapiski universiteta im. P. F. Lesgaf-ta*. 2023;5(219):537–40 (in Russian).
26. Ermakova E. S. Psychological well-being, resilience, stress resistance and anxiety of students. *Vestnik psihofiziologii*. 2023;(1):93–101 (in Russian).
27. Anufrieva E. V., Efimov E. G., Ovchar N. A. Social well-being of the working population of Volgograd during the economic crisis (based on sociological research). *Primo Aspectu*. 2023;1(53):20–8 (in Russian).
28. Klochkova A. V., Zakharenko N. A. Socio-psychological well-being of students: the results of a sociological study. *Pedagogika i psihologija obrazovanija*. 2023;(1):176–89 (in Russian).
29. Titor S. E. Socio-psychological portrait of a modern teenager (analysis of a sociological survey). *Vestnik universiteta*. 2023;(4):189–98 (in Russian).
30. Razuvaeva Yu. Yu., Didenko A. V. Personal anxiety in adolescents. *Molodezhnyj innovacionnyj vestnik*. 2023;12(S2):336–8 (in Russian).
31. Makeeva N. Yu. Peculiarities of psycho-emotional well-being of children in the conditions of a special military operation. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika i psihologija*. 2023;2(63):31–9 (in Russian).
32. Kosenko V. G., Lomakina G. V., Strizhev V. A., Kolomiets E. A., Ageev M. I., Kosenko N. A. Clinical manifestations and long-term consequences of stress disorders during the implementation of a special military operation (SVO) among residents of the Krasnodar Territory, evacuated residents of Donbass and refugees from Ukraine. *Psihicheskoe zdorov'e*. 2023;18(5):30–45 (in Russian).
33. Ilyashenko L. K., Voronin V. V. The impact of psycho-traumatic events of military operations on the psycho-emotional state of the civilian population. *Global'nyj nauchnyj potencial*. 2023;3(144):19–21 (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024  
УДК 614.2Сабгайда Т. П.<sup>1,2</sup>, Зубко А. В.<sup>1,2</sup>, Евдокушкина Г. Н.<sup>1,2</sup>, Музыкантова Н. Н.<sup>1</sup>**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СМЕРТНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (НА ПРИМЕРЕ МОСКВЫ)**<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;<sup>2</sup>Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 119333, г. Москва

Смертность населения является основной составляющей ущерба, нанесенного COVID-19. С целью определения различий в потерях мужчин и женщин из-за пандемии на основе данных Росстата о смертности за 2012—2020 гг. в Москве проведен анализ изменения смертности. Показано, что при близких трендах смертности мужчин и женщин до пандемии их смертность в 2020 г. изменилась неодинаково. При равном приросте смертности мужчин и женщин основной вклад в избыточную смертность (без учета вклада COVID-19) мужчины внесли болезни нервной системы и системы кровообращения, женщины — болезни нервной системы. Уровень смерти мужчин от COVID-19 в 1,9 раза превышает таковой женщины, а вследствие меньшего среднего возраста смерти величина экономических потерь, выраженных в потерянных годах потенциальной жизни, из-за преждевременной смерти мужчин от COVID-19 превышает женские потери в 2 раза. Хотя средний возраст смерти потерянных годов потенциальной жизни женщин от всех причин уменьшился на меньшую величину, величина потерянных лет потенциальной жизни выросла у них в большей степени, что в основном обусловлено большими темпами роста смертности женщин от болезней нервной системы и смертности, связанной с наркотиками.

Наибольший прирост потерянных лет потенциальной жизни в Москве обусловлен смертью, связанной с наркотиками и алкоголем. В структуре этого показателя у мужчин они занимают четвертое и пятое места, у женщин смерть, обусловленная алкоголем, занимает шестое место, а смерть, связанная с наркотиками, восьмое.

Пандемия, способствуя увеличению экономических потерь, не изменила их ведущие причины: болезни системы кровообращения, внешние причины и новообразования у мужчин; новообразования, болезни системы кровообращения и внешние причины у женщин. Величина потерянных лет потенциальной жизни из-за смерти от COVID-19 находится на шестом месте у мужчин и на четвертом месте у женщин.

**Ключевые слова:** структура избыточной смертности; потерянные годы потенциальной жизни; смерть, связанная с наркотиками; смерть, обусловленная алкоголем; средний возраст смерти.

**Для цитирования:** Сабгайда Т. П., Зубко А. В., Евдокушкина Г. Н., Музыкантова Н. Н. Гендерные особенности изменения смертности в период пандемии COVID-19 (на примере Москвы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):134—140. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-134-140>

**Для корреспонденции:** Сабгайда Тамара Павловна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, e-mail: [tsabgaida@mail.ru](mailto:tsabgaida@mail.ru)

Sabgaida T. P.<sup>1,2</sup>, Zubko A. V.<sup>1,2</sup>, Evdokushkina G. N.<sup>1,2</sup>, Muzykantova N. N.<sup>1</sup>**THE GENDER ASPECTS OF CHANGES IN MORTALITY DURING COVID-19 PANDEMIC AS EXEMPLIFIED BY MOSCOW**<sup>1</sup>The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia”, 127254, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Institute of Demographic Studies of the Federal State Budget Institution “The Federal Research Sociological Center of The Russian Academy of Sciences”, 119333, Moscow, Russia

The mortality is a major component of damage caused by COVID-19. The comparative analysis of changes in mortality was carried out on the basis of the ROSSTAT data over 2012–2020 to determine differences in losses of male and female population caused by pandemic in Moscow. It is demonstrated that at close trends in mortality of males and females before pandemic, in 2020 their mortality changed differently. At equal increase of male and female mortality, main contribution into excess mortality (excluding contribution of COVID-19) was made approximately equally by diseases of nervous system and circulatory system in males and diseases of nervous system in females.

The male mortality from COVID-19 is 1.9 times higher than female mortality. As a result of younger average age of death the amount of economic losses in terms of years of potential life lost (PYLL) due to premature death of males because of COVID-19 exceeds economic losses due to premature death of females up to 2 times.

Although the average age of death of females from all causes decreased by smaller amount, their values of PYLL increased more, mainly due to higher rate of female mortality from disease of nervous system and from mortality related to drug addiction.

In Moscow, the highest increase of PYLL is conditioned by death related to drug addiction and alcohol consumption. In the structure of this indicator in males they are ranked fourth and fifth. In females, alcohol-related deaths are ranked as sixth and drug-related deaths as eighth.

The pandemic, contributing into increase in economic losses, didn't change their leading causes: diseases of circulatory system, external causes and neoplasms in males; neoplasms, diseases of circulatory system and external causes in females. The value of PYLL due to death from COVID-19 takes sixth place in males and fourth place in females.

**Keywords:** structure of excess mortality; lost years of potential life; drug-related death; alcohol-related death; average age at death.

**For citation:** Sabgaida T. P., Zubko A. V., Evdokushkina G. N., Muzykantova N. N. The gender aspects of changes in mortality during COVID-19 pandemic as exemplified by Moscow data. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):134–140 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-134-140>

COVID-19

**For correspondence:** Sabgaida T. P., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia”. e-mail: tsabgaida@mail.ru

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.02.2024  
Accepted 27.03.2024

Накопленные данные по распространению новой коронавирусной инфекции свидетельствуют о том, что существуют половые различия в смертности от COVID-19: инфицирование коронавирусом SARS-CoV-2 мужчин чаще приводит к летальному исходу, чем женщин [1, 2]. В течении COVID-19 у лиц в возрасте до 55 лет существенное значение имеет гендерная принадлежность: у мужчин отмечены более выраженное поражение паренхимы легких и более значительное изменение лабораторных показателей [3]. На основании регистрации худшего исхода COVID-19 у мужчин высказано предположение о возможном влиянии женских половых гормонов на течение болезни [4].

Эпидемии по-разному поражают мужчин и женщин не только по причине различий во взаимодействии с патогеном, но и из-за различий в реакции на ответные меры здравоохранения и противоэпидемические мероприятия [5]. Выявлены гендерные различия социальных опасений в условиях пандемии COVID-19, субъективного отношения к противоэпидемическим мерам и готовности их выполнять, предрасполагающие к более высокому риску заражения мужчин [6]. Однако, по некоторым данным, существенных различий в числе случаев заболеваний новой коронавирусной инфекцией между мужчинами и женщинами не выявлено, за исключением возрастной группы 85 лет и старше, где женское население превалирует [7]. Наличие бессимптомных форм заражения коронавирусом не позволяет судить о различии в потерях здоровья мужчин и женщин в период пандемии на основе заболеваемости, а на основании сравнительного анализа различных характеристик смертности такие различия можно выявить.

Колоссальная нагрузка на систему здравоохранения в период пандемии (дефицит медицинского персонала, перегруженные больницы, дефицит медикаментов, медицинского оборудования для тяжелобольных пациентов, длительное время ожидания скорой медицинской помощи) способствовала росту смертности [8]. С другой стороны, изменение самосохранительного поведения населения как реакция на пандемию также может способствовать росту смертности. Если более высокая смертность мужчин от COVID-19 связана с их большей уязвимостью к патогену, то различия в изменении смертности от других причин в период пандемии у мужчин и женщин может свидетельствовать о гендерных различиях в реакции на эпидемическую ситуацию, противоэпидемические меры и изменение доступности медицинской помощи, определяющей

косвенные потери от новой коронавирусной инфекции.

Целью исследования стал сравнительный анализ изменения смертности мужчин и женщин в 2020 г. для определения различий в потерях из-за пандемии.

### Материалы и методы

Использовали официальные данные Росстата о смертности за период 2012—2020 гг. в Москве. Проведен сравнительный анализ изменения смертности в 2020 г. у мужчин и женщин (стандартизованные показатели на 100 тыс. населения, европейский стандарт).

При анализе смертности рассматривали ее различные характеристики. Рассчитывали среднегодовые приросты смертности для 2012—2019 гг. и прирост смертности в 2020 г. Оценивали вклад прироста числа случаев смерти и случаев смерти от COVID-19 в общее увеличение количества умерших (в избыточную смертность). Анализировали изменения среднего возраста смерти от основных причин и изменения потерянных лет потенциальной жизни из-за смерти в возрасте до 70 лет.

Потерянные годы потенциальной жизни (ППГЖ) в расчете на 1 тыс. населения рассчитывались как сумма произведений абсолютного числа умерших на недожитые годы в каждой возрастной группе и деления этой суммы на численность населения [9].

При анализе увеличения смертности от причин с наибольшим приростом ППГЖ рассматривали отдельные причины внутри этих классов, а также комплексы причин разных классов, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя и наркотиков. В комплекс «Смерть, обусловленная алкоголем» входят следующие причины: Случайное отравление и воздействие алкоголем (X45); Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями (Y15); Алкогольная кардиомиопатия (I42.6); Алкогольная болезнь печени (K70); Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10); Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G31.2). В комплекс «Смерть, связанная с наркотиками» входят: Случайное отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], не классифицированные в других рубриках (X42); Отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], не классифицированное в других рубриках, с неопределенными намерениями (Y12); Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F11), каннабиоидов (F12), седа-

тивных или снотворных средств (F13), кокаина (F14), других стимуляторов, включая кофеин (F15), галлюциногенов (F16) или одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19).

### Результаты исследования

Снижение смертности в Москве до 2020 г. среди мужчин происходило несколько большими темпами, чем среди женщин (табл. 1). При этом для большинства причин тенденции изменения смертности среди мужчин и женщин были близки, за исключением смертности от инфекционных заболеваний, которая медленно снижалась в мужской популяции и имела тенденцию к росту в женской. Также более быстрыми темпами росли смертность мужчин от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (далее — эндокринные заболевания) и смертность женщин от болезней нервной системы.

В 2020 г. смертность мужчин и женщин Москвы увеличилась в одинаковой степени, хотя по отдельным ее причинам наблюдались различия. Среди обоих полов снизился уровень смертности от инфекционных заболеваний и новообразований, при этом темпы снижения мужской смертности существенно превысили темпы снижения женской смертности. Также понизился уровень смертности мужчин от болезней органов дыхания, тогда как среди женщин смертность от этих причин заметно выросла.

Если смертность мужчин от всех причин превышает женскую смертность в 1,65 раза, то смертность от новой коронавирусной инфекции — в 1,86 раза. Стандартизованный коэффициент смертности москвичей от COVID-19 составил 128,5 на 100 тыс. населения среди мужчин и 69,0 среди женщин. Если при равной степени увеличения смертности прямые потери от COVID-19 больше среди мужчин, то косвенные потери, связанные с пандемией коронавируса, больше среди женщин.

Таблица 1

Среднегодовой прирост смертности мужчин и женщин Москвы от основных классов причин в 2012—2019 гг. и в 2019—2020 гг. (в %)

Причины смерти	Мужчины		Женщины	
	2012—2019 гг.	2019—2020 гг.	2012—2019 гг.	2019—2020 гг.
Инфекционные болезни	-1,0	-10,1	0,9	-1,6
Новообразования	-1,9	-3,6	-1,4	-2,2
Эндокринные заболевания	8,0	100,0	6,6	66,0
Психические расстройства	-0,2	139,8	0,04	112,8
Болезни нервной системы	7,5	87,8	18,8	109,0
Болезни системы кровообращения	-5,3	4,7	-5,4	2,1
Болезни органов дыхания	-4,2	-2,0	-3,3	12,5
Болезни органов пищеварения	-3,5	14,9	-1,7	8,9
Болезни мочеполовой системы	-3,0	14,7	-1,7	17,9
Внешние причины	-1,9	19,6	-2,6	22,1
Все причины	-2,6	20,6	-1,8	20,1

Таблица 2

Вклад основных причин в избыточную смертность 2020 г. среди населения Москвы (в %)

Причина смерти	Доля	
	мужчины	женщины
Инфекционные болезни	-0,6	-0,1
Новообразования	-0,7	-0,7
Эндокринные заболевания	2,4	3,2
Психические расстройства	6,4	3,4
Болезни нервной системы	13,3	26,1
Болезни системы кровообращения	15,0	7,9
Болезни органов дыхания	0,14	0,74
Болезни органов пищеварения	2,9	1,0
Болезни мочеполовой системы	0,7	0,9
Внешние причины	6,7	3,0
COVID-19	68,4	61,5

Основной вклад в избыточную смертность (прирост случаев смерти к уровню 2019 г.) внес COVID-19 (табл. 2). По сравнению с мужской смертностью смерть от эндокринных заболеваний и болезней нервной системы внесла более весомый вклад в избыточную смертность женщин, а смерть от психических расстройств, болезней системы кровообращения, болезней органов пищеварения и внешних причин — меньший.

Средний возраст смерти от COVID-19 среди московских мужчин составил 74,7 года у мужчин и 77,7 года у женщин. В 2019 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин в Москве составила 74,8 года, но в 2020 г. она сократилась на 3 года. Сокращение ожидаемой продолжительности жизни женщин с 81,7 года можно объяснить влиянием меньшей величины среднего возраста смерти от COVID-19. Для отдельных классов причин смерти в большинстве случаев средний возраст умерших уменьшился, а для эндокринных заболеваний увеличился, и в большей степени у женщин (табл. 3).

Наибольшее уменьшение среднего возраста смерти у обоих полов произошло для психических расстройств, в большей степени у мужчин. Существенное различие в величине изменения возраста смерти наблюдается также для болезней мочеполовой системы.

Таблица 3

Средний возраст смерти населения Москвы от основных причин в 2019 г. и его прирост в 2020 г. (лет)

Причина смерти	Возраст в 2019 г.		Прирост среднего возраста смерти	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Инфекционные болезни	49,3	54,1	-1,3	-1,8
Новообразования	73,8	74,7	-2,0	-1,5
Эндокринные заболевания	66,0	71,8	1,4	2,8
Психические расстройства	66,8	79,9	-8,0	-4,4
Болезни нервной системы	78,0	83,0	0,8	-0,4
Болезни системы кровообращения	77,1	82,6	-2,3	-1,3
Болезни органов дыхания	75,0	77,7	-3,2	-3,4
Болезни органов пищеварения	66,3	75,0	-3,9	-3,4
Болезни мочеполовой системы	80,0	79,5	-4,5	-1,4
Внешние причины	52,3	65,8	-3,3	-1,9
Все причины	74,8	81,7	-3,0	-2,2

COVID-19

Таблица 4

Количество потерянных лет потенциальной жизни в расчете на 1 тыс. человек соответствующего населения от болезней эндокринной системы, нервной системы и органов дыхания в 2019 и 2020 гг. среди жителей Москвы (человеко-лет)

Причина смерти	Мужчины		Женщины	
	2019 г.	2020 г.	2019 г.	2020 г.
Инфекционные болезни	4,3	4,0	1,9	1,8
Новообразования	12,3	12,0	11,0	10,9
Эндокринные заболевания	0,6	1,0	0,5	0,7
Психические расстройства	1,6	4,9	0,4	1,2
Болезни нервной системы	2,0	2,2	0,9	1,3
Болезни системы кровообращения	25,2	25,8	8,0	8,5
Болезни органов дыхания	2,2	2,1	0,8	0,9
Болезни органов пищеварения	5,4	6,6	2,5	3,0
Болезни мочеполовой системы	0,3	0,6	0,3	0,4
Внешние причины	20,0	24,8	4,3	5,3
COVID-19	—	7,6	—	3,8
Все причины	91,4	98,5	38,2	41,9

С позиции экономических потерь из-за преждевременной смерти москвичей, не доживших до 70-летнего возраста, было потеряно 479 430,2 года активной жизни мужчин в 2019 г. и 514 543,6 года в 2020 г. Потери активной жизни женщин в два с лишним раза меньше: 219 463,0 и 239 581,2 года. При пересчете этих показателей (ПППЖ) на 1 тыс. населения различие в величине экономических потерь в мужской и женской популяции увеличивается с 2,2 до 2,4 раза (табл. 4).

Прирост мужских потерь составил 7,8%, женских — 9,7%. Наибольшие ПППЖ мужчин отмечаются из-за преждевременной смертности от болезней кровообращения, а наибольшие ПППЖ женщин — от новообразований. Новообразования у мужчин находятся на третьем месте по величине вызываемых экономических потерь после внешних причин смерти. У женщин внешние причины смерти занимают третье место в структуре экономических потерь после сердечно-сосудистых заболеваний. На четвертое место вышли потери из-за COVID-19.

Сравнимые величины ПППЖ наблюдаются из-за преждевременной смертности мужчин и женщин от новообразований, эндокринных заболеваний и болезней мочеполовой системы. Потери мужчин превышают экономические потери женщин из-за смерти от внешних причин пятикратно, от психических расстройств и болезней системы кровообращения — четырехкратно, от инфекционных болезней, болезней нервной системы, болезней органов дыхания и пищеварения — двукратно. Эти соотношения не поменялись в 2020 г., хотя величины ПППЖ в большинстве случаев увеличились.

Наибольший прирост ПППЖ москвичей произошел из-за смерти от психических расстройств: втрое среди мужчин и женщин, хотя величина ПППЖ в этих случаях сравнительно небольшая. Около 20% составил прирост потерь из-за внешних причин смерти.

Среди внешних причин в период пандемии наблюдалось снижение смертности от всех видов

Таблица 5

Уровни стандартизованной смертности (SDR), средний возраст смерти (AAD) и количество потерянных лет потенциальной жизни в расчете на 1 тыс. человек соответствующего населения (PYLL) от отдельных причин в 2019 и 2020 гг. среди жителей Москвы

Причина смерти	Год	Мужчины			Женщины		
		SDR	AAD	PYLL	SDR	AAD	PYLL
<b>Внешние причины</b>							
Убийства	2019	2,5	42,4	0,8	0,8	51,0	0,2
	2020	2,1	44,8	0,7	0,7	56,4	0,2
Все виды транспортных несчастных случаев	2019	10,4	46,2	3,3	2,9	55,6	0,7
	2020	9,1	41,7	3,0	2,2	48,7	0,6
<b>Психические расстройства</b>							
Пагубное употребление алкоголя	2019	3,3	51,5	0,7	0,7	51,0	0,2
	2020	7,9	51,3	1,8	2,1	50,7	0,5
Психические расстройства из-за злоупотребления наркотиками	2019	1,1	43,1	0,4	0,2	44,7	0,1
	2020	8,5	44,6	2,6	2,1	47,9	0,6
Другие психозы	2019	1,9	82,8	0,0	2,2	85,0	0,0
	2020	3,4	81,6	0,1	3,8	84,3	0,0
<b>Комплексы причин</b>							
Смерть, обусловленная алкоголем	2019	27,0	55,7	5,2	7,7	53,9	1,7
	2020	38,7	53,3	8,2	10,9	53,2	2,4
Смерть, связанная с наркотиками	2019	8,0	36,0	3,2	1,2	35,3	0,4
	2020	25,6	37,3	9,6	4,1	40,9	1,7

транспортных несчастных случаев и насильственных причин смерти (табл. 5). В структуре психических расстройств вдвое выросла смертность от «других психозов», тогда как смертность из-за пагубного употребления алкоголя и психических расстройств, связанных с злоупотреблением наркотиками, увеличилась многократно. Мы проанализировали комплексы причин, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя и наркотиков.

Из табл. 4 и 5 следует, что наибольший прирост экономических потерь в Москве обусловлен смертью, связанной с наркотиками. Если в 2019 г. ПППЖ мужчин из-за смерти, обусловленной алкоголем, превосходили потери, связанные с наркотиками, то в 2020 г. стали меньше таковых. Среди женщин потери, обусловленные алкоголем, остались больше потерь из-за наркотической смертности, несмотря на резкий рост последней. При этом у женщин средний возраст смерти, связанной с наркотиками, увеличился больше, чем у мужчин.

Если не рассматривать указанные комплексы причин, на четвертом месте по величине ПППЖ находятся потери из-за COVID-19. Однако объединение причин смерти, связанных с употреблением психоактивных веществ, в комплексы показывает, что они находятся на четвертом и пятом месте в структуре экономических потерь мужчин, а COVID-19 — лишь на шестом.

### Обсуждение

Степень увеличения смертности среди мужчин и женщин равна, а вклад COVID-19 в величину избыточной смертности 2020 г. больше среди мужчин. При равной степени увеличения смертности прямые потери от COVID-19 больше среди мужчин, а косвенные потери, связанные с пандемией коронавируса, — среди женщин.

При одинаковом приросте смертности мужчин и женщин в 2020 г. величина экономических потерь, выраженных в ПППЖ, в большей степени выросла среди женщин, хотя средний возраст смерти женщин уменьшился на меньшую величину. Такой парадокс объясняется полученными результатами.

Инфекционные заболевания (без учета новой коронавирусной инфекции) внесли отрицательный вклад в избыточную смертность 2020 г., но за счет наименьшего среднего возраста смерти от них экономические потери населения, выраженные в ПППЖ, уменьшились у мужчин в небольшой степени, а у женщин незначимо. Аналогично незначимо уменьшилась величина ПППЖ из-за женской смертности от новообразований, по уровню оставшись наибольшей среди женских потерь. Мужская смертность от новообразований уменьшилась в большей степени, хотя это не привело к значимому уменьшению ПППЖ, т. е. смертность от инфекционных заболеваний и новообразований не объясняет преобладающего прироста экономических потерь среди женщин.

В 2020 г. среди мужчин и женщин выросла смертность от эндокринных заболеваний, что привело к увеличению среднего возраста смерти, в большей степени у женщин. Поэтому экономические потери населения, даже с некоторым ростом, более выраженным у мужчин, остались относительно невысокими у обоих полов.

В отношении психических расстройств отмечены наибольший прирост смертности и наибольшее уменьшение среднего возраста смерти. Экономические потери одинаково увеличились втрое у обоих полов, поэтому четырехкратное превышение мужских потерь сохранилось и в 2020 г. Отметим, что стресс может привести к развитию и обострению психиатрических расстройств, а пандемия COVID-19 явилась мощным экзогенным стрессом [10]. Также психоэмоциональное бремя пандемии COVID-19 проявляется на физиологическом уровне — в соматических реакциях на стрессовую ситуацию [11].

Смертность от болезней нервной системы существенно выросла в 2020 г., что можно объяснить последствиями заражения новой коронавирусной инфекцией, которое часто ведет к поражению нервной системы из-за вовлечения в патологический процесс оболочек, сосудов или паренхимы мозга [12]. По данным литературы, неврологические нарушения возникают примерно у 36,4% пациентов с COVID-19 [13]. Согласно полученным результатам, в Москве средний возраст смерти от болезней нервной системы изменился мало, а экономические потери выросли не принципиально, но на большую величину среди женщин. При более высокой смертности женщин от этих причин величина ПППЖ у мужчин больше, хотя прирост смертности женщин от болезней нервной системы внес наибольший вклад в избыточную смертность, т. е. преждевременная смертность от болезней нервной системы обуславливает гендерные различия в увеличении экономических потерь.

Такое же влияние оказала смертность от болезней системы кровообращения и органов дыхания, тогда как увеличение экономических потерь из-за смерти от болезней органов пищеварения и болезней мочеполовой системы было более выражено среди мужчин, что нивелировало вклад первых двух причин смерти.

Смертность женщин от внешних причин в период пандемии выросла в большей степени, чем мужская, однако из-за большего среднего возраста смерти относительный прирост экономических потерь, выраженных в ПППЖ, оказался меньше, чем у мужчин.

Более подробный анализ смертности от внешних причин и психических расстройств позволил заключить, что в период пандемии четвертое и пятое места в структуре ПППЖ мужчин занимают смерть, связанная с наркотиками, и смерть, обусловленная алкоголем (занимавшие в 2019 г. седьмое и пятое места соответственно), а COVID-19 находится на шестом месте. В потерях женщин смерть, обусловленная алкоголем, занимает шестое место, а смерть, связанная с наркотиками, — восьмое. При этом экономические потери женщин из-за последней причины, выраженные в ПППЖ, выросли в большей степени, чем мужские потери. И именно ими объясняются анализируемые гендерные различия. Смерть, связанная с алкоголем и наркотиками, является отражением косвенного влияния пандемии: пандемия как экзогенный фактор увеличивает потребность в употреблении психоактивных веществ [14]. Можно согласиться с мнением А. Ю. Давыдовой, что пандемия коронавируса является не столько медицинской и эпидемиологической проблемой, сколько социальной [15]. Значимое увеличение смертности мужчин и женщин в 2020 г. от причин, связанных с алкоголем, отмечено в 35 регионах страны, а от причин, связанных с наркотиками — в 34 регионах [16].

Следует отметить, что в Москве ПППЖ из-за смертности мужчин от заболеваний превышает женские потери и в 2019 и 2020 гг. в 2,1 раза, тогда как в 2016 г., по данным О. М. Драпкиной и соавт. [17], в Российской Федерации аналогичное превышение составляло 2,4 раза. По-видимому, сравнительно лучшая доступность медицинской помощи в столице способствует уменьшению различий в уровне преждевременной смертности мужчин и женщин. Большие экономические потери мужчин в Москве и на остальных территориях страны, выраженные в ПППЖ, связаны с их большей заболеваемостью. Что касается смертности от травм и отравлений, то превышение мужских потерь от внешних причин в пятеро в 2019 и 2020 гг. совпадает с оцененными О. М. Драпкиной и соавт. среднероссийскими показателями 2016 г. При этом четырехкратное превышение мужских потерь, обусловленных алкоголем и наркотиками, в Москве близко к среднероссийским показателям только в 2019 г.; в 2020 г. разница увеличилась и достигла 4,3 раза. И это увеличение обусловлено причинами, связанными с ал-

## COVID-19

коголем, поскольку величина ПППЖ мужчин из-за преждевременной смерти, обусловленной алкоголем, выросла с 3,1 до 3,4 раза. ПППЖ мужчин из-за смерти, связанной с наркотиками, превышала аналогичные женские потери в 8 раз в 2019 г. и в 5,6 раза в 2020 г., что обусловлено более выраженным ростом женской смертности, связанной с употреблением наркотиков. Заметное увеличение среднего возраста смерти женщин позволяет предположить, что женщины, ранее употреблявшие наркотики, стали придерживаться более рискованных практик их употребления.

В целом первые три ранговых места экономических потерь из-за основных заболеваний не изменились. У мужчин наибольшая величина ПППЖ в 2020 г. отмечена из-за преждевременной смерти от болезней системы кровообращения. Новообразования у мужчин находятся на третьем месте по величине вызываемых экономических потерь после внешних причин смерти. У московских женщин внешние причины находятся на третьем месте после новообразований и болезней системы кровообращения. Эти же ранги ведущих причин экономических потерь наблюдались и в 2019 г. Для допандемического периода было показано, что эти три причины смерти российского населения обуславливали наибольшее число потерь, выраженных в ПППЖ, при наличии существенных гендерных различий в характере потерь от преждевременной смертности [18]. Пандемия, способствуя увеличению экономических потерь, не изменила их ведущие причины.

Величина ПППЖ из-за смерти от COVID-19 у мужчин находится на шестом месте, у женщин — на четвертом.

### Заключение

При близких трендах смертности мужчин и женщин в период 2012—2019 гг. и в 2020 г. их смертность менялась не одинаково. Выявлены следующие гендерные различия.

Избыточная смертность 2020 г. определяется косвенным влиянием пандемии коронавируса в большей степени среди женщин, чем среди мужчин.

При одинаковом приросте смертности мужчин и женщин основной вклад в избыточную смертность, кроме COVID-19, у мужчин внесли болезни нервной системы и болезни системы кровообращения примерно в равной степени, а у женщин — преимущественно болезни нервной системы.

Наибольшая величина относительного прироста смертности в 2020 г. в Москве отмечена для психических расстройств, основной вклад в нее внесли пагубное употребление алкоголя и злоупотребление наркотиками. Прирост смертности от последних заболеваний более выражен среди женщин.

Уровень смерти мужчин от COVID-19 в 1,9 раза превышает уровень смертности женщин, а вследствие меньшего среднего возраста смерти величина ПППЖ из-за преждевременной смерти мужчин от COVID-19 превышает женские потери в 2,0 раза.

Наиболее выраженное «омоложение» смертности наблюдалось при смерти от психических расстройств, болезней мочеполовой системы и болезней органов пищеварения у мужчин и при смерти от психических расстройств, болезней органов дыхания и пищеварения у женщин.

Хотя средний возраст смерти женщин от всех причин понизился на меньшую величину, значение их ПППЖ выросло в большей степени, что обусловлено значительными темпами роста смертности женщин от болезней нервной системы и смертности, связанной с наркотиками.

Пандемия, способствуя увеличению экономических потерь, не изменила их ведущие причины: болезни системы кровообращения, внешние причины и новообразования у мужчин; новообразования, болезни системы кровообращения и внешние причины у женщин. Величина ПППЖ из-за смерти от COVID-19 находится на шестом месте у мужчин и на четвертом месте у женщин.

В период пандемии наибольший прирост экономических потерь в Москве обусловлен смертью, связанной с наркотиками, затем следует смертность, обусловленная алкоголем. В структуре ПППЖ мужчин они занимают четвертое и пятое места, в потерях женщин смерть, обусловленная алкоголем, занимает шестое место, а смерть, связанная с наркотиками, — восьмое.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Meng Y., Wu P., Lu W., Liu K., Ma K., Huang L., Cai J., Zhang H., Qin Y., Sun H., Ding W., Gui L., Wu P. Sex-specific clinical characteristics and prognosis of Coronavirus Disease-19 infection in Wuhan, China: a retrospective study of 168 severe patients. *PLoS Pathog.* 2020;16(4):e1008520. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008520>
2. Haitao T., Vermunt J. V., Abeykoon J., Ghamrawi R., Gunaratne M., Jayachandran M., Narang K., Parashuram S., Suvakov S., Garovic V. D. COVID-19 and sex differences: mechanisms and biomarkers. *Mayo Clin. Proc.* 2020;95(10):2189—203. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.07.024
3. Некаева Е. С., Большакова А. Е., Малышева Е. С., Галова Е. А., Макарова Е. В., Некрасова Т. А., Полякова И. В., Бедретдинова З. С., Беликина Д. В., Лавренюк А. А., Фомин И. В. Гендерные особенности течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у лиц зрелого возраста. *Современные технологии в медицине.* 2021;13(4):16—26.
4. Хаксари М., Сабэт Н., Солтани З., Башири Х. Пол пациента влияет на ответ систем организма и клинический исход при COVID-19. *Инфекция и иммунитет.* 2021;11(6):1020—36.
5. Григорьева Н. С. Гендерное измерение здравоохранения в России и мире в условиях неопределенности: COVID-19. В кн.: Гендерная политика в России и в мире: экономика, управление, общество: материалы Всероссийской научной конференции. Иваново: Ивановский государственный университет; 2021. С. 157—64.
6. Блинова Т. В., Вьяльшина А. Ал., Ножкина И. А. Гендерные аспекты самосохранительного поведения студентов города Саратова в период пандемии COVID-19. *Экология человека.* 2021;(9):55—63. doi: 10.33396/1728-0869-2021-9-55-63
7. Каира А. Н., Свитич О. А., Мурзина А. А. Эпидемиологические особенности возрастного-гендерного распространения заболеваемости коронавирусной инфекцией COVID-19 и летальности (обзор). *Санитарный врач.* 2021;(7):18—31. doi: 10.33920/med-08-2107-02

8. Камдина Л. В. Оценка влияния пандемии COVID-19 на качество жизни населения. *Вестник Челябинского государственного университета*. 2020;445(11):224–30.
9. Практическая демография. Под ред. Л. Л. Рыбаковского. М.: ЦСП; 2005. 280 с.
10. Шепелева И. И., Чернышева А. А., Кирьянова Е. М., Сальникова Л. И., Гурина О. И. COVID-19: поражение нервной системы и психолого-психиатрические осложнения. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020;30(4):76–82.
11. Шматова Ю. Е. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19: тенденции, последствия, факторы и группы риска. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2021;14(2):201–24.
12. Белопасов В. В., Яшу Я., Самойлова Е. М., Баклаушев В. П. Поражение нервной системы при Covid-19. *Клиническая практика*. 2020;11(2):60–80. doi: 10.17816/clinpract34851
13. Новикова Л. Б., Акопян А. П., Шапарова К. М., Латыпова Р. Ф. Неврологические и психические расстройства, ассоциированные с COVID-19. *Артериальная гипертензия*. 2020;26(3):317–26.
14. Сабгайда Т. П., Зубко А. В., Семенова В. Г. Изменение структуры причин смерти во второй год пандемии COVID-19 в Москве. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021;67(4):1. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1280/30/lang.ru/>
15. Давыдова А. Ю. Пандемия (эпидемия) как социальный феномен. *Наукаосфера*. 2021;(8-2):72–8.
16. Дрпкин О., Самородская И. Динамика смертности мужчин и женщин от болезней и внешних причин в регионах России за период 2016–2019 гг. по сравнению с 2020 г. *Профилактическая медицина*. 2022;25(4):29–34.
17. Дрпкин О. М., Самородская И. В., Болотова Е. В., Старинская М. А. Нозологическая структура потерянных лет потенциальной жизни в экономически активном возрасте в Российской Федерации в 2016 г. *Профилактическая медицина*. 2019;22(1):22–8. doi: 10.17116/profmed20192201122
18. Морев М. В., Короленко А. В. Оценка демографических и социально-экономических потерь вследствие преждевременной смертности населения России и Вологодской области. *Проблемы прогнозирования*. 2018;167(2):110–23.
5. Grigor'eva N. S. Gender Dimension of Healthcare in Russia and the World in Conditions of Uncertainty: COVID-19. In: Gender policy in Russia and in the world: economics, management, society. Materials of the All-Russian scientific conference [Gendernaya politika v Rossii i v mire: ekonomika, upravleniye, obshchestvo: Materialy Vserossiyskoy nauchnoy konferentsii]. Ivanovo: Ivanovo State University; 2021. P. 157–64 (in Russian).
6. Blinova T. V., Vyalshina A. A., Nozhkina I. A. Gender variations in self-preserving behavior during the COVID-19 pandemic among the students in Saratov. *Ekologiya cheloveka = Human ecology*. 2021;(9):55–63. doi: 10.33396/1728-0869-2021-9-55-63 (in Russian).
7. Kaira A. N., Svitich O. A., Murzina A. A. Epidemiological features of age-gender distribution of coronavirus infection COVID-19 incidence and mortality (review). *Sanitarnyy vrach = Sanitary doctor*. 2021;(7):18–31. doi: 10.33920/med-08-2107-02 (in Russian).
8. Kamdina L. V. Assessing the impact of the COVID-19 pandemic for the quality of life of the population. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta = Bulletin of Chelyabinsk State University*. 2020;445(11):224–30 (in Russian).
9. Rybakovskii L. L., editor. Practical demographics [Prakticheskaya demografiya]. Moscow: CSP; 2005. 280 p. (in Russian).
10. Shepeleva I. I., Chernysheva A. A., Kiryanova E. M., Salsnikova L. I., Gurina O. I. The nervous system damages and psychological and psychiatric complications on the COVID-19 pandemic. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* 2020;30(4):76–82 (in Russian).
11. Shmatova Yu. E. Mental health of population in the COVID-19 pandemic: trends, consequences, factors, and risk groups. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз = Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2021;14(2):201–24 (in Russian).
12. Belopasov V. V., Yachou Y., Samoilo E. M., Baklaushev V. P. The Nervous System Damage in COVID-19]. *Klinicheskaya praktika = Journal of Clinical Practice*. 2020;11(2):60–80. doi: 10.17816/clinpract34851 (in Russian).
13. Novikova L. B., Akopian A. P., Sharapova K. M., Latypova R. F. Neurological and mental disorders associated with COVID-19. *Arterial'naya gipertenziya = Arterial Hypertension*. 2020;26(3):317–26 (in Russian).
14. Sabgayda T. P., Zubko A. V., Semyonova V. G. Changes in the structure of the death causes in the second year of the COVID-19 pandemic in Moscow. *Sotsial'nye aspekty zdorov'a naseleniya = Social Aspects of Population Health*. 2021;67(4):1. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1280/30/lang.ru/> (in Russian).
15. Davydova A. Yu. Pandemic (epidemic) as a social phenomenon. *Naukosfera*. 2021;(8-2):72–8 (in Russian).
16. Drapkina O. M., Samorodskaya I. V. Dynamics of regional mortality rates for men and women from diseases and external causes in Russia for the period 2016–2019 compared to 2020. *Profilakticheskaya meditsina = The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022;25(4):29–34 (in Russian).
17. Drapkina O. M., Samorodskaya I. V., Bolotova E. V., Starinskaya M. A. The nosological structure of years of potential life lost in the economically active age in the Russian Federation in 2016. *Profilakticheskaya meditsina = The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2019;22(1):22–8. doi: 10.17116/profmed20192201122 (in Russian).
18. Morev M. V., Korolenko A. V. Assessment of demographic and socioeconomic losses due to premature mortality in the populations of Russia and Vologda oblast. *Problemy prognozirovaniya*. 2018;167(2):110–23 (in Russian).

Поступила 18.02.2024  
Принята в печать 27.03.2024

#### REFERENCES

1. Meng Y, Wu P, Lu W, Liu K, Ma K, Huang L, Cai J, Zhang H, Qin Y, Sun H, Ding W, Gui L, Wu P. Sex-specific clinical characteristics and prognosis of Coronavirus Disease-19 infection in Wuhan, China: a retrospective study of 168 severe patients. *PLoS Pathog*. 2020;16(4):e1008520. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008520>
2. Haitao T, Vermunt J. V., Abeykoon J, Ghamrawi R., Gunaratne M., Jayachandran M., Narang K., Parashuram S., Suvakov S., Garrowic V. D. COVID-19 and sex differences: mechanisms and biomarkers. *Mayo Clin. Proc*. 2020;95(10):2189–203. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.07.024
3. Nekaeva E. S., Bolshakova A. E., Malysheva E. S., Galova E. A., Makarova E. V., Nekrasova T. A., Polyakova I. V., et al. Gender characteristics of the novel coronavirus infection (covid-19) in middle-aged adults. *Sovremennye tehnologii v medicine*. 2021;13(4):16–26 (in Russian).
4. Khaksari M., Sabet N., Soltani Z., Bashiri H. Gender-related response of body systems in COVID-19 affects outcome. *Infektsiya i immunitet* 2021;11(6):1020–36 (in Russian).

# Здоровье и общество

© ЧИЧЕРИН Л. П., ЩЕПИН В. О., 2024  
УДК 614.2

Чичерин Л. П., Щепин В. О.

## ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА В РОССИИ: ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

*В условиях стремительного развития в стране цифровых технологий и необходимости правового их регулирования показаны значимость и возможности их применения в деле охраны здоровья подрастающего поколения в период Десятилетия детства в России, рассмотрен понятийный аппарат по проблеме. Акцент сделан на профилактическом аспекте межведомственно осуществляемой государственной охраны здоровья и прав детей и подростков в возрасте 0–17 лет. Масштаб проблемы особенно впечатляет с учетом численности контингента свыше 30 млн человек и интересов порядка 24 млн членов семей с детьми.*

*Цель исследования — с применением аналитического метода, контент- и SWOT-анализа осуществить мониторинг основных проблем межведомственной охраны здоровья и прав подрастающего поколения России в условиях внедрения информационных технологий, оценить реализацию действующего законодательства в контексте их роли и влияния в период Десятилетия детства 2018–2027 гг., показать значимость института Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка.*

*Ключевые слова:* дети; подростки; охрана здоровья; охрана прав; законодательство; информационные технологии; цифровая безопасность.

*Для цитирования:* Чичерин Л. П., Щепин В. О. Десятилетие детства в России: правовое обеспечение охраны здоровья с применением информационных технологий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):141–146. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-141-146>

*Для корреспонденции:* Чичерин Леонид Петрович, д-р мед наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [leo2506@gmail.com](mailto:leo2506@gmail.com)

Chicherin L. P., Shchepin V. O.

## THE CHILDHOOD DECADE IN RUSSIA: LEGAL SECURING OF HEALTH CARE APPLYING INFORMATION TECHNOLOGIES

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

*In conditions of impetuous development of national digital technologies and necessity for their legal regulation, significance and possibilities of their implementation in protecting health of rising generation during childhood decade in Russia are demonstrated. The conceptual apparatus related to discussed problem is considered. The emphasis is made on preventive aspect of intersectoral state protection of health care and rights of children and adolescents aged 0–17 years. The scale of problem is especially impressive considering number of contingent over 30 million people and interests of about 24 million of family members with children.*

*The purpose of the study is applying analytical method, content analysis and SWOT analysis to monitor main problems of intersectoral health care and rights of rising generation in Russia in conditions of implementation of information technologies; to evaluate application of legislation in force in context of their role and effect during the Decade of Children (2018–2027); to demonstrate significance of the institution of the Commissioner for rights of child under the President of the Russian Federation.*

*Keywords:* children; adolescents; health care; protection of rights; legislation; information technologies; digital security.

*For citation:* Chicherin L. P., Shchepin V. O. The Childhood Decade in Russia: legal securing of health care applying information technologies. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):141–146 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-141-146>

*For correspondence:* Chicherin L. P., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia”. e-mail: [leo2506@gmail.com](mailto:leo2506@gmail.com)

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

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support.

Received 06.06.2023  
Accepted 02.11.2023

### Введение

Декларация Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ООН), утвердившей повестку дня в области устойчивого развития на пери-

од до 2030 г., гласит, что распространение информационно-коммуникационных технологий и глобальное взаимное подключение сетей вкупе с научно-техническими инновациями в медицине открывают огромные возможности для ускорения человеческо-

го прогресса, преодоления «цифрового разрыва» и формирования общества, основанного на знаниях, а также для развития [1].

Значимость информационных технологий (ИТ) в глобальном плане возрастает с рекомендациями ООН, ее Детского фонда (ЮНИСЕФ), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), согласно которым современная среда (прежде всего информационная) являет собой ощутимые для растущего организма ребенка, подростка вызовы, риски и угрозы их физическому, психическому, репродуктивному здоровью. Это преждевременная беременность и деторождение, аборт в возрасте 15—19 лет, ВИЧ-патология; депрессии, суицид, правонарушения, насилие, жестокость самих подростков; вредное употребление алкоголя, табака, наркотиков; травмы и несчастные случаи; недостаточное питание или ожирение; низкая физическая активность.

В нашей стране, в развитие указанного, помимо Конституции РФ, Семейного кодекса РФ, реализуется целый ряд других важных официальных документов по обсуждаемой проблеме. Законодательное (правовое) обеспечение прав детей на жизнь и охрану здоровья относится Союзом педиатров России к важнейшим принципам государственной политики в области охраны здоровья детей наряду с учетом региональной специфики, программно-целевым планированием.

И сегодня необходима фокусировка внимания на потенциальных и реальных угрозах ИТ и их правовой базе, эффективном внедрении и функционировании в целом цифровой медицины, что становится очевидным по итогам изучения цифровизации системы здравоохранения, направлений ее развития и возникающих при этом основных угроз здоровью и социальному благополучию населения [2—4].

Цифровизация медицины есть процесс внедрения и применения ИТ, цифровых сервисов в здравоохранении, затрагивающий все процессы — от управления системой отрасли до практической деятельности на местах. Она предполагает качественную трансформацию медицины, повышение ее эффективности за счет оптимизации и автоматизации системы, организации четкой работы всех ее звеньев в государственном и частном сегментах и являет собой удобное средство для саморазвития, а основное по ее ходу — не навредить психологическому здоровью, не принимать во внимание все обилие информации, а подходить к ней избирательно [5, 6].

Цель данного комплексного исследования — осуществить мониторинг основных проблем межведомственной охраны здоровья и прав подрастающего поколения России, действующего законодательства по здоровьесбережению и защите прав в контексте влияния и роли ИТ в его обеспечении в период 2018—2027 гг., объявленный Указом Президента как Десятилетие детства, направленное на совершенствование государственной политики в сфере защиты детства, показать значимость института Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка.

## Материалы и методы

Проанализированы и систематизированы рекомендации ведущих международных организаций — ООН, ВОЗ и др. Рассмотрены базирующиеся на международной политике основные отечественные нормативные документы в области охраны здоровья и прав ребенка с применением ИТ.

Использованы традиционные методы и методические приемы социально-гигиенического и медико-организационного исследования: аналитический, контент- и SWOT-анализ, изучение и обобщение опыта межсекторального сотрудничества, монографический и др.

## Результаты исследования

Под *цифровым здравоохранением* ВОЗ в Глобальной стратегии в области цифрового здравоохранения на 2020—2025 гг. понимает область знаний и практической деятельности, связанную с разработкой и использованием цифровых технологий, что направлено на улучшение здоровья. Документом предусматривается улучшение здоровья всех и везде прежде всего посредством ускорения разработки и принятия надлежащих доступных, недорогих, масштабируемых и надежных цифровых решений в здравоохранении на основе индивидуального подхода, в целях профилактики эпидемий и пандемий заболеваний, их выявления и реагирования на них путем создания инфраструктуры и разработки прикладных программ, позволяющих странам-участникам использовать данные о здоровье в интересах укрепления здоровья и повышения благополучия населения [7].

В условиях бурного внедрения ИТ в экономику страны обращают на себя внимание положения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ему, в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществляемой ими медицинской деятельности на основании представляемых ими первичных данных о медицинской деятельности.

В число ведущих законодательных актов входит действующий Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», в котором впервые появилась ст. 14 о защите ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию.

В дальнейшем, в пролонгацию этого положения и в соответствии с международными нормами, защищающими права детей на безопасность от информации, наносящей им психический, физический и нравственный ущерб, в стране был принят действующий Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». В документе введен

## Здоровье и общество

в оборот термин «*информационная безопасность детей*», под которым понимается состояние защищенности человека с отсутствием риска, связанного с причинением информацией вреда его здоровью и/или физическому, психическому, духовному, нравственному развитию.

К причиняющей подобный вред ребенку отнесена следующая информация:

- побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и/или здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, к самоубийству;
- способная вызвать у детей желание употребить наркотические средства, психотропные и/или одурманивающие вещества, табачные изделия, алкогольную и спиртосодержащую продукцию, заниматься проституцией, бродяжничеством или попрошайничеством;
- содержащая нецензурную брань, информацию порнографического характера.

Документом также разработаны требования к распространению информации посредством теле- и радиовещания, информационно-телекоммуникационных сетей дифференцированно: к детям до 6 лет, достигшим этого возраста, 12 и 16 лет. Предложена отечественная возрастная классификация информационной продукции.

Очевидно, что соблюдение данного закона требует мощной межсекторальной интеграции участников, включающей:

- защиту детей от пропаганды насилия и жестокости, **от информации, наносящей вред духовному развитию;**
- меры профилактики правонарушений и преступлений несовершеннолетних;
- предупреждение экстремистских проявлений в образовательной среде, пресечение деятельности и привлечение к ответственности лиц, вовлекающих детей в получение подобной информации, а также способы защиты от противоправных и иных общественно опасных посягательств в интернете, СМИ, иных информационно-телекоммуникационных сетях.

Государственная охрана здоровья и прав детей наиболее четко прослеживается в ходе реализации в последние десятилетия программно-целевого подхода, в том числе на фоне применения ИТ. Имеются в виду утвержденные указами президентские федеральные программы Дети России, Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012—2017 годы (2010) как предшественник Десятилетия детства и др.

Так, Национальной стратегией отмечено, что развитие высоких технологий, открытость страны мировому сообществу привели к незащищенности детей от противоправного контента в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, усугубили проблемы, связанные с торговлей детьми, детской порнографией и проституцией; 6-летний период реализации документа выявил неэффективное управление этим процессом и слабый контроль за

качеством образовательных услуг, несоответствие современной системы обеспечения информационной безопасности детей новым рискам, связанным с развитием сети Интернет и ИТ, нарастающему противоправному контенту.

В дальнейшем Президент упомянутым Указом от 29.05.2017 № 240 об объявлении в стране Десятилетия детства поставил среди прочих и задачу обеспечения функционирования открытой информационно-образовательной среды «Российская электронная школа». Предусмотрено формирование информационно-методической базы для создания системы информационной безопасности, профилактики школьно-обусловленных заболеваний среди обучающихся в общеобразовательных организациях, а также доведение до 100% наличия учетных записей семей с детьми в федеральной государственной Единой системе идентификации и аутентификации (проверки достоверности сведений) в инфраструктуре, обеспечивающей предоставление государственных и муниципальных услуг в электронной форме.

Посредством специального портала в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (<https://10let.edu.gov.ru/>) осуществляется информационно-аналитическое обеспечение реализации Десятилетия детства.

Отметим, что на особую тягу подростково-молодежной аудитории к получению информации по различным аспектам жизни общества было обращено внимание в распоряжении Правительства от 29.11.2014 № 2403 «Основы государственной молодежной политики на период до 2025 года». В дальнейшем уже законом о молодежной политике (документом к контингенту отнесена социально-демографическая группа лиц в возрасте от 14 до 35 лет включительно) определено, что молодежь участвует в реализации политики с использованием информационных и коммуникационных технологий, позволяющих обеспечить возможность дистанционного участия [8]. К основным направлениям реализации данной политики отнесена поддержка деятельности по созданию и распространению, в том числе в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, в СМИ, произведениях науки, искусства, литературы, идеологии гражданской идентичности и духовно-нравственных ценностей молодежи.

Особое внимание в ходе наших аналитических исследований обращает на себя внушительный список основных по проблеме только федеральных концепций, стратегий, доктрин и иных документов, числом порядка двух десятков до 2025 г. Имеются в виду документы в области социальной, демографической, семейной, молодежной, противотабачной политики, национальной безопасности, национальной стратегии в интересах детей, развития здравоохранения и медицинской науки, превентивной медицины, борьбы с неинфекционными заболеваниями, ранней помощи, профилактики безнадзорности несовершеннолетних, культурной политики, развития воспитания, призыва, волонтерства и иных.

И это — без Указов Президента РФ. Следует учитывать, что за каждым из них идет внушительный список подзаконных актов многих заинтересованных профильных федеральных министерств, ведомств, среди которых Минздрав, Минпросвещения, Рособнадзор, Минтруда, Роспотребнадзор, РАН, Минобрнауки, Минкультуры, Минспорт, Минэкономразвития, МВД, Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций и другие участники.

К тому же они нередко по содержанию дублируют в этих актах меры по одним и тем же разделам (по вопросам здоровья, здорового образа жизни, гигиенического воспитания, профилактики заболеваемости и инвалидности, вредных привычек детей, подростков, молодежи).

Особо подчеркнем, что беспокойство по обсуждаемой проблеме вызывает отмечаемая специалистами-практиками, учеными, общественностью, родителями детей (прежде всего школьников), молодежью 14—30 лет «несрабатываемость», по сути дела, декларативность ряда положений действующего законодательства. Причем исследования правовой базы позволили выявить даже факты изъятия из ряда правовых документов в процессе их нового редактирования целых статей, что затрудняет получение специалистами истинной информации, знакомство с новациями в области правовой базы охраны здоровья и здравоохранения. Так, в соответствии с действующим упомянутым законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (1998), ст. 8 определялось, что государственная политика в интересах детей осуществляется на основе *государственных минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей*, включающих в себя минимальный объем социальных услуг:

- по гарантированному, общедоступному бесплатному образованию: начальному общему, основному общему, среднему (полному) общему образованию, профессиональному, высшему профессиональному образованию, воспитанию в образовательных учреждениях;
- по бесплатному медицинскому обслуживанию детей, обеспечению их питанием в соответствии с минимальными нормами питания;
- по социальному обслуживанию, социальной защите детей;
- по организации оздоровления и отдыха детей.

Однако в дальнейшем законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления

в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) ст. 8 была признана утратившей силу.

В соответствии со ст. 51 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», «...образовательное учреждение создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья. Учебная нагрузка, режим занятий определяются уставом образовательного учреждения на основе рекомендаций, *согласованных с органами здравоохранения*». В последующих редакциях статья полностью изъята.

В Указе Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации», записано, что на национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан влияют такие недостатки, как действующая нормативно-правовая база здравоохранения, низкий уровень квалификации медицинских работников. Но одновременно новым Указом Президента РФ от 02.07.2021 № 400 эти положения изъяты.

По нашему мнению, пока правовым полем в должной мере не обеспечивается информационная безопасность детей, их защищенность от риска, связанного с причинением информацией вреда их здоровью и развитию. Отсюда целесообразным представляется в условиях бурного перехода России к цифровой экономике специалистами различного профиля, а в детской практике прежде медикам и педагогам, рассматривать ИТ как новое направление разработки и реализации системы мониторинга воздействия разных видов информации на детское население, в целом семью и профилактики ее негативного влияния на формирующийся организм.

Повышению эффективности предпринимаемых мер в области государственной политики по охране детства, рациональному использованию финансовых ресурсов должно, по нашему мнению, способствовать (на фоне постоянного аудита) сведение до минимума имеющего место дублирование функций различных ведомств, прежде всего на федеральном уровне. Еще рациональнее — утвердить предложенный свыше 10 лет назад Союзом педиатров России базовый, единый по проблеме *Закон об охране здоровья (в нашей редакции — и жизни) детей*, который бы в идеале аккумулировал основные позиции множества упомянутых законодательных актов, предъявляя соответствующие требования к трансформации ИТ.

Заметим, что не случайно упомянутой Стратегией развития системы цифровизации в медицине и здравоохранении в числе проблем и вызовов цифровой трансформации отрасли ведущим названо слабое управление данными из-за отсутствия интегрированных приложений, а также единой среды управления справочной и нормативной информацией. Применительно к обсуждаемому аспекту применения ИТ в сфере детства до сих пор в силу существенной серьезной разницы в цифрах многих ведомств специалисты (в том числе в области молодежной политики, общественного здоровья, стати-

## Здоровье и общество

стики, педиатрии, юриспруденции) высоко оценивают достигнутое в июле 2020 г. между Росстатом (П. Малков) и Уполномоченным при Президенте РФ по правам ребенка (А. Кузнецова) Соглашение о сотрудничестве и взаимодействии. Предметом Соглашения является развитие сотрудничества по обмену официальной статистической информацией о демографических процессах, развитии семьи, материнства, отцовства и детства в Российской Федерации в целях формирования и реализации государственной политики в области защиты детства [10]. Предусмотрена и работа по совершенствованию показателей в сфере детской политики, развитие правозащитных инструментов в виде цифровых технологий.

Сегодня, в условиях трудностей в получении нередко скрывааемых сведений, например, касающихся самоубийств подростков и попыток к ним, актуально дальнейшее развитие правозащитных инструментов в виде цифровых технологий. И это несмотря на раздел Росстата «Семья, материнство и детство», совместный сборник Росстата и Общественной палаты Российской Федерации «Семья и дети в России».

По мнению нынешнего детского омбудсмена Марии Львовой-Беловой, цифровизация, наряду с дистанционным обучением (уже не только в период пандемии, отмененной ВОЗ в мае 2023 г.), постоянной муштрой перед единым госэкзаменом, явились фактором огромного риска для детей, подростков, диктующая необходимость введения моратория на повсеместную «цифровизацию» в школах. Достаточно упомянуть тот факт, что за последние 3 года в России на целых 13% увеличилось число подростковых суицидов [11].

Постоянная работа правоохранительных органов по выявлению и блокировке сайтов, групп и сообществ в социальных сетях, которые несут вред детской жизни и здоровью. Но темпы блокировки не всегда успевают за появлением все новых подобных групп и ресурсов. В связи с этим созданный по инициативе Уполномоченного специальный сайт «Росподрос» (<https://rospodros.ru/>) о свойственных данному возрасту трудностях с рекомендациями по их преодолению является широким пространством развития, помогающим детям, их родителям и специалистам.

### Заключение

Аналитическое исследование на модели системы охраны здоровья и прав населения страны, особенно детей, проблем подростков и молодежи определило ведущие вызовы здоровью в условиях стремительного внедрения ИТ в повседневную жизнь общества, в том числе в отрасль здравоохранения как неотъемлемую составляющую государственной охраны здоровья граждан.

Очевидно, что на современном этапе назрела необходимость оптимизации традиционного учета в информационном поле не только постоянно вносимых в действующее законодательство изменений и

дополнений, но и скрывааемые факты изъятия из него тех или иных статей, прежде всего на официальном интернет-портале правовой информации (<http://pravo.gov.ru/>), в информационно-аналитических системах, включая Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Это усилит гласность естественного динамического процесса трансформации правовых гарантий и обеспечит единство подходов многих заинтересованных ведомств к решению этой важнейшей государственной проблемы, повышение профессиональной компетентности участвующих специалистов.

На сегодня объединяющей по проблеме является ЕГИСЗ (<https://egisz.rosminzdrav.ru/>), в частности, ее платформа N3.Health как официальный оператор передачи данных в ЕГИСЗ (<https://n3health.ru/chto-takoe-egisz>). Создание в здравоохранении данного единого цифрового контура, а также разработка и внедрение на федеральном уровне медицинских платформенных решений predeterminedены утвержденной в 2021 г. Правительством страны Стратегией развития системы цифровизации в медицине и здравоохранении на ближайшие несколько лет, выделенной основные направления в области цифровой трансформации [12].

В дальнейшем совершенствование правового механизма использования ИТ в экономике страны, включая охрану здоровья граждан, здравоохранение, отразилось в изданном в сентябре 2023 г. Указе президента, уже называемым в СМИ «указом о цифровом паспорте», хотя он касается не одного лишь этого документа, будучи направленным на улучшение в целом цифровой трансформации государственных услуг, особенно их безопасности [13].

Это позволит использовать смартфон вместо обычного бумажного документа и получить цифровые полисы ОМС, цифровые права и многое другое. Предъявление документов, удостоверяющих личность, в электронной форме с помощью мобильного приложения «Госуслуги» будет приравнено к представлению паспорта. Описанные процессы будут развиваться, в том числе с учетом возможности возникновения различного рода рисков.

Очевидна необходимость пролонгации углубленных научных исследований по проблеме развития ИТ в области охраны детства.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Декларация Генеральной Ассамблеи ООН от 25 сентября 2015 года «Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/420355765> (дата обращения 03.10.2023).
2. Баранов А. А. Состояние здоровья детей современной России. М.: ПедиатрЪ; 2020. 116 с.
3. Перепада О. А., Приходько Т. А. Правовое воспитание подрастающего поколения в условиях цифровой трансформации. В кн.: Цифровые технологии и право: сборник научных трудов. Бегишев И. Р. (ред.). Казань: Изд-во «Познание» Казанского инновационного университета; 2022. С. 196—8.

4. Мишон Е. В., Канапухин В. А. Промежуточные итоги цифровизации системы здравоохранения: направления развития и основные угрозы. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление*. 2022;(3):100—12. doi: 10.17308/ econ.2022.3/9987
  5. Соловьев В. Цифровизация медицины 2023 — практическое применение и тренды. Режим доступа: <https://n3health.ru/cifrovizaciya-mediciny> (дата обращения 03.10.2023).
  6. Щепин В. О., Чичерин Л. П., Попов В. И., Есауленко И. Э. Стратегическое планирование, нормативно-правовое обеспечение мер в области охраны здоровья с позиций формирования здорового образа жизни граждан. В кн.: *Современные проблемы информационной гигиены, гигиенического воспитания и обучения: монография*. В. И. Стародубов, В. А. Тутельян (ред.). М.: Научная книга; 2023. 264 с.
  7. Глобальная стратегия в области цифрового здравоохранения на 2020—2025 гг. ВОЗ, 2021. 82 с. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240027596-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (дата обращения 03.10.2023).
  8. Федеральный закон от 30.12.2020 № 489-ФЗ «О молодежной политике в Российской Федерации». Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2021/01/11/molodez-dok.html> (дата обращения 03.10.2023).
  9. Щепин В. О., Чичерин Л. П., Попов В. И., Есауленко И. Э. Межведомственность в деле охраны здоровья детей и подростков: рекомендации ВОЗ и реалии России. *Вестник РАМН*. 2023;76(1):93—102. doi: 10.15690/vramn1338
  10. Росстат поможет детскому омбудсмену лучше защищать интересы детей. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/93581> (дата обращения 03.10.2023).
  11. Ежегодный доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2022 год. М.; 2023. 466 с. Режим доступа: [https://cdnstatic.rg.ru/uploads/attachments/2023/05/15/ombudsmen\\_doklad\\_2022\\_e29.pdf](https://cdnstatic.rg.ru/uploads/attachments/2023/05/15/ombudsmen_doklad_2022_e29.pdf)
  12. Распоряжение правительства Российской Федерации от 29.12.2021 № 3980-р «О стратегическом направлении в области цифровой трансформации здравоохранения». Режим доступа: <http://government.ru/docs/all/138589/> (дата обращения 03.10.2023).
  13. Указ Президента Российской Федерации от 18.09.2023 № 695 «О представлении сведений, содержащихся в документах, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации, с использованием информационных технологий». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202309180017?index=1> «(дата обращения 03.10.2023).
- Поступила 06.06.2023  
Принята в печать 02.11.2023
- ### REFERENCES
1. Declaration of the UN General Assembly of September 25, 2015 “Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/420355765> (accessed 03.10.2023) (in Russian).
  2. Baranov A. A. Health status of children in modern Russia [Sostojanie zdorov'ja detej sovremennoj Rossii]. Moscow: Pediatr; 2020. 116 p. (in Russian).
  3. Perepadja O. A., Prihod'ko T. A. Legal education of the younger generation in the conditions of digital transformation. In: *Digital technologies and law [Cifrovye tehnologii i pravo]*: Collection of scientific papers. Begishev I. R. (ed.). Kazan: Publishing house “Poznanie” of the Kazan Innovation University; 2022. P. 196–8 (in Russian).
  4. Mishon E. V., Kanapuhin V. A. Interim results of digitalization of the healthcare system: directions of development and main threats. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Jekonomika i upravlenie*. 2022;(3):100—12. doi: 10.17308/ econ.2022.3/9987 (in Russian).
  5. Solov'ev V. Digitalization of medicine 2023 — practical application and trends. Available at: <https://n3health.ru/cifrovizaciya-mediciny> (accessed 03.10.2023) (in Russian).
  6. Shchepin V. O., Chicherin L. P., Popov V. I., Esaulenko I. Je. Strategic planning, regulatory support of measures in the field of health protection from the standpoint of creating a healthy lifestyle for citizens. In: *Modern problems of information hygiene, hygienic education and training: monograph [Sovremennye problemy informacionnoj gigieny, gigenicheskogo vospitanija i obuchenija: monografija]*. V. I. Starodubov, V. A. Tutelyan (eds). Moscow: Nauchnaja kniga; 2023. 264 p. (in Russian).
  7. Global digital health strategy 2020—2025. WHO, 2021. 82 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240027596-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (accessed 03.10.2023) (in Russian).
  8. Federal Law of December 30, 2020 No. 489-FZ “On youth policy in the Russian Federation”. Available at: <https://rg.ru/documents/2021/01/11/molodez-dok.html> (accessed 03.10.2023) (in Russian).
  9. Shchepin V. O., Chicherin L. P., Popov V. I., Esaulenko I. Je. Interdepartmentalism in protecting the health of children and adolescents: WHO recommendations and the realities of Russia. *Vestnik RAMN*. 2023;76(1):93—102. doi: 10.15690/vramn1338 (in Russian).
  10. Rosstat will help the children's ombudsman better protect the interests of children. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/93581> (accessed 03.10.2023) (in Russian).
  11. Annual report on the activities of the Commissioner for Human Rights in the Russian Federation for 2022 [Ezhegodnyj doklad o dejatel'nosti Upolnomochennogo po pravam cheloveka v Rossijskoj Federacii za 2022 god]. Moscow: 2023. 466 p. Available at: [https://cdnstatic.rg.ru/uploads/attachments/2023/05/15/ombudsmen\\_doklad\\_2022\\_e29.pdf](https://cdnstatic.rg.ru/uploads/attachments/2023/05/15/ombudsmen_doklad_2022_e29.pdf) (in Russian).
  12. Order of the Government of the Russian Federation dated December 29, 2021 No. 3980-r “On the strategic direction in the field of digital transformation of healthcare”. Available at <http://government.ru/docs/all/138589/> (accessed 03.10.2023) (in Russian).
  13. Decree of the President of the Russian Federation dated September 18, 2023 No. 695 “On the presentation of information contained in identity documents of a citizen of the Russian Federation using information technology”. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202309180017?index=1> (accessed 03.10.2023) (in Russian).

Альбицкий В. Ю., Баранов А. А.

## СМЕРТНОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, 119333, г. Москва

*Представлен комплексный медико-статистический анализ показателей и причин смертности детского населения Российской Федерации в 2017–2021 гг. Подчеркнуто, что в условиях крайне неблагоприятной демографической ситуации в стране сверхактуальной задачей является сохранение каждой детской жизни. Показано, что решающую роль в смертности детского населения в настоящее время играет смертность не только младенческая и в возрасте 1–4 лет, но и в более старших возрастах. В смертности детского населения сохраняются различия — гендерные и по месту жительства детей. Приходится возвращаться к проблеме достоверной регистрации показателя смертности младенцев: часть новорожденных, родившихся живыми, после родов относят к мертворожденным. Начиная с 2018 г. первое место, оттеснив класс «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», занял класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин». Таким образом, меры профилактики негативного воздействия социального фактора на здоровье детей остаются важной составляющей в современной системе охраны здоровья детского населения. Предложены направления мероприятий, нацеленных на снижение смертности детского населения в России.*

*Ключевые слова:* детское население; смертность; закономерности и причины.

**Для цитирования:** Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Смертность детского населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):147–154. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154>

**Для корреспонденции:** Альбицкий Валерий Юрьевич, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ № 2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б. В. Петровского», e-mail: [albicky1941@yandex.ru](mailto:albicky1941@yandex.ru)

Albitsky V. Yu., Baranov A. A.

## THE MORTALITY OF CHILDREN POPULATION

The Research Institute of Pediatrics and Children Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution “The Academician B. V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery”, 119333, Moscow, Russia

*The article presents comprehensive medical statistical analysis of indicators and causes of mortality of children population of the Russian Federation in 2017–2021. It is emphasized that in Russia, in conditions of extremely unfavorable demographic situation, the hyper actual task is to preserve life of every child. It is demonstrated that crucial role in mortality of children population is played by not only infant mortality and mortality of children aged 1–4 years, but also by mortality of children of older ages. The children population mortality still keeps gender and residence differences. The problem of reliable registration of infant mortality is to be revisited since part of newborns born alive are classified after birth as stillborn. Beginning from 2018, the first place was taken by the class “Injuries, poisonings and some other consequences of external causes” driving back the class “Individual conditions occurring in perinatal period”. Thus, measures of preventing negative impact of social factors on children health continue to be an important component of modern system of health care of children population. The directions of measures reducing children mortality in Russia are proposed.*

*Keywords:* children; mortality; regularities; causes.

**For citation:** Albitsky V. Yu., Baranov A. A. The mortality of children population. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):147–154 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-147-154>

**For correspondence:** Albitsky V. Yu., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Research Institute of Pediatrics and Children Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution “The Academician B. V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery”. e-mail: [albicky1941@yandex.ru](mailto:albicky1941@yandex.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 26.08.2023

Accepted 02.11.2023

Посвящается 100-летию юбилею кафедры «Общественное здоровье и организация здравоохранения» Казанского государственного медицинского университета

## От авторов

Наверное, у каждого человека при слове «малая родина» невольно вздрогнет сердце. Ведь очень дорогое место (будь то несколько улиц в мегаполисе или деревушка на берегу речки), где случилось его детство, начался переход во взрослую жизнь. Такой малой родиной в нашей профессиональной деятельности стала кафедра социальной гигиены и органи-

зации здравоохранения Казанского медицинского института, в котором вскоре после его окончания первый автор стал ассистентом, а второй — аспирантом этой кафедры. В истории юбилея можно выделить четыре эпохи, когда кафедрой заведовали профессора Ф. Г. Мухамедьяров, Т. Д. Эпштейн, М. Х. Вахитов, А. Н. Галиуллин. Нам крупно повезло, мы появились на кафедре, когда Товий Давидович Эпштейн в 1966 г., перейдя на должность кон-

сультанта, передал заведование Мухамету Хайрутдиновичу Вахитову и они стали руководителями наших кандидатских диссертаций, посвященных причинам младенческой смертности в Казани и сельской местности Татарстана. Мы получили от наших наставников бесценные уроки комплексного, статистически достоверного анализа, логичного изложения материала исследования. Светлая вам память, вы были и остаетесь нашими дорогими учителями, Товий Давидович и Мухамет Хайрутдинович.

Хотим также отметить, что наши первые совместные журнальные публикации появились более полувека назад, центральное место в них занимала проблема борьбы с детской смертностью [1—3].

### Введение

В настоящей статье представлен анализ медико-статистических закономерностей смертности детского населения Российской Федерации по данным государственной статистики (Росстата), представленным в ряде официальных изданий [4—7] и на Европейском портале информации здравоохранения [8]. Также подчеркнем, что представленные в статье материалы фактически являются продолжением нашего исследования состояния, проблем и задач профилактики смертности детского населения в Российской Федерации в 2011—2018 гг. [3]. Поэтому мы сочли возможным не только сослаться, но даже цитировать тексты указанного, с нашей точки зрения, весьма углубленного анализа при обсуждении проблемы смертности детей и подростков в 2017—2021 гг.

Следующий абзац о демографической ситуации в стране для понимания сверхактуальности обсуждаемой проблемы представляется весьма логичным для введения. Эту ситуацию за последние 5 лет следует признать неблагоприятной (табл. 1) [4—7]. За период с 1 января 2017 г. по 1 января 2022 г. численность населения страны упала с 146 838 993 до 145 478 097 человек, т. е. сократилась на 136 096 (0,93%). Указан-

ная тенденция приобрела еще более выраженный характер: только за один 2021 г. число россиян к 1 января 2022 г. уменьшилось на 615 439 человек (0,43%).

На указанном демографическом фоне важно представлять, как сложилась динамика численности детского населения России. Судя по данным табл. 2, количество российских детей не претерпело существенных изменений ни в абсолютном значении, ни по удельному весу в общей численности населения, но прогноз его убыли высоко вероятен, неотвратим. Таким образом, сбережение жизни каждого ребенка, а точнее, каждого зачатия, каждого плода — сверхактуальная задача государственной политики в области охраны здоровья матери и ребенка.

### Статистические закономерности

Согласно оценке Мирового атласа данных, рейтинг показателя младенческой смертности (МС) в Российской Федерации в 2021 г. по сравнению с таковым в других 193 странах, снизившись с 50-го в 2018 г., занял 40-е место. Среди 14 стран Европейского региона с численностью населения более 15 млн, когда сравнение становится более достоверным и информативным, Россия, будучи на 8-м месте, вошла в число стран с низким (ниже 5%) уровнем МС. Здесь уместно повторить наш тезис о том, что «стратегическая цель российской государственной политики с начала XX столетия — добиться сопоставимости в уровне МС с европейскими соседями — достигнута» [3]. Согласно оценке Всемирного банка, показатель детской смертности (в первые 5 лет жизни) в 2019 г. занимал сходную позицию — 5,8‰ (табл. 3). Сравнение соответствующих уровней младенческой и детской смертности в России и США (5,6 и 6,5‰ соответственно) показывает, что они стали ниже американских. Но следует подчеркнуть, что, согласно данным Росстата, в 2021 г. российский показатель МС составил 4,6‰. Более того,

Таблица 3

Показатель младенческой\* и детской\*\* смертности в странах Европейского региона с населением более 15 млн человек (на 1 тыс. живорожденных)

Страна	Показатель 0 лет		Показатель 0—4 года	
	2018 г.	2021 г.	2018 г.	2019 г.
Италия	2,6	2,3	3,0	3,1
Испания	2,5	2,5	3,0	3,1
Франция	3,4	3,6	4,0	4,5
Германия	3,1	3,1	3,7	3,8
Нидерланды	3,3	3,5	3,9	4,0
Великобритания	3,6	3,6	4,3	4,3
Польша	3,8	3,5	4,4	4,4
Россия	6,1	3,9	7,2	5,8
Румыния	6,1	5,4	7,3	7,0
Украина	7,5	5,5	8,7	8,4
Казахстан	8,8	8,9	9,9	10,5
Турция	9,1	7,7	10,6	9,6
Узбекистан	19,1	11,7	21,4	17,4
Туркмения	39,3	35,1	45,8	42,0

Примечания. \* — 2021 г., данные Рейтинга стран мира по уровню младенческой смертности United Nations; \*\* — 2019 г., данные Всемирного Банка.

Таблица 1

Показатели естественного движения населения Российской Федерации (на 1 тыс. населения)

Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост/убыль
2016	12,9	12,9	-0,01
2017	11,5	12,4	-0,9
2018	10,9	12,5	-1,6
2019	10,1	12,3	-2,2
2020	9,8	14,6	-4,8
2021	9,6	16,7	-7,1

Таблица 2

Доля детей в общей численности населения Российской Федерации (в %)

Год	Число детей в возрасте 0—17 лет, абс. ед.	Доля детей, %
2017	29 573 971	20,1
2018	29 980 680	21,4
2019	30 215 423	20,6
2020	30 370 372	20,7
2021	30 383 341	20,8

Здоровье и общество

Таблица 4

**Смертность российских детей различных возрастных групп (в абс. ед.)**

Возраст, годы	Год					2017/2021, темп убыли, %	2020/2021, темп роста, %
	2017	2018	2019	2020	2021		
0	9577	8244	7328	6489	6516	<b>32,0</b>	<b>0,41</b>
0—4	12 134	10 596	9383	8248	8401	<b>30,8</b>	<b>1,85</b>
5—9	1743	1625	1497	1500	1563	<b>10,5</b>	<b>4,2</b>
10—14	1892	1912	1737	1795	2089	<b>+10,4</b>	<b>16,4</b>
15—17	2036	2134	2066	2006	2224	<b>+9,2</b>	<b>10,8</b>
0—17	17 805	16 265	14 683	13 549	14 277	19,8	1,05

и данный уровень нельзя признавать достоверным из-за проблем имеющегося недоучета случаев смерти новорожденных, о чем более подробно пойдет речь ниже.

Приступая к анализу смертности детского населения в Российской Федерации с 2017 по 2021 г., остановимся на особенностях характеристики ее представления в абсолютных числах (табл. 4). Прежде всего привлекает внимание неуклонное, весьма заметное снижение числа смертей в целом в детском возрасте на 19,8%. Однако данный тренд был характерен для детей первых 10 лет жизни: 32,7% в возрасте 0—4 и 10,3% — 5—9 лет. В подростковом же возрасте, напротив, происходит рост числа смертей на 10,4% в 10—14 лет и на 9,2% в 15—17 лет. Здесь следует обратить внимание на следующий факт: если в 2017 г. среди умерших детей на первые 5 лет жизни приходилось 68,2%, то в 2021 г. — 55,8%. Таким образом, фактически формируется новая закономерность: решающую роль в смертности детского населения приобрела смертность не только детская (младенческая и в возрасте 1—4 года), но и в более старших возрастах.

Обращаясь к данным табл. 4, нельзя не обратить внимание на рост в 2021 г., по сравнению с 2020 г., числа случаев смерти детей во всех возрастных группах. На вопрос, был ли это действительно рост, ответ дают показатели смертности детей России, представленные в табл. 5.

В 2021 г. по сравнению с предыдущим годом произошло весьма незначительное увеличение их уров-

Таблица 5

**Смертность российских детей различных возрастных групп (на 10 тыс. населения соответствующего возраста)**

Возраст, годы	Год					2017/2021, темп убыли, %
	2017	2018	2019	2020	2021	
0*	56,0	51,0	49,0	45,0	46,0	19,9
1—4	3,32	3,06	3,09	2,47	2,93	11,7
5—9	2,03	1,83	1,56	1,61	1,63	19,7
10—14	2,55	2,51	2,10	2,23	2,48	2,7
15—17	<b>4,97</b>	<b>5,06</b>	<b>4,83</b>	4,52	4,94	0,6
0—4**	69,0	63,0	60,0	55,0	58,0	<b>16,0</b>
0—9	7,65	6,71	6,0	5,45	5,72	<b>15,2</b>
0—14	6,18	5,46	4,86	4,45	4,66	<b>24,6</b>
0—17	5,98	5,41	4,86	4,46	4,70	21,4

Примечание. \* — на 10 тыс. родившихся живыми; \*\* — вероятность смерти от момента рождения до 5 лет (на 1 тыс. родившихся соответствующего года рождения).

Таблица 6

**Смертность детей и подростков в России от COVID-19**

Возраст, лет	2020 г.		2021 г.			
	на 1 тыс. детей соответствующего возраста	% к итогу	на 1 тыс. детей соответствующего возраста	% к итогу	на 100 тыс. детей соответствующего возраста	показатель на 100 тыс. детей без умерших от ковида
0—4	27	27,5	104	33,4	107,2	105,8
0—9	34	34,7	129	41,4	57,2	56,4
0—14	49	50,0	167	53,7	46,6	46,0
15—19	49	50,0	144	46,3	60,7	58,8
0—19	98	100,0	311	100,0	49,7	48,8

ня. Конечно же, прежде всего следует отметить неуклонное снижение в анализируемом пятилетии всех повозрастных показателей смертности детского населения. И здесь особое внимание привлекает факт крайне незначительного уменьшения смертности в возрасте 10—14 и 15—17 лет — на 2,7 и 0,6% соответственно, т. е. на фактическое отсутствие положительной динамики. Следовательно, опять можно говорить о проблеме разработки эффективных мер по снижению смертности детей подросткового возраста.

Возникает естественное предположение, что некоторое увеличение смертности в 2021 г. связано с заболеваемостью COVID-19. Как повлияла свирепствовавшая в 2020—2021 гг. его эпидемия на уровень смертности детского населения, позволяют судить данные, представленные в табл. 6. Казалось бы, можно однозначно констатировать, что заболеваемость не повлияла заметно на уровень смертности детского населения. Представляется, что такой вывод будет несколько поспешным. Ибо, с одной стороны, нельзя исключить смерть ребенка от заболевания, когда диагноз COVID-19 не был установлен, а с другой — от опосредованного влияния эпидемии: заболеваний членов семьи, отвлечения внимания и средств к охране здоровья взрослых.

Учитывая, что почти половина смертей детского населения приходится на первый год жизни, а в

Таблица 7

**Младенческая и перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность в Российской Федерации**

Год	МС на 1 тыс. родившихся живыми	ПС на 1 тыс. родов	МР на 1 тыс. родов	РНС на 1 тыс. родившихся живыми	Отношение МР к РНС
2011	7,4	7,1	4,5	2,6	1,7
2017	5,6	7,5	5,6	1,9	2,9
2018	5,1	7,2	5,5	1,7	3,2
2019	4,9	7,1	5,4	1,7	3,2
2020	4,5	7,2	5,6	1,6	4,0
2021	4,6	7,3	5,8	1,5	3,8
Европейский регион ВОЗ*	6,2	6,7	5,7	2,8	2,0
Европейский союз*	3,5	5,5	4,3	1,8	2,4

Примечание. ПС — перинатальная смертность, МР — мертворождаемость, РНС — ранняя неонатальная смертность. \*Источник: Европейский портал информации здравоохранения, данные за 2019 г.

Таблица 8

## Фетоинфантильные потери в Российской Федерации

Год	Родившиеся мертвыми, абс. ед.	Умершие на первом году жизни, абс. ед.	Число мертворожденных и умерших на первом году жизни, абс. ед.	Родившиеся живыми и мертвыми, абс. ед.	ФП на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми
2017	9483	9577	19 060	1 699 790	11,21
2018	8894	8244	17 138	1 613 238	10,62
2019	8101	7328	15 429	1 489 175	10,36
2020	8192	6489	14 681	1 444 706	10,16
2021	8119	6516	14 635	1 406 372	10,40

младенческой смертности наиболее высок удельный вес летальных исходов в первые 7 дней жизни, приоритет приобретает анализ ранней неонатальной смертности, которая является составной перинатальной смертности. Данные о перинатальных потерях, представленные в табл. 7, свидетельствуют о том, что если младенческая смертность во втором десятилетии текущего столетия имела выраженный тренд снижения, то в последние 5 лет показатели перинатальной смертности и ее составных, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности застыли на одном уровне.

Нельзя не отметить и следующие закономерности. Во-первых, после введения с 2012 г. регистрации родившихся с массой тела 500 г и более выросла частота мертворождаемости. Во-вторых, соотношение между показателями мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в Российской Федерации заметно превышает таковые в странах Европейского региона ВОЗ и Европейского союза.

Следует указать, что более объективное, чем перинатальные потери, представление о ситуации с охраной здоровья матери и ребенка дают фетоинфантильные потери (ФП), включающие в себя число мертворожденных и умерших на первом году жизни детей (табл. 8).

В смертности детского населения сохраняются различия — гендерные и по месту жительства детей (табл. 9). Показатели смертности мальчиков значимо выше в подростковом возрасте, особенно в 15—17 лет, когда разница достигает почти 3-кратной величины. Данную закономерность, ставшую одной из наиболее острых проблем охраны здоровья подростков, формирует их гибель от внешних причин.

Таблица 9

## Зависимость смертности детского населения Российской Федерации в 2020 г. от пола и места жительства (на 10 тыс. соответствующего возраста)

Возраст, годы	Мальчики	Девочки	Соотношение показателей смертности мальчиков и девочек	Место жительства		Соотношение показателей смертности в сельской и городской местности
				Город	Село	
0	49,7	39,2	1,26	41,8	53,2	1,27
0—4	10,9	8,7	1,25	9,1	12,4	1,36
5—9	1,8	1,3	1,36	1,4	1,9	1,35
10—14	2,6	1,8	1,43	2,1	2,4	1,14
15—17	8,5	3,0	<b>2,86</b>	4,0	5,67	1,41
0—17	5,1	3,7	1,37	4,1	5,27	1,28

Что касается более высокой смертности сельских детей, то понятно, что причина тому — и условия жизни, и возможности сельских жителей получить высококвалифицированную медицинскую помощь. Убедительно, ярко об этом, как и в 2018 г. [7], свидетельствуют данные 2020 г., когда из всей младенческой смертности на сельскую местность приходилось 29,5% случаев, на внешние причины и пневмонию соответственно падало 36,8 и 48,3% (фактически половина!) случаев.

В силу обширной территории и выраженных региональных различий (климатических, этнографических, условий жизни людей) в России неизбежен региональный подход к изучению состояния здоровья населения. Анализ динамики смертности детского населения за 10-летний период по федеральным округам России, дающий первоначальное представление о ее региональных особенностях, свидетельствует, что, во-первых, произошло достоверное снижение как в целом, так и ее важнейших составляющих — младенческой и детской смертности. Во-вторых, наиболее существенно смертность снизилась в федеральных округах с ее высоким уровнем — Северо-Кавказском, Сибирском и Дальневосточном (табл. 10). И хотя названные территории остаются лидерами по более высоким показателям, разница между их величинами с другими федеральными округами уже не так значительна.

Региональные особенности смертности детского населения наиболее убедительно представляют ее колебания в младенческом возрасте. Но здесь следу-

Таблица 10

## Смертность детского населения в федеральных округах Российской Федерации

Территория	0 лет, на 1 тыс. родившихся живыми			0—4 года, на 1 тыс. детей соответствующего года рождения			0—17 лет, на 10 тыс. детей соответствующего возраста		
	2011 г.	2018 г.	2021 г.	2011 г.	2018 г.	2021 г.	2011 г.	2018 г.	2021 г.
Российская Федерация:	7,4	5,1	4,6	9,4	6,3	5,8	8,8	5,4	4,7
В том числе федеральные округа:									
Центральный	6,5	4,8	4,0	8,2	5,9	5,2	7,6	5,1	4,4
Северо-Западный	5,4	4,2	4,2	7,3	5,3	5,2	7,3	4,8	4,3
Южный	7,1	4,6	5,1	9,2	5,6	6,2	8,4	4,9	4,8
Северо-Кавказский	13,0	6,9	6,4	15,8	8,7	7,9	12,4	6,3	5,7
Приволжский	6,3	4,8	4,4	8,2	5,9	5,5	8,0	4,9	4,3
Уральский	6,6	4,8	4,0	8,6	6,2	5,3	8,7	5,4	4,2
Сибирский	7,8	6,1	5,1	10,3	7,6	6,4	10,5	6,2	5,1
Дальневосточный	9,1	5,4	5,0	11,7	7,0	6,3	11,3	6,2	5,4

Региональные рейтинги МС, МР, ПС и ФП в Российской Федерации в 2021 г.

Регион	МС, на 1 тыс. родившихся живыми	Рейтинг**	МР, на 1 тыс. родившихся мертвыми	Рейтинг	ПС, на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми	Рейтинг	ФП, на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми	Рейтинг
Российская Федерация	4,6	0	5,77	0	7,32	0	10,4	0-
Чувашская Республика	2,6	1	6,45	48	7,08	35	9,05	15
Сахалинская область	2,9	2	5,12	20	6,77	25	8,02	7
Брянская область	3,0	3	6,72	55	8,15	55	9,66	25
Тюменская область без автономий	3,1	4	5,48	28	6,23	19	5,88	1
Ивановская область	3,2	5	5,28	24	6,09	33	8,52	10
Республика Саха (Якутия)	3,3	6	4,25	8	4,91	1	7,60	4
Тамбовская область	3,4	7	3,59	5	4,28	2	7,03	2
Калужская область	3,5	8	5,61	31	6,41	22	9,26	18
г. Москва	3,6	9	3,99	6	4,93	5	7,58	3
Ленинградская область	3,6	10	7,16	65	8,61	63	10,74	46
Тюменская область	3,6	11	4,48	11	5,52	20	8,54	11
Республика Карелия	3,7	12—20	5,78	35	7,33	38	9,44	23
г. Санкт-Петербург	3,7	— « —	6,59	54	7,62	42	10,26	38
Ярославская область	3,7	— « —	6,01	41	7,65	43	9,68	26
Липецкая область	3,7	— « —	8,40	77	9,86	76	11,96	60
Пензенская область	3,7	— « —	6,47	49	8,38	59	10,18	36
Омская область	3,7	— « —	6,99	64	8,48	62	10,71	45
Курская область	3,7	— « —	5,44	27	6,01	13	9,18	17
Московская область	3,7	— « —	4,40	10	5,40	9	8,18	8
Архангельская область без автономий	3,7	— « —	6,56	52	7,50	40	10,30	40

Примечание. \* — рейтинги рассчитаны на основании данных Росстата: «Естественное движение населения Российской Федерации за 2021 г. (Статистический бюллетень); \*\* — полужирным курсивом выделен рейтинг МР, превышающий на 20 и более единиц значение такового в МС.

ет учитывать следующую методическую особенность. «При анализе региональных особенностей следует исключать территории, где в течение календарного года появляется относительно малое число родившихся живыми. Дело в том, что при незначительном числе родившихся показатель МС может колебаться в широких пределах, не испытывая при этом достоверных влияний. Исходя из вышеизложенного, в перечень регионов с минимальными и максимальными значениями МС (см. табл. 9) не включены территории, на которых в 2018 г. родилось менее 4 тыс. человек (Ненецкий автономный округ, Республика Калмыкия, Республика Алтай, Камчатский край, Магаданская область, Еврейская автономная область и Чукотский автономный округ)<sup>2</sup>. Также из анализа исключили по понятной причине Крым и Севастополь, ибо проводили сравнение с 2011 г. К территориям с минимальными и максимальными значениями МС отнесены регионы, показатели которых были ниже или выше среднероссийского показателя на величину стандартного отклонения ( $M \pm$  одна сигма)» [3].

Привлекает внимание следующий факт: в Российской Федерации по сравнению со странами Европейского региона ВОЗ и Европейского союза заметно выше в ПС соотношения показателей МР и ранней неонатальной смертности. Если в 2019 г. в странах Европейского региона ВОЗ и Европейского союза в ПС на число мертворожденных приходилось 58,2 и 67,3%<sup>3</sup> соответственно, то в Российской Федерации данный показатель в 2021 г. составлял 78,4%. В перинатальных потерях из 80 регионов на

мертворожденных в 29 приходилось менее 80%, в 51 территории — 80—85%, а в 15 территориях — более 85%. К последним регионам относились: Калининградская (85,2%), Липецкая (85,2%) области, Хабаровский край (85,9%), Республика Марий Эл (86,3%), Новгородская область (86,5%), Санкт-Петербург (86,5%), Ивановская область (86,6%), Республика Саха (Якутия) (86,6%), Архангельская (87,3%), Калужская (87,5%) области, Тюменская область без автономий (87,9%), Челябинская (88,0%), Курская (90,5%), Томская (90,9%) области, Чувашская Республика (91,1%).

Возникает предположение о том, что часть новорожденных, родившихся живыми, после родов относятся к мертворожденным. О реальности такой ситуации весьма убедительно свидетельствуют сравнительные данные региональных рейтингов ПС и ФП с таковыми в младенческой смертности по 20 регионам, имевшим наиболее низкий ее уровень (табл. 11). В этих территориях разница между рейтингами ПС и МС была меньше, чем в последней, на 30 и более единиц в 7 территориях, на 20 единиц — в 5 территориях, а наиболее высокие места (сверх 50-го) в рейтинге ПС занимали Республика Калмыкия, Брянская, Ленинградская, Пензенская и Омская области.

К регионам, в которых в 2021 г. уровень младенческой смертности был минимальным (ниже 3,6 на 1 тыс. родившихся живыми), отнесены 9 регионов (табл. 12). Но здесь опять приходится возвращаться к проблеме достоверной регистрации показателя смертности младенцев, ибо в 5 из этих территорий (выделены в таблице курсивом) на мертворожденных в числе родившихся мертвыми и умершими в первые 7 дней жизни приходилось более 85%.

<sup>2</sup> Данная закономерность сохранилась и в 2021 г.

<sup>3</sup> Показатель рассчитан на основании данных Европейского портала информации здравоохранения.

Региональное распределение МС в Российской Федерации в 2011, 2018 и 2021 гг.\*

Показатель младенческой смертности	Год		
	2011	2018	2021
Минимальный	Республика Чувашия, Тамбовская обл., Санкт-Петербург, Сахалинская обл., Республика Коми, Калининградская обл., Республика Татарстан. Показатель 4,9‰ и ниже	Ханты-Мансийский АО-Югра, Сахалинская, Ярославская, Липецкая, Ленинградская области, Республика Мордовия, Псковская, Ивановская, Тюменская, Тамбовская области, Санкт-Петербург, Республика Адыгея, Чувашия. Показатель 3,9‰ и ниже	Республика Чувашия, Брянская обл., Сахалинская обл., Тюменская обл. без автономии, Ивановская, Липецкая, Тамбовская, Ярославская области, Республика Саха (Якутия). Показатель 3,6‰ и ниже
Максимальный	Республики Чеченская, Дагестан, Ингушетия, Тыва, Алтай; Ямало-Ненецкий автономный округ; Амурская и Хабаровская обл., Приморский край, Камчатский край. Показатель 9,7‰ и выше	Республики Тыва, Карачаево-Черкесская, Дагестан, Алтайский край, Иркутская обл., Забайкальский край, Чеченская Республика, Ставропольский край, Курганская, Омская и Смоленская области. Показатель 6,3‰ и выше	Республики Тыва, Башкортостан, Ингушетия, Псковская область, Приморский край, Кировская, Мурманская, Тульская, Смоленская области, Чеченская Республика, Ростовская, Орловская, Владимирская области, Забайкальский край, Республика Дагестан. Показатель 5,6‰ и выше

Примечание. \* К территориям с минимальными и максимальными значениями младенческой смертности отнесены те регионы, показатели в которых были ниже или выше среднероссийского показателя на величину стандартного отклонения ( $M \pm \sigma$ ).

### Причины смертности детского населения

В анализируемом пятилетии ведущими причинами смертности детского населения по-прежнему остаются 7 классов болезней, представленных в табл. 13. Можно отметить следующие особенности в их динамике. Во-первых, за пятилетие произошло снижение смертности от всех указанных причин. Во-вторых, ведущими, определяющими уровень смертности детей и подростков остаются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии (пороки) и воздействия внешних факторов. На данные причины в структуре смертности детей в возрасте 0—17 лет в 2017 г. приходилось 68,2%, а через 5 лет — 65,2%. С 2018 г. первое место, оттеснив с него класс «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», занял класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин». Таким образом, меры профилактики негативного воздействия социального фактора на здоровье детей остаются важной составляющей в современной системе охраны здоровья детского населения.

Хотя роль младенческой и детской (0—4 года) смертности в структуре смертности детского населения России за 10 последних лет (2011—2021) упала с 56 до 45,6% и с 79,9 до 58,8% соответственно, значение первых 5 лет жизни в формировании будущего здоровья ребенка остается первостепенным (см. табл. 13)

Обращаясь к анализу динамики составляющих МС (табл. 14), можно констатировать, что их уровень снизился в пределах 20—25%, но при этом показатель поздней неонатальной смертности с 2018 г. фактически стагнировал. Уменьшению же уровня МС более всего способствовала положительная динамика смертности новорожденных на первом месяце жизни. Подобная статистическая закономерность отмечалась и в предыдущем пятилетии (2011—2016), поэтому, думается, не устарел наш комментарий трехлетней давности: «Снижение

неонатальной смертности, с одной стороны, было обусловлено достижениями перинатологии, открытием высокотехнологичных перинатальных центров, а с другой, о чем сказано выше, существующим недоучетом случаев смерти новорожденных. Что касается фактической стагнации постнеонатальной смертности, то можно с высокой долей вероятности предположить, что ее причиной является стагнация в целом социально-экономической ситуации в стране во втором десятилетии текущего столетия» [3].

Анализ особенностей динамики причин смерти детей старших возрастных групп (5 лет и старше) показывает, что сохраняются ранее выявленные закономерности: минимизируется значение предотвратимых причин — инфекционных и паразитарных болезней и заболеваний органов дыхания; сохраняют свою позицию новообразования и болезни нервной системы; с большим отрывом от прочих причин главенствующее место занимает класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин».

### Заключение

В проведенном исследовании специально анализировались причины смертности российских детей в 2019 г., чтобы выяснить, влияла ли разразившаяся в 2020—2021 гг. эпидемия COVID-19 на детские жизни. Данные, представленные в табл. 13, не позволяют дать положительный ответ.

В заключение подчеркнем, что в целях снижения смертности детского населения в России комплекс мер по ее профилактике, как нами неоднократно заявлялось, должен содержать следующие направления [3, 9].

- разработку и реализацию региональных комплексных программ по снижению смертности детей и подростков;
- создание федеральной и региональных систем медико-социальной реабилитации детей, имеющих проблемы в состоянии здоровья;

Таблица 13

Причины смертности детского населения в Российской Федерации по возрастным периодам

Причина	2017 г.					2019 г.					2021 г.				
	0 лет	0—4 года	5—9 лет	10—14 лет	15—17 лет	0 лет	0—4 года	5—9 лет	10—14 лет	15—17 лет	0 лет	0—4 года	5—9 лет	10—14 лет	15—17 лет
	Инфекционные и паразитарные болезни	2,5	3,7	0,5	0,3	0,5	1,9	2,9	0,4	0,3	0,5	1,8	1,8	0,4	0,4
Новообразования	0,5	2,1	3,2	2,6	3,9	0,4	2,0	2,6	2,4	3,9	3,0	0,4	1,9	2,9	3,1
Болезни нервной системы	1,9	2,2	3,2	3,5	3,4	1,7	3,8	2,6	2,9	3,7	4,1	1,6	3,6	3,1	3,9
Болезни органов дыхания	2,5	3,6	1,3	0,9	1,1	2,9	3,2	0,7	0,9	1,3	2,3	2,4	3,3	0,9	1,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	29,2	28,1	—	—	—	16,6	25,4	—	—	—	12,5	23,4	23,4	—	—
Врожденные аномалии (Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин)	12,3	10,1	1,5	1,2	1,2	9,0	11,8	1,1	1,0	1,1	6,8	7,1	10,5	1,1	1,0
Прочие	3,2	8,1	8,5	13,6	32,9	15,3	7,0	6,8	10,9	33,6	13,1	2,7	7,0	13,1	32,3
	4,5	11,1	2,1	3,1	6,7	5,7	3,9	2,0	3,5	8,3	5,0	6,6	5,8	3,0	6,3
Всего...	56,6	69,0	20,3	25,2	49,7	59,8	60,0	16,2	21,9	52,5	48,6	46,0	58,0	24,8	49,4

Причины смертности МС (0 лет) рассчитаны на 10 тыс. родившихся живыми; детской смертности (0—4 года) — на 10 тыс. детей соответствующего года рождения; старшие возрасты и 0—17 лет — на 100 тыс. соответствующего возраста. Показатели рассчитаны авторами на основании данных Росстата.

Таблица 14

Динамика составляющих МС в Российской Федерации (на 1 тыс. родившихся живыми)

Смертность на первом году жизни	Год					Темп убыли 2017/2021 гг., %
	2017	2018	2019	2020	2021	
Младенческая	5,6	5,1	4,9	4,5	4,6	21,7
Неонатальная	3,2	2,8	2,7	2,6	2,6	23,0
Ранняя неонатальная	1,9	1,7	1,7	1,6	1,5	25,0
Поздняя неонатальная	1,2	1,1	1,05	1,0	1,0	20,0
Постнеонатальная	2,4	2,2	2,3	1,9	2,0	20,0

- своевременное лечение детей с редкими заболеваниями, полностью обеспеченное государством;
- внедрение в регионах разработанной в Республике Татарстан модели медико-социальной помощи детям и подросткам [10].

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Курицына Е. И., Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Охрана материнства и детства в ТАССР. *Казанский медицинский журнал*. 1967;(5):40—1.
2. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Опыт работы центральной районной больницы по снижению детской смертности. *Казанский медицинский журнал*. 1968;(4):90—1.
3. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С. Смертность детского населения в России: состояние, проблемы и задачи профилактики. *Вопросы современной педиатрии*. 2020;19(2):96—106.
4. Демографический ежегодник России. М.; 2017; 2019; 2021.
5. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2022 г. М.; 2022.
6. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. 2020 год. М.; 2021.
7. Здравоохранение в России. Официальное издание. М.; 2018—2021.
8. Европейский портал информации здравоохранения. Режим доступа: <http://gateway.euro.who.int>
9. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н. Состояние здоровья детей современной России. Изд. 2-е, доп. М.: ПедиатрЪ; 2020. 116 с.
10. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Фаррахов А. З. Региональная модель организации медико-социальной помощи детям и подросткам (опыт Республики Татарстан). Казань; 2014. 44 с.

Поступила 26.08.2023  
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

1. Kuricina E. I., Baranov A. A., Albickiy V. U. Protection of motherhood and childhood in TASSR. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal = Kazan Medical Journal*. 1967;48(5):40—1. doi: 10.17816/kazmj59538 (in Russian).
2. Baranov A. A., Albickiy V. U. Experience of the Central District Hospital in Reducing Child Mortality. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal = Kazan Medical Journal*. 1968;49(4):90—1. doi: 10.17816/kazmj60741 (in Russian).
3. Baranov A. A., Albickiy V. Yu., Namazova-Baranova L. S. Child Mortality in Russia: Situation, Challenges and Prevention Aims. *Voprosy sovremennoi pediatrii = Current Pediatrics*. 2020;19(2):96—106. doi: 10.15690/vsp.v19i2.2102 (in Russian).
4. The Demographic Yearbook of Russia: Statistical handbook [*Demograficheskiy yezhegodnik Rossii*]. Moscow; 2017; 2019; 2021 (in Russian).

5. Population of the Russian Federation by sex and age as of January 1, 2022 [*Chislennost' naseleniya Rossiiskoi Federatsii po polu i vozrastu na 1 yanvarya 2022 goda: statisticheskii byulleten'*]. Moscow; 2022. 443 p. (in Russian).
6. State report on the situation of children and families with children in the Russian Federation [*Gosudarstvennyi doklad o polozhenii detei i semei, imeyushchikh detei, v Rossiiskoi Federatsii. 2020 god*]. Moscow; 2021. 462 p. (in Russian).
7. Healthcare in Russia. Official publication [*Zdravookhranenie v Rossii: Statisticheskii sbornik*]. Moscow; 2018–2021 (in Russian).
8. European Health Information Gateway. Available at: <https://gateway.euro.who.int/ru> (in Russian).
9. Baranov A. A., Al'bitskii V. Yu., Namazova-Baranova L. S., Terletskaya R. N. Health status of children in modern Russia [*Sostoyanie zdorov'ya detei sovremennoi Rossii*]. 2nd ed., add. Moscow: Pediatr; 2020. 116 p. (in Russian).
10. Baranov A. A., Al'bitskii V. Yu., Farrakhov A. Z. Regional model of organizing medical and social assistance to children and adolescents (experience of the Republic of Tatarstan) [*Regional'naya model' organizatsii mediko-sotsial'noi pomoshchi detyam i podrostkam (opyt Respubliki Tatarstan)*]: Guidelines. Kazan; 2014. 44 p. (in Russian).

**Волнухин А. В.<sup>1</sup>, Морозова Т. Е.<sup>1</sup>, Сквирская Г. П.<sup>2</sup>, Резе А. Г.<sup>1</sup>, Гурджар М. В.<sup>1</sup>, Герцог А. А.<sup>1</sup>, Самохина Е. О.<sup>1</sup>,  
Заугольникова Т. В.<sup>1</sup>**

## **СОЦИАЛЬНЫЕ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», 119571, г. Москва

*Представлен сравнительный анализ демографических, социальных и профессиональных особенностей врачей общей практики / врачей-терапевтов участковых в государственных и частных медицинских организациях. Использованы социологический, статистический и аналитический методы исследования. Базами исследования стали поликлиники Департамента здравоохранения города Москвы и частного сектора здравоохранения г. Москвы. Статистической обработке подверглись 399 анкет.*

*Установлено, что в государственных и частных медицинских организациях среди данной группы врачей преобладают женщины 36—55 лет, родившиеся в Российской Федерации, в Москве, состоящие в браке, имеющие детей, оценивающие свой уровень дохода как средний. Большинство получили высшее образование в Москве, окончили ординатуру по терапии, не имеют врачебной категории и ученой степени. Профессиональный стаж составляет 10 лет и более. Все врачи в государственных поликлиниках занимают более одной ставки, в частных 8,6% имеют неполную занятость. В государственном секторе предпочтительна патерналистская модель общения с пациентом, в частном — коллегиальная. В государственном секторе удобен коллегиальный стиль управления руководителя, в частном — коллегиальный или динамичный; в обоих секторах комфортна адхократическая организационная культура. На фоне готовности продолжать работу в текущих условиях не исключается работа в другом секторе. В качестве основного фактора профессиональной мотивации рассматривается материальный.*

*Социальные, демографические и профессиональные характеристики врачей общей практики / врачей-терапевтов участковых в обоих секторах здравоохранения в основном схожи, однако имеют особенности.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** врач общей практики; врач-терапевт участковый; государственный сектор здравоохранения; частный сектор здравоохранения; социальные характеристики; демографические характеристики; профессиональные характеристики.

**Для цитирования:** Волнухин А. В., Морозова Т. Е., Сквирская Г. П., Резе А. Г., Гурджар М. В., Герцог А. А., Самохина Е. О., Заугольникова Т. В. Социальные, демографические и профессиональные характеристики врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых государственного и частного секторов здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):155—161. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-155-161>

**Для корреспонденции:** Волнухин Артем Витальевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: [volnukhin81@gmail.com](mailto:volnukhin81@gmail.com)

**Volnukhin A. V.<sup>1</sup>, Morozova T. E.<sup>1</sup>, Skvirskaya G. P.<sup>2</sup>, Reze A. G.<sup>1</sup>, Gurjar M. V.<sup>1</sup>, Gerzog A. A.<sup>1</sup>, Samokhina E. O.<sup>1</sup>,  
Zaugolnikova T. V.<sup>1</sup>**

## **THE SOCIAL, DEMOGRAPHIC AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF GENERAL PRACTITIONERS AND DISTRICT THERAPISTS OF STATE AND PRIVATE SECTORS OF HEALTH CARE**

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian Academy of National Economy and Public Service under the President of the Russian Federation”, 119571, Moscow, Russia

*The article presents comparative analysis of demographic, social and professional characteristics of general practitioners and district therapists in state and private medical organizations.*

*Sociological, statistical and analytical research methods were applied. The study was carried out on the basis of polyclinics of both Moscow Health Department and Moscow private health care sector. The sampling consisted of 399 questionnaires subjected to statistical processing.*

*It is established that in state and private medical organizations, in this group of physicians prevail women 36–55 years old, born in the Russian Federation, in Moscow, married, having children and assessing one's income level as average. Most of them received their higher education in Moscow, graduated residency in therapy and have no medical category or academic degree. The professional experience consists 10 years or more. All physicians in state polyclinics hold more than one position and in private polyclinics 8.6% of physicians are underemployment. In the state sector, paternalistic model of communication with patient is preferable, in the private sector — a collegiate one. In the state sector, the collegiate management style of CEO is convenient and in the private sector — collegiate or dynamic one. In both sectors, adhocratic organizational culture is comfortable. Against the background of readiness to proceed working in current conditions, work in another sector is not excluded. The material factor is considered as main driver of professional motivation.*

*The social, demographic and professional characteristics of general practitioners and district physicians in both sectors of health care in the main are similar, but have their own characteristics.*

**К e y o r d s :** general practitioner; district physician; state health care sector; private health care sector; social characteristics; demographic characteristics; professional characteristics.

**For citation:** Volnukhin A. V., Morozova T. E., Skvirskaya G. P., Reze A. G., Gurjar M. V., Gerzog A. A., Samokhina E. O., Zaugolnikova T. V. The social, demographic and professional characteristics of general practitioners and district therapists of state and private sectors of health care. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):155–161 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-155-161>

**For correspondence:** Volnukhin A. V., doctor of medical sciences, professor of the Chair of General Medical Practice of the Institute of Professional Education of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University" of Minzdrav of Russia. e-mail: volnukhin81@gmail.com

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.05.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

Изучение демографических, социальных и профессиональных характеристик различных категорий медицинских работников является актуальной областью научных исследований в рамках специальности «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения» [1]. Установлено, что они должны учитываться в процессе управления персоналом [2—7] и при организации непрерывного образования медицинских работников [8—12]. Также они могут влиять на предпочтения пациентов при выборе врача [13, 14]. Уже изучены медико-социальные портреты врачей ряда специальностей [15—17], работающих в городских и сельских условиях [16, 18]. Особого внимания заслуживает портрет российского врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), врача общей практики (ВОП) или врача-терапевта участкового (ВТУ). Несмотря на то что основная часть населения обращается за медицинской помощью именно к этим специалистам, лишь единичные исследования посвящены медицинским и социальным особенностям врачей первичного звена государственного сектора здравоохранения [19, 20]. При этом частный сектор активно развивается, особенно в крупных городах, и ПМСП относится к основным направлениям деятельности медицинских организаций негосударственной формы собственности. Многие пациенты трудоспособного возраста предпочитают частные медицинские центры и сети районным поликлиникам [21, 22]. В связи с этим целью настоящего исследования явились изучение и сравнительный анализ демографических, социальных и профессиональных особенностей ВОП и ВТУ, оказывающих ПМСП в государственных и частных медицинских организациях.

## Материалы и методы

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); выписка из протокола № 12-22 от 02.06.2022.

Были использованы социологический, статистический и аналитический методы исследования. Специально разработанная анкета включала четыре блока вопросов, позволяющих оценить демографические, социальные и профессиональные характеристики врачей. Критериями включения были должность «Врач общей практики» или «Врач-терапевт участковый», продолжающийся опыт работы

по данному профилю, трудоустройство в медицинской организации (МО) государственного и/или частного сектора здравоохранения, согласие ответить на вопросы анкеты. Базами исследования стали МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, Департамента здравоохранения города Москвы и частного сектора здравоохранения г. Москвы. Минимальный размер выборки был определен с помощью методики В. И. Паниотто [23] для генеральных совокупностей объемом до 100 тыс. и составил 398 единиц наблюдения (с учетом численности ВОП и ВТУ, работающих в системе Минздрава России) [24]. Анкеты распространялись по электронной почте, заполненные анкеты возвращались в бумажном или электронном виде. Всего было разослано 430 анкет, получено 412. Возврат составил 95,8%. Недействительными были признаны 13 анкет. Таким образом, в итоговый анализ было включено 399 анкет, что позволяет считать полученные результаты репрезентативными.

При статистическом анализе количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова—Смирнова. При распределении, отличном от нормального, количественные данные описывали с помощью медианы (*Me*) и нижнего и верхнего квартилей [*Q1*; *Q3*]. Категориальные данные описывали с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю выполнялось с помощью *U*-критерия Манна—Уитни. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполняли с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10), точного критерия Фишера (при значениях ожидаемого явления менее 10). Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполняли с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## Результаты исследования

Среди респондентов сотрудниками государственных МО являлись 69%, частных МО — 31%. В обеих группах преобладали женщины (65,3 и 70,5% соответственно). Медианный возраст врачей в МО разных форм собственности оказался сопоставимым: 40,0 [33,0; 46,8] и 38,0 [31,2; 50,0] года. Не было выявлено статистически значимых различий в отношении распределения по возрастным группам: 36—55 (60)<sup>1</sup> лет — 57,1 и 42,9%; 21—35 лет — 32,7 и

<sup>1</sup> 36—55 лет для женщин, 36—60 лет для мужчин.

## Здоровье и общество

47,6%; 56 (61) — 75 лет<sup>2</sup> — 10,2 и 9,5%. Большинство (96,8 и 88,6%) респондентов родились в Российской Федерации. В государственном секторе удельный вес москвичей оказался выше: 46,3% против 22,7% ( $p=0,008$ ). Кроме того, в государственных МО были представители Армении (1,1%), Таджикистана (1,1%) и Украины (1,1%), а в частных — Грузии (4,5%), Таджикистана (2,3%) и Узбекистана (2,3%). Среди врачей, работающих в частном секторе, оказалась выше доля лиц, не состоящих в браке (38,6% против 21,9%;  $p=0,032$ ). У большинства врачей обеих групп были дети (69,8 и 72,7%), в том числе только один ребенок — у 86,6 и 84,4% соответственно. Свой уровень дохода ВОП/ВТУ государственных и частных МО чаще оценивали, как средний (81,3 и 72,1%). Высоким его считали 14,3 и 16,3%, а низким — 4,4 и 11,6%.

Доля врачей, получивших высшее образование в Москве, была выше в государственном секторе (56,2% против 31,8%;  $p=0,010$ ), а в других городах России — в частном (54,5 и 37,5%;  $p=0,047$ ). Также среди ВОП/ВТУ, работающих в городских поликлиниках, были выпускники медицинских вузов Азербайджана (1%), Казахстана (1%), Таджикистана (1,0%) и Украины (1%), а среди работающих в частных поликлиниках — выпускники Грузии (2,3%), Таджикистана (2,3%) и Украины (2,3%). Врачи обеих групп, как правило, имели базовую подготовку по терапии (80,9 и 68,7%). Кроме того, среди ВОП/ВТУ государственного сектора 4,3% окончили ординатуру по общей врачебной практике (ОВП), 2,1% — по лучевой диагностике, 2,1% — по хирургии, 2,1% — по травматологии и ортопедии. В частном секторе в ординатуре по ОВП обучались 18,5%, столько же прошли базовую подготовку по скорой медицинской помощи. Ни у одного респондента, работающего в государственной поликлинике, не было ученой степени, в то время как среди сотрудников частных поликлиник было 18,2% кандидатов наук.

Медианный профессиональный стаж ВОП/ВТУ государственного и частного секторов оказался сопоставимым: 15,0 [8,2; 20,0] и 9,0 [6,0; 27,0] года. Большинство (81,6 и 75% соответственно) врачей не имели квалификационной категории. В государственных МО у 8,2% врачей была вторая категория, у 6,1% — первая, у 4,1% — высшая. В частных МО вторая и первая категории были у 9,1%, высшая — у 6,8%. Основную долю респондентов представляли работники, для которых данная МО была основным местом работы (97,7 и 92,5%). При этом все участники опроса, работающие в государственных поликлиниках, занимали одну ставку и более, сотрудники частных поликлиник в 8,6% случаев имели неполную занятость.

В государственных МО наиболее предпочтительной моделью общения с пациентом оказалась патерналистская (48,8%), далее по убыванию степени предпочтения — коллегиальная (30,8%), инженер-

ная (15,9%) и контрактная (4,2%). В частных МО распределение выбора ВОП/ВТУ было следующим: коллегиальная (50,0%), патерналистская (40,9%), инженерная (4,5%) и контрактная (4,5%). При этом между долями респондентов государственных и частных поликлиник, выбравших коллегиальную модель, были зафиксированы достоверные различия ( $p=0,019$ ).

Для работающих в государственном секторе наиболее удобным стилем управления непосредственного руководителя оказался коллегиальный (45,7%), либеральный выбрали 23,4%, авторитарный — 18,1%, динамический — 12,8%. В частном секторе 41,9% респондентов предпочитали коллегиальный либо динамический стили, либеральный выбрали 13,9%, авторитарный — 2,3%. Статистической значимости различия достигли между долями врачей, выбравших авторитарный стиль управления ( $p=0,013$ ) и динамический ( $p<0,001$ ).

И в государственных, и в частных поликлиниках ВОП/ВТУ наиболее комфортно себя чувствовали в адхократической организационной культуре (ОК) — 34 и 38,6%. На втором месте оказалась клановая ОК (29,8 и 29,5%). Далее в государственных МО следовали рыночный (21,3%) и иерархический (14,9%) типы ОК, а в частных — иерархический (20,5%) и рыночный (11,4%).

В качестве основной цели профессионального развития респонденты обеих групп назвали непрерывное углубление знаний (59,2 и 88,6%;  $p<0,001$ ). Второй по значимости целью оказалось достижение уровня компетенций, необходимого для выполнения профессиональных обязанностей на текущем месте работы (57,2 и 77,3%;  $p=0,021$ ). Далее ВОП/ВТУ государственных поликлиник выбрали освоение смежных профессиональных областей (23,5%) и карьерный рост (19,4%), а частных — карьерный рост (56,8%) и освоение смежных профессиональных областей (45,5%). Различия между долями врачей в группах, сделавших соответствующий выбор, достигли достоверности при  $p=0,008$  для освоения смежных профессиональных областей, при  $p<0,001$  — для карьерного роста.

Среди ВОП/ВТУ, работающих в качестве основных сотрудников в государственных МО, совмещали работу в частном секторе 37,6%, в то время, как только 9,1% врачей частных МО работали по совместительству в секторе государственном ( $p=0,001$ ). Имели опыт совместительства в другом секторе здравоохранения в прошлом 31,2% врачей государственных и 79,5% — частных поликлиник ( $p<0,001$ ). Отсутствие подобного опыта отметили 31,2 и 11,4% респондентов соответственно ( $p=0,019$ ).

Среди ВОП/ВТУ государственного сектора 69,0% выразили уверенную готовность продолжить работу в данном секторе, 22,6% в большей степени склонялись к подобному решению, 2,4% оказались скорее неготовыми, а 6% затруднились с ответом. Аналогичный опрос, проведенный среди врачей частных МО, продемонстрировал абсолютную готов-

<sup>2</sup> 56—75 лет для женщин, 61—75 лет для мужчин.

Факторы, определяющие выбор места работы ВОП/ВТУ государственных и частных поликлиник

Наименование фактора	ВОП/ВТУ государственных МО, баллы	ВОП/ВТУ частных МО, баллы	<i>p</i>
Уровень заработной платы	5,0 [5,0; 5,0]	5,0 [5,0; 5,0]	0,359
Соотношение гарантированной и премиальной части заработной платы	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [5,0; 5,0]	0,594
Наличие социальных гарантий	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,951
Удаленность от дома, время в дороге	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,356
Коллектив	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,367
Личность руководителя	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,309
Рабочая нагрузка	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,698
График работы	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [5,0; 5,0]	0,678
Стабильность места работы	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [5,0; 5,0]	0,293
Возможность совместительства	5,0 [3,0; 5,0]	3,0 [2,0; 5,0]	<0,001
Баланс работы и личной жизни	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,8; 5,0]	0,648
Характер и сложность работы	5,0 [4,0; 5,0]	4,0 [4,0; 5,0]	0,018
Возможность профессионального развития	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,8; 5,0]	0,208
Возможность карьерного роста	5,0 [4,0; 5,0]	4,5 [3,0; 5,0]	0,433
Оснащение современным медицинским оборудованием	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,985
Возможность заниматься научной работой	4,0 [3,0; 5,0]	3,0 [1,0; 4,0]	<0,001
Возможность заниматься педагогической работой	4,0 [2,0; 5,0]	1,0 [0,0; 3,2]	<0,001
Интерьер и экстерьер здания	4,0 [3,0; 5,0]	3,0 [1,0; 4,0]	<0,001

ность в 72,7% случаев, вероятную в 25%, отсутствие готовности в 2,3%.

Работать в государственном секторе здравоохранения выразили уверенное желание 18,2% врачей частных МО, скорее готовыми оказались 22,7%, скорее неготовыми — 25%, абсолютно неготовыми — 15,9%, затруднились с ответом 18,2%. ВОП/ВТУ, работающие в государственных поликлиниках, в 18,3% случаев были абсолютно готовы к работе в МО другой формы собственности, в 20,4% — скорее готовы, в 10,7% — скорее не готовы, в 14% — не готовы; а в 36,6% затруднились с ответом.

Сравнительный анализ значимости факторов (по 5-балльной шкале), определяющих выбор места работы ВОП/ВТУ государственных и частных поликлиник, представлен в табл. 1.

Сравнительный анализ значимости факторов профессиональной мотивации ВОП/ВТУ государственных и частных поликлиник представлен в табл. 2.

### Обсуждение

И в частных, и в государственных МО г. Москвы среди ВОП преобладают лица женского пола, моло-

дого и среднего возраста. Большинство из них, особенно среди сотрудников государственного сектора, родились в Российской Федерации, в Москве. Основная часть специалистов данного профиля состоят в браке и имеют детей, однако чаще только одного ребенка. При этом к холостому образу жизни более склонны сотрудники частных поликлиник. И в государственном, и в частном секторах здравоохранения ВОП/ВТУ, как правило, оценивают свой уровень дохода как средний. В целом полученные результаты соотносятся с результатами более ранних работ [19, 25].

В государственные поликлиники г. Москвы чаще трудоустраиваются врачи, окончившие московские медицинские вузы, в частные — получившие высшее образование в других городах России, что может быть обусловлено особенностями процедуры трудоустройства. В обоих секторах в основном работают ВОП/ВТУ с базовой подготовкой по терапии. Ординатура по ОВП чаще встречается в частных поликлиниках, что может быть связано с местом получения высшего образования и более активным развитием ОВП в отдельных регионах [26].

Врачи, работающие в МО разных форм собственности, имеют сопоставимый профессиональный стаж, составляющий, как правило, около 10 лет, что соответствует результатам других исследований [19, 25]. Практически все они являются основными работниками, при этом для ВОП/ВТУ в государственных поликлиниках более характерно внутреннее совместительство, а в частных — совместительство в других МО.

Большинство ВОП/ВТУ независимо от места работы не имеет врачебной категории, в то время как опубликованные на этот счет данные носят противоречивый характер [19, 25]. Это можно объяснить снижением значимости врачебной категории для статуса врача, его дохода и карьеры. В государственных МО для специалистов данного профиля не характерно наличие ученой степени. Как было установлено ранее, доля врачей, не имеющих ученой

Таблица 2

Факторы профессиональной мотивации ВОП/ВТУ государственных и частных поликлиник

Наименования фактора	ВОП/ВТУ государственных МО, баллы	ВОП/ВТУ частных МО, баллы	<i>p</i>
Повышение оклада	5,0 [4,8; 5,0]	5,0 [5,0; 5,0]	0,146
Премирование	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,888
Признание коллег	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,099
Уважение пациентов	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,878
Благодарность руководителя	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [3,0; 5,0]	<0,001
Предоставление дополнительных дней отдыха	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,481
Повышение в должности	5,0 [3,2; 5,0]	4,0 [3,0; 5,0]	0,388
Предоставление возможности для обучения	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,8; 5,0]	0,493
Осознание собственной значимости для общества	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [4,0; 5,0]	0,545
Возможность помогать людям	5,0 [4,0; 5,0]	5,0 [5,0; 5,0]	0,153

## Здоровье и общество

степени, может превышать 90% [19]. Однако в частных поликлиниках 18,2% ВОП/ВТУ защищают диссертации. Данный факт может указывать, с одной стороны, на большую склонность второй группы врачей к научной работе, а с другой — на наличие в частном секторе связи ученой степени с материальными стимулами и карьерными перспективами.

Известен факт, что общение врача с пациентом влияет на отношения, которые складываются между ними, и на приверженность последнего лечению [27—29]. Для врачей, работающих в государственном секторе, более характерна патерналистская модель общения с пациентом, а в частном — коллегиальная и патерналистская. Наименее приемлемой для ВОП/ВТУ независимо от места работы является контрактная модель. Особенность патерналистской модели — это принятие решений врачом за пациента, коллегиальной — равноправие врача и пациента, контрактной — соблюдение врачом и пациентом взаимных обязательств для достижения личных целей [29]. Преимуществом патерналистской модели является забота врача о пациенте [30], а коллегиальная способствует большей приверженности лечению [31]. Обе они ассоциируются с высокой лояльностью пациента к врачу и МО, в то время как контрактная модель создает больше предпосылок для конфликтных ситуаций [32].

Среди возможных стилей управления непосредственного руководителя для ВОП/ВТУ государственных МО наиболее удобным является коллегиальный, а частных — коллегиальный либо динамичный. Наименее комфортны динамичный и авторитарный стили соответственно. Коллегиальный стиль подразумевает коллективное принятие решений, инициативу сотрудников, распределение полномочий. Авторитарный стиль характеризуется централизацией власти и единоличным принятием решений руководителем. Для динамичного стиля характерна гибкость в управленческих подходах [33, 34].

Независимо от места работы наилучшим образом врачи данного профиля чувствуют себя в административной ОК, а хуже всего в ОК иерархического и рыночного типа. Основными ценностями организации с преобладающим административным типом ОК являются новаторство и творчество, с иерархическим — рентабельность, с рыночным — достижение конкурентных преимуществ и завоевание доли рынка [35].

С учетом известных групп факторов мотивации к непрерывному образованию [36] основной целью повышения квалификации для ВОП/ВТУ государственных и частных МО является личный профессиональный рост, далее по значимости следуют сохранение текущего места работы и карьерное продвижение. При этом карьерный рост и профессиональное развитие более значимы для ВОП/ВТУ частного сектора.

В Москве совмещают работу более 50% врачей, каждый шестой из них делает это в разных МО [37]. Причиной совмещения, кроме недостаточной

обеспеченности специалистами [38], может быть поиск врачом более привлекательных условий труда. Результаты проведенного исследования показали, что более 90% ВОП/ВТУ государственного и частного секторов устраивает работа в текущих условиях, однако около 40% не исключают возможность работы в другом секторе. Более 30% врачей государственных поликлиник уже совмещают работу в частных МО, в то время как в частном секторе доля совместителей в поликлиниках другой формы собственности составляет менее 10%.

Факторы профессиональной мотивации принято разделять на социально-демографические, профессионально-квалификационные и психоэмоциональные [37]. Среди профессионально-квалификационных следует учитывать сектор здравоохранения, в котором ВОП/ВТУ работал значительную часть своей карьеры. Факторы, определяющие возможность привлечения и удержания врача в государственных и частных поликлиниках, в целом совпадают, однако есть особенности, касающиеся нематериальных факторов мотивации. Так, для ВОП/ВТУ, работающих в частном секторе, меньшую значимость представляют возможность совмещения, условия для научной и педагогической работы, а также интерьер и экстерьер здания. Для врачей государственного сектора более важна благодарность руководителя.

## Заключение

Исследование позволяет сделать вывод, что социальные, демографические и профессиональные характеристики ВОП/ВТУ государственного и частного секторов здравоохранения г. Москвы в основном сходны, однако есть и особенности. ВОП государственной поликлиники — это женщина 36—55 лет, родившаяся в Российской Федерации, в Москве, состоящая в браке и имеющая одного ребенка, оценивающая свой уровень дохода как средний, окончившая московский медицинский вуз, имеющая ординатуру по терапии, не имеющая врачебной категории и ученой степени, с общим трудовым стажем около 15 лет, занимающая по основному месту работы более одной ставки, предпочитающая патерналистскую модель общения с пациентом, коллегиальный стиль управления непосредственного руководителя и административную ОК, рассматривающая углубление знаний в качестве основной цели непрерывного образования, готовая продолжать работать в государственном секторе здравоохранения, не исключая совмещения в частной МО, для которой основным фактором выбора места работы и профессиональной мотивации является материальный. Особенности ВОП/ВТУ частного сектора являются трудовой стаж около 9 лет, предпочтение коллегиальной модели общения с пациентом, коллегиального или динамичного стиля управления непосредственного руководителя.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Паспорт научной специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения». Режим доступа: <https://vak.minobrnauki.gov.ru/uploader/loader?type=17&name=92259542002&f=15091> (дата обращения 18.01.2024).
2. Verheul I., Risseeuw P., Bartelse G. Gender differences in strategy and human resource management: The case of Dutch real estate brokerage. *Int. Small Business J.* 2002;20(4):443–76.
3. Aaltio I., Salminen H. M., Koronen S. Ageing employees and human resource management — evidence of gender-sensitivity? *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal.* 2014;33(2):160–76. doi: 10.1108/EDI-10-2011-0076
4. Гапоненко Т. В., Малхасян А. Е. Актуальные тенденции и проблемы в области управления персоналом. *Бизнес. Образование. Право.* 2019;(4):159–63. doi: 10.25683/VOLBI.2019.49.428
5. Швень Е. Гендерные и возрастные особенности сотрудников как социально-психологические факторы управления их мотивацией. *International Journal.* 2022;5(2):102–8.
6. Boehm S. A., Schröder H., Bal M. Age-related human resource management policies and practices: Antecedents, outcomes, and conceptualizations. *Work, Aging and Retirement.* 2021;7(4):257–72. doi: 10.1093/workar/waab024
7. Krausert A. HRM systems for knowledge workers: Differences among top managers, middle managers, and professional employees. *Hum. Resource Manag.* 2014;53(1):67–87. doi: 10.1080/14330237.2016.1185902
8. Gegenfurtner A., Vauras M. Age-related differences in the relation between motivation to learn and transfer of training in adult continuing education. *Contemp. Educat. Psychol.* 2012;37(1):33–46. doi: 10.1016/j.cedpsych.2011.09.003
9. Narushima M., Liu J., Diestelkamp N. Motivations and Perceived Benefits of Older Learners in a Public Continuing Education Program: Influence of Gender, Income, and Health. *Educat. Gerontol.* 2013;39(8):569–84. doi: 10.1080/03601277.2012.704223
10. Jarvis P. The sociology of adult & continuing education. Routledge; 2011. P. 85.
11. Cachioni M., Ordonez T. N., da Silva T. B. L., Batistoni S. S. T., Yasuda M. S., Melo R. C., da Costa Domingues M. A. R., Lopes A. Motivational Factors and Predictors for Attending a Continuing Education Program for Older Adults. *Educat. Gerontol.* 2014;40(8):584–96. doi: 10.1080/03601277.2013.802188
12. Tjin A Tsoi S. L., de Boer A., Croiset G., Koster A. S., Kusurkar R. A. Factors influencing participation in continuing professional development: a focus on motivation among pharmacists. *J. Contin. Educ. Health Prof.* 2016;36(3):144–50. doi: 10.1097/CEH.0000000000000081
13. Detollenaere J., Hanssens L., Schäfer W., Willems S. Can you recommend me a good GP? Describing social differences in patient satisfaction within 31 countries. *Int. J. Qual. Health Care.* 2018;30(1):9–15. doi: 10.1093/intqhc/mzx157
14. De Waard C. S., Poot A. J., den Elzen W. P. J., Wind A. W., Caljouw M. A. A., Gussekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2018;36(2):189–97. doi: 10.1080/02813432.2018.1459229
15. Маслак Е. Е., Наумова В. Н., Филлимонов А. В. Социальный портрет врача-стоматолога. *Фундаментальные исследования.* 2014;(4-2):305–9.
16. Оруджев Н. Я., Поплавская О. В., Замятина И. Г. Социальный портрет врача-психиатра крупного промышленного города. *Социология города.* 2020;(2):65–79.
17. Попов Е. А. Социальный портрет современного врача-нефролога. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2022;68(4):10. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-4-10
18. Дошанникова О. А., Поздеева Т. В., Филиппов Ю. Н., Хлапов А. Л., Дошанников Д. А. Социальный портрет современного сельского врача-реалии и перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2020;66(1). doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-7
19. Григорьева Е. А., Кром И. Л., Еругина М. В. Социальный портрет профессиональной группы врачей первичной медико-санитарной помощи в регионе. В кн.: Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций. III Международная научно-практическая конференция. Саратов, 29–30 сентября 2022: Сборник материалов. Саратов; 2022.
20. Ефименко С. А. Социальный портрет участкового врача-терапевта. М.: Здоровье и общество; 2005.
21. Тарасенко Е. А., Дворяшина М. М. Рынок частной медицины в России: взгляд маркетолога. *ЭКО.* 2019;(6):43–61. doi: 10.30680/ESCO0131-7652-2019-6-43-61
22. Зубарева Н. Н. Состояние и тенденции развития конкурентных отношений на рынке коммерческой медицины в РФ. *Практический маркетинг.* 2022;4(301):17–22. doi: 10.24412/2071-3762-2022-4301-17-22
23. Наркевич А. Н., Виноградов К. А. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2019;65(6). doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10
24. Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Бальзамова Л. А. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения.* 2022;(6):62–8. doi: 10.21045/1811-0185-2022-6-62-68
25. Бойко С. Л. Социальный портрет врача общей практики. *Педагогика и психология высшей школы.* 2020;19(4):113–21. doi: 10.22263/2312-4156.2020.4.113
26. Таджикиев И. Я., Белостоцкий А. В., Камынина Н. Н. Развитие общей врачебной (семейной) практики в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(1):20–5. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-1-20-25
27. Haskard Zolnieriek K. B., DiMatteo M. R. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med. Care.* 2009;47(8):826–34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
28. Wang Y., Wu Q., Wang Y., Wang P. The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician-Patient Relationship from Physicians' and Patients' Perspectives. *J. Clin. Psychol. Med. Settings.* 2022;29:849–60. doi: 10.1007/s10880-022-09844-1
29. Миц А. Н., Бондарев А. А., Гонтарев С. Н. Клиническая значимость взаимоотношения врача и пациента (обзор литературы). *Менеджмент в здравоохранении.* 2020;(2):43–9.
30. Унжаков В. В., Ким Е. С. Патерналистическая модель взаимоотношения врача и больного. *Здравоохранение Дальнего Востока.* 2021;(2):108–10. doi: 10.33454/1728-1261-2021-2-108-110
31. Старовойтов Н. Д. Несостоятельность модели взаимоотношений «врач-пациент» как причина низкой приверженности терапии. *Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение.* 2022;4(41):126–7.
32. Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации. *Медицинская психология в России.* 2020;12(4):2. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-2
33. Лившиц С. А., Гуров А. Н. Основные направления формирования эффективного руководства и стили руководства медицинской организацией. *Менеджер здравоохранения.* 2017;(3):54–62.
34. Щепин О. П., Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
35. Пак В. Д., Нужина Н. И. Основные типологии организационной культуры. *Международный научно-исследовательский журнал.* 2014;8-3(27):50–3.
36. Мошетьева Л. К., Сычев Д. А., Заплатников А. Л., Захарова И. Н., Колосницына М. Г., Власова М. В. Непрерывное профессиональное развитие врачей: факторы мотивации и экономические аспекты. *Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение.* 2019;3(8):3–6.
37. Алиперова Н. В., Ярашева А. В., Виноградова К. В. Факторы формирования карьерных траекторий медицинских работников в России. *Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета.* 2020;10(6):81–92. doi: 10.26794/2226-7867-2020-10-6-81-92
38. Манюшкина Е. М., Бантьева М. Н. Врач общей практики: показатели обеспеченности в Российской Федерации и Федеральных округах за 2010–2019 годы. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2021;(6). doi: 10.21045/2071-5021-2021-67-6-4

Поступила 18.05.2023  
Принята в печать 02.11.2023

## REFERENCES

1. Passport of scientific specialty 3.2.3. "Public Health, Organization and Sociology of Health" ["*Obshchestvennoye zdorov'ye, organizatsiya i sotsiologiya zdravookhraneniya*"]. Available at: <https://vak.minobrnauki.gov.ru/uploader/loader?type=17&name=92259542002&f=15091> (accessed 18.01.2024) (in Russian).

Здоровье и общество

2. Verheul I., Risseeuw P., Bartelse G. Gender differences in strategy and human resource management: The case of Dutch real estate brokerage. *Int. Small Business J.* 2002;20(4):443–76.
3. Aaltio I., Salminen H. M., Koponen S. Ageing employees and human resource management — evidence of gender-sensitivity? *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal.* 2014;33(2):160–76. doi: 10.1108/EDI-10-2011-0076
4. Gaponenko T. V., Malkhasyan A. E. Current trends and problems in the field of personnel management. *Biznes. Obrazovaniye. Pravo.* 2019;(4):159–63. doi: 10.25683/VOLBI.2019.49.428 (in Russian).
5. Shvenk E. Gender and age characteristics of employees as socio-psychological factors in managing their motivation. *International journal.* 2022;5(2):102–8 (in Russian).
6. Boehm S. A., Schröder H., Bal M. Age-related human resource management policies and practices: Antecedents, outcomes, and conceptualizations. *Work, Aging and Retirement.* 2021;7(4):257–72. doi: 10.1093/workar/waab024
7. Krausert A. HRM systems for knowledge workers: Differences among top managers, middle managers, and professional employees. *Hum. Resource Manag.* 2014;53(1):67–87. doi: 10.1080/14330237.2016.1185902
8. Gegenfurtner A., Vauras M. Age-related differences in the relation between motivation to learn and transfer of training in adult continuing education. *Contemp. Educat. Psychol.* 2012;37(1):33–46. doi: 10.1016/j.cedpsych.2011.09.003
9. Narushima M., Liu J., Diestelkamp N. Motivations and Perceived Benefits of Older Learners in a Public Continuing Education Program: Influence of Gender, Income, and Health. *Educat. Gerontol.* 2013;39(8):569–84. doi: 10.1080/03601277.2012.704223
10. Jarvis P. The sociology of adult & continuing education. Routledge; 2011. P. 85.
11. Cachioni M., Ordóñez T. N., da Silva T. B. L., Batistoni S. S. T., Yasuda M. S., Melo R. C., da Costa Domingues M. A. R., Lopes A. Motivational Factors and Predictors for Attending a Continuing Education Program for Older Adults. *Educat. Gerontol.* 2014;40(8):584–96. doi: 10.1080/03601277.2013.802188
12. Tjin A Tsui S. L., de Boer A., Croiset G., Koster A. S., Kusurkar R. A. Factors influencing participation in continuing professional development: a focus on motivation among pharmacists. *J. Contin. Educ. Health Prof.* 2016;36(3):144–50. doi: 10.1097/CEH.0000000000000081
13. Detollenaere J., Hanssens L., Schäfer W., Willems S. Can you recommend me a good GP? Describing social differences in patient satisfaction within 31 countries. *Int. J. Qual. Health Care.* 2018;30(1):9–15. doi: 10.1093/intqhc/mzx157
14. De Waard C. S., Poot A. J., den Elzen W. P. J., Wind A. W., Caljouw M. A. A., Gusekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2018;36(2):189–97. doi: 10.1080/02813432.2018.1459229
15. Maslak E. E., Naumova V. N., Filimonov A. V. Social portrait of a dentist. *Fundamental'nyye issledovaniya.* 2014;(4-2):305–9 (in Russian).
16. Orudzhev N. Ya., Poplavskaya O. V., Zamyatina I. G. A social portrait of a psychiatrist in a large industrial city. *Sotsiologiya goroda.* 2020;(2):65–79 (in Russian).
17. Popov E. A. Social portrait of a modern nephrologist. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya.* 2022;68(4):10. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-4-10 (in Russian).
18. Doschannikova O. A., Pozdeeva T. V., Filippov Yu. N., Khlapov A. L., Doschannikov D. A. Social portrait of a modern rural doctor — realities and perspectives. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya.* 2020;66(1). doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-7 (in Russian).
19. Grigoryeva E. A., Krom I. L., Erugina M. V. Social portrait of a professional group of primary health care doctors in the region. In: Effective healthcare management: innovation strategies. III International Scientific and Practical Conference [Effektivnyy menedzhment zdavookhraneniya: strategii innovatsiy. III Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya]. Saratov, September 29–30, 2022: collection of materials. Saratov; 2022. P. 75 (in Russian).
20. Efimenko S. A. Social portrait of the local general practitioner [Sotsial'nyy portret uchastkovogo vracha-terapevta]. Moscow: Zdorov'ye i obshchestvo; 2005 (in Russian).
21. Tarasenko E. A., Dvoryashina M. M. The market of private medicine in Russia: a marketer's view. *EKO.* 2019;(6):43–61. doi: 10.30680/EKO0131-7652-2019-6-43-61 (in Russian).
22. Zubareva N. N. Status and development trends of competitive relations in the commercial medicine market in the Russian Federation. *Prakticheskiy marketing.* 2022;4(301):17–22. doi: 10.24412/2071-3762-2022-4301-17-22 (in Russian).
23. Narkevich A. N., Vinogradov K. A. Methods for determining the minimum required sample size in medical research. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya.* 2019;65(6). doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10 (in Russian).
24. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Shlyafar S. I., Balzamova L. A. Staffing of primary health care in the Russian Federation. *Menedzher zdavookhraneniya.* 2022;(6):62–8. doi: 10.21045/1811-0185-2022-6-62-68 (in Russian).
25. Boyko S. L. Social portrait of a general practitioner. *Pedagogika i psikhologiya vysshey shkoly.* 2020;19(4):113–21. doi: 10.22263/2312-4156.2020.4.113 (in Russian).
26. Tadzhiyev I. Ya., Belostotsky A. V., Kamynina N. N. Development of general medical (family) practice in the Russian Federation. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny.* 2018;26(1):20–5. doi: <http://dx.doi.org/10.18821/0869-866X-2018-26-1-20-25> (in Russian).
27. Haskard Zolnerek K. B., DiMatteo M. R. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med. Care.* 2009;47(8):826–34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
28. Wang Y., Wu Q., Wang Y., Wang P. The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician-Patient Relationship from Physicians' and Patients' Perspectives. *J. Clin. Psychol. Med. Settings.* 2022;29:849–60. doi: 10.1007/s10880-022-09844-1
29. Mits A. N., Bondarev A. A., Gontarev S. N. Clinical significance of the doctor-patient relationship (literature review). *Menedzhment v zdavookhraneni.* 2020;(2):43–9 (in Russian).
30. Unzhakov V. V., Kim E. S. Paternalistic model of doctor-patient relationship. *Zdavookhraneniye dal'nego vostoka.* 2021;(2):108–10. doi: 10.33454/1728-1261-2021-2-108-110 (in Russian).
31. Starovoitov N. D. Failure of the “doctor-patient” relationship model as a reason for low adherence to therapy. *Endokrinologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniy.* 2022;4(41):126–7 (in Russian).
32. Buzina T. S., Buzin V. N., Lanskoj I. L. Doctor and patient: interpersonal communication. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii.* 2020;12(4):2. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-2 (in Russian).
33. Livshits S. A., Gurov A. N. The main directions of the formation of effective leadership and leadership styles of a medical organization. *Menedzher zdavookhraneniya.* 2017;(3):54–62 (in Russian).
34. Shchepin O. P., Medic V. A. Public health and health care [Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye]: a textbook. Moscow: GEOTAR-Media; 2012 (in Russian).
35. Pak V. D., Nuzhina N. I. Basic typologies of organizational culture. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal.* 2014;8-3(27):50–3 (in Russian).
36. Moshetova L. K., Sychev D. A., Zaplatnikov A. L., Zakharova I. N., Kolosnitsyna M. G., Vlasova M. V. Continuous professional development of doctors: motivation factors and economic aspects. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Meditsinskoye obozreniye.* 2019;3(8):3–6 (in Russian).
37. Alikperova N. V., Yarasheva A. V., Vinogradova K. V. Factors in the formation of career trajectories of medical workers in Russia. *Gumanitarnyye nauki. Vestnik Finansovogo universiteta.* 2020;10(6):81–92. doi: 10.26794/2226-7867-2020-10-6-81-92 (in Russian).
38. Manoshkina E. M., Bant'eva M. N. General practitioner: security indicators in the Russian Federation and Federal districts for 2010–2019. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya.* 2021;(6). doi: 10.21045/2071-5021-2021-67-6-4 (in Russian).

Головань Т. В.

**ОНЛАЙН-ОБОРОТ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК. ЧАСТЬ 1: ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В РОССИИ  
ОНЛАЙН-РЫНКА ИМПОРТНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК**

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

*В силу динамичного развития онлайн-торговли и активной пропаганды средствами массовой информации здорового образа жизни интерес населения к биологически активным добавкам, особенно после пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, резко возрос. Такая продукция содержит в своем составе вещества, которые необходимы для поддержания нормальной жизнедеятельности организма и повышения иммунитета человека, а также в отдельных случаях могут быть дополнительным и вспомогательным средством терапии при различных заболеваниях. В России биологически активные добавки могут реализовываться по трем каналам: аптеки, онлайн-рынок и сетевой маркетинг. Приобретение таких биодобавок на онлайн-платформах, как свидетельствуют результаты мониторинга онлайн-рынка России за 2021—2022 гг., оказалось самым рискованным для жизни и здоровья человека. Они реализовывались на онлайн-рынке с серьезными нарушениями, что подтверждает опасность для здоровья, а в некоторых случаях и для жизни человека. Проведенное исследование показало, что на сегодняшний день отсутствует четкая правовая регламентация по обороту импортных добавок на онлайн-рынке. В статье представлен детальный анализ нормативно-правового поля, регламентирующего онлайн-торговлю импортными биологически активными добавками в России, и сформулированы соответствующие выводы и рекомендации.*

**Ключевые слова:** биологически активные добавки; онлайн-рынок; негативное влияние; побочный эффект; сохранение здоровья; технический регламент.

**Для цитирования:** Головань Т. В. Онлайн-оборот биологически активных добавок. Часть 1: правовое регулирование в России онлайн-рынка импортных биологически активных добавок. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):162—168. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-162-168>

**Для корреспонденции:** Головань Татьяна Викторовна, старший преподаватель кафедры таможенного права ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: GolovanTatyanaV@gmail.com

Golovan' T.V.

**THE ON-LINE TURNOVER OF BIOLOGICALLY ACTIVE ADDITIVES. PART I. LEGAL REGULATION OF  
ON-LINE MARKET OF IMPORTED BIOLOGICALLY ACTIVE ADDITIVES IN RUSSIA**

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

*The interest of population to biologically active additives drastically increased both due to consequences of the COVID-19 corona-virus infection and dynamic development of online trade and active propaganda of healthy lifestyle through mass media. Such production contains in its compound substances that are necessary for maintaining normal vital activity of organism and increasing human immunity. In other cases it can be used as additional and auxiliary agent of treatment of various diseases. In Russia, biologically active additives can be sold through three channels: pharmacies, on-line market and network marketing. In Russia, the results of monitoring of on-line market in 2021–2022 testifies that purchasing of such biologically active additives at on-line platforms turned out to be the riskiest action for human life and health. The biologically active additives were sold at on-line market with serious violations that confirms their danger to health and in some cases for human life.*

*The study demonstrated that nowadays there is no clear-cut legal regulation of turn-over of imported biologically active additives at on-line market. The article presents detailed analysis of normative legal field that regulates in Russia on-line trade of imported biologically active additives and relevant conclusions and recommendations.*

**Keywords:** biologically active additives; on-line market; negative impact; side effect; health preservation; technical regulations.

**For citation:** Golovan' T. V. The on-line turnover of biologically active additives. Part I. Legal regulation of on-line market of imported biologically active additives in Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):162–168 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-162-168>

**For correspondence:** Golovan' T.V., the Senior Lecturer of the Chair of Customs Law of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University". e-mail: GolovanTatyanaV@gmail.com

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.05.2023

Accepted 02.11.2023

**Введение**

За последние десятилетия особую популярность среди потребителей приобрела онлайн-торговля: онлайн-магазины, маркетплейсы, различные службы доставки — все это стало неотъемлемой частью жизни человека. Приобрести на онлайн-рынке

можно и биологически активные добавки (БАД), спрос на которые динамично начал расти в период пандемии COVID-19, не уменьшается он и сегодня. Люди, принимая БАД, надеются похудеть, стать более энергичными, улучшить состояние волос и кожи, укрепить иммунитет, восполнить дефицит витаминов. Строгих стандартов производства БАД не

## Здоровье и общество

существует, а контроль качества с точки зрения безопасности осуществляется аналогично пищевым продуктам.

Так, согласно положениям ст. 4 Технического регламента Таможенного союза (ТР ТС) «О безопасности пищевой продукции» (вместе с ТР ТС 021/2011), БАД представляют собой «природные и(или) идентичные природным биологически активные вещества, а также пробиотические микроорганизмы, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевой продукции» [1]. Иными словами, подразумевается, что БАД в своем составе содержат вещества, которые необходимы для поддержания нормальной жизнедеятельности организма и повышения иммунитета человека, а в отдельных случаях могут быть дополнительным и вспомогательным средством терапии при различных заболеваниях.

По данным исследования онлайн-рынка БАД за 2021—2022 гг., проводимым Центром стратегических разработок (ЦСР), выявлено, что торговля БАД не отвечает критериям безопасности и приводит к нарушению состояния здоровья человека: в каждом третьем БАД превышена дозировка заявленных веществ; каждый пятый БАД содержит запрещенные в Евразийском экономическом союзе (ЕАЭС) вещества; зачастую заявленный состав БАД в его описании не отражает фактический [2].

Выявленные ЦСР проблемы в онлайн-торговле БАД, безусловно, подтверждают их опасность для здоровья, а в некоторых случаях и для жизни человека. Врачи объясняют, к чему приводит бесконтрольное употребление БАД, какие могут возникнуть последствия для здоровья человека от их употребления и приводят в качестве подтверждения своих слов случаи из медицинской практики: отек Квинке, аллергические реакции, инсульт, почечная недостаточность, печеночная недостаточность, диабет, онкология, заболевания желудочно-кишечного тракта и др. [3].

В связи с этим актуальными, по мнению автора, являются вопросы, связанные с обеспечением безопасности здоровья и жизни человека в случае приобретения ими БАД на онлайн-платформах, что позволит обнаружить пробелы в действующем законодательстве по вопросам, связанным с реализацией БАД.

Объектом проводимого исследования выступает нормативно-правовая база, регламентирующая оборот импортных БАД на онлайн-рынке.

Целью исследования явился анализ нормативно-правовых документов международного и национального уровней, регламентирующих оборот импортных БАД на онлайн-рынке, а также изучение пагубного влияния на здоровье человека бесконтрольного употребления такой группы товаров.

В рамках заявленной тематики исследования важно отметить, что Россия, являясь одной из стран — участниц ЕАЭС, помимо национальных нормативно-правовых актов при обороте импортных БАД, руководствуется и союзными правовыми

документами. В числе таких документов — технические регламенты, подтверждающие безопасность ввозимой на территорию ЕАЭС продукции. Поскольку БАД отнесены к пищевой продукции, ключевыми нормативно-правовыми документами по тематике исследования являются:

Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 880 «Об утверждении Технического регламента Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011) [1];

Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 881 «Об утверждении Технического регламента Таможенного союза «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР ТС 022/2011) [4];

Решение Совета ЕЭК от 20.07.2012 № 58 «Об утверждении Технического регламента Таможенного союза «Требования безопасности пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных средств» (ТР ТС 029/2012) [5].

Помимо утвержденных технических регламентов по безопасности ввозимой продукции и ее маркировки [1, 4—5], при обороте импортных БАД необходимо руководствоваться положениями национальных нормативно-правовых документов, среди которых можно выделить:

— Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» [6];

— Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [7];

— Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.01.2013 № 2 «О надзоре за биологически активными добавками к пище» [8];

— Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 № 964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ» [9].

Учитывая тематику исследования и обширный перечень нормативно-правовых актов, регламентирующий ее в той или иной степени, не представляется возможным перечислить их в полном объеме, отсылка к ним будет представлена в ходе исследования.

Обзор научных трудов по данной тематике позволяет сделать вывод [10—13], что вопрос по обеспечению безопасности здоровья и жизни граждан при реализации БАД является актуальным и находит отражение во многих исследованиях. Однако в них не рассматривается вопрос контроля со стороны государства за оборотом импортных БАД на онлайн-рынке, что при современном образе жизни является большим упущением.

## Материалы и методы

В ходе исследования автором проведен анализ нормативно-правовых документов, изучены научные труды по обозначенной проблематике, статистические и аналитические отчеты для достижения поставленной цели. Применены методы изучения и

обобщения опыта, а также экспертный и аналитический методы.

**Результаты исследования**

Со второй половины XX в. наука о питании получила динамичное развитие, в этот период и возникло понятие БАД. Неоспоримым является факт, что человеческому организму требуется употреблять ежедневно более 500 различных полезных веществ, причем половину из них организм не способен синтезировать самостоятельно и должен восполнять за счет поглощаемой пищи, что, безусловно, при современном ритме жизни человека и состоянии экологической обстановки на планете не представляется возможным.

Анализ различных нормативных источников и научных работ в сфере производства и обращения БАД позволяет заключить, что БАД классифицируют по разным признакам в зависимости от:

- состава и процентного содержания природных компонентов;
- их функциональной активности;
- эффекта действия;
- характера использования;
- источника их производства.

Согласно заявленной тематике данного исследования рассмотрим более подробно классификацию БАД в зависимости от состава и процентного содержания компонентов (рис. 1).

Рынок БАД очень многообразен, и только в России, по данным некоторых источников, насчитывается порядка 3,5 тыс. наименований [3].

Поскольку БАД не проходят регламентированную для лекарственных препаратов процедуру доклинических и клинических испытаний, их относят к пищевым продуктам, и только в случае нехватки каких-либо питательных веществ появляется необходимость введения их в состав ежедневного рациона с целью его обогащения нужными пищевыми веществами для устранения их дефицита в организме человека.

Однако, по мнению автора, нельзя категорично утверждать, что существует колоссальная разница между БАД и лекарственными препаратами: одни и те же природные компоненты могут быть использованы для производства как лекарственных препаратов, так и для БАД. Кроме того, большинство БАД обладают определенными фармакологическими свойствами и могут влиять на различные органы и системы человека.

Конечно, БАД не способны избавить от всех недугов, однако установлено, что их употребление способствует профилактике многих заболеваний. Доказана также связь нехватки каких-либо питательных веществ с риском развития того или иного заболевания: нехватка кальция и остеопороз, недостаточное потребление пищевых волокон зерновых продуктов и овощей с ишемической болезнью сердца. Также нельзя не отметить, что большое влияние на осознанное употребление людьми БАД оказывают средства массовой информации (СМИ).

Таким образом, вопрос употребления БАД человеком неоднозначен: с одной стороны, эффективность применения одних БАД установлена врачами



Рис. 1. Классификация БАД в зависимости от состава и процентного содержания компонентов.

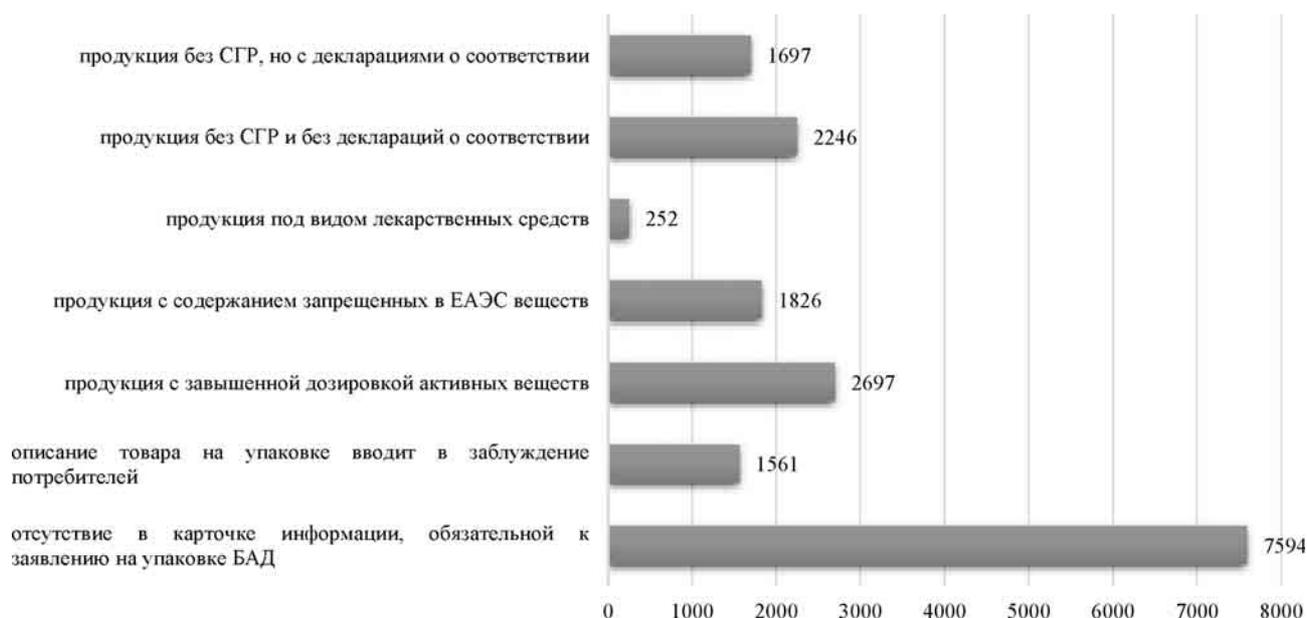


Рис. 2. Динамика выявленных несоответствий требованиям к реализации БАД на онлайн-рынке за 2021—2022 гг. (в абс. ед.) [2].

и их употребление является средством поддержания здоровья; с другой — некоторые БАД, в состав которых входят плохо сочетаемые между собой природные компоненты, могут вызвать различные побочные эффекты (аритмию, рвоту, тошноту, язвенную болезнь) [3]. Также нельзя исключить, что БАД при взаимодействии с лекарственными препаратами, назначенными врачом, может значительно снизить их эффект, а длительное и бесконтрольное употребление БАД увеличивает вероятность передозировки, тем самым нанося вред здоровью человека.

Как упомянуто выше, ЦСР при мониторинге онлайн-рынка БАД за 2021—2022 гг. выявил различные несоответствия требованиям к реализации такой группы товаров. Результаты проведенного исследования были опубликованы в отчете ЦСР «Дистанционная торговля БАД. Анализ соответствия требованиям» [2]. Ключевыми выводами данного отчета стали следующие:

- 9441 предложение по продаже БАД на онлайн-рынке не соответствовало требованиям и/или было небезопасным для потребителя;
- 29% БАД на онлайн-рынке не соответствовали требованиям и/или являлись небезопасными для потребителей (продукция с завышенной дозировкой активных веществ);
- 19% БАД на онлайн-рынке в своем составе содержали запрещенные в ЕАЭС вещества в соответствии с ТР ТС 021/2011;
- 24% БАД на онлайн-рынке реализовывались без свидетельств государственной регистрации (СГР) и без деклараций о соответствии;
- 18% БАД на онлайн-рынке реализовывались без СГР, но по оформленным декларациям о соответствии;
- 80% БАД на онлайн-рынке в карточках на товары не имели информации, обязательной к

заявлению в соответствии с требованиями к упаковке согласно ТР ТС 022/2011;

- 19% БАД на онлайн-рынке частью описания товаров на упаковке вводили в заблуждение потребителей, или БАД реализовывался под видом лекарственных средств.

Представленную информацию иллюстрирует рис. 2 на основании данных отчета ЦСР. Важно отметить, что предложение по продаже БАД на онлайн-площадках могло иметь сразу несколько несоответствий, в результате чего сумма несоответствий требований к реализации БАД не составляет в совокупности 9441 единицу.

Таким образом, благодаря исследованию, проведенному ЦСР, удалось выявить, что часть БАД в своем составе содержали вещества, имеющие рецептурные лекарственные средства, другие БАД содержали вещества, запрещенные к обороту на территории ЕАЭС. Среди часто встречающихся запрещенных на территории ЕАЭС веществ в БАД были обнаружены: якорцы, ашваганда, Гинко Билоба, пеларгония (герань), эфедрa (хвойник) [2, 3]. Кроме того, были выявлены случаи, когда под видом БАД на онлайн-рынке реализовывали продукцию, которая фактически не имела к ним никакого отношения.

Запрещенные к ввозу на территорию ЕАЭС вещества в состав БАД могут попадать ввиду различий в законодательном регулировании. Отметим, что перечень растений и продуктов их переработки, объектов животного происхождения, микроорганизмов, грибов и биологически активных веществ, запрещенных для использования в составе компонентов в БАД, содержится в приложении 7 ТР ТС 021/2011 [1]. Большинство выявленных опасных компонентов в составе БАД попадают на внутренний рынок России из иностранных государств (Ки-

тай, Тайвань, Республика Корея и др.). Многие продавцы, которые реализуют свой товар на онлайн-рынке, не обращают внимания на разницу в законодательном регулировании БАД.

В условиях санкций насыщение внутреннего рынка России товарами, подпадающими под санкции, происходит за счет легализации параллельного импорта, т. е. законного ввоза в страну оригинальной продукции без согласия правообладателя или производителя. По заявлению руководителя Федеральной антимонопольной службы (ФАС) России Максима Шаскольского, «в сложившейся ситуации параллельный импорт является вынужденной мерой в условиях западных санкций, и его легализация позволит насытить внутренний рынок товарами, необходимыми потребителям» [14].

Следовательно, в связи с введением санкций весной 2022 г. и усложнением доставки в Россию иностранных товаров доля сомнительных и некачественных БАД на российском онлайн-рынке, по прогнозам экспертов, должна была снизиться [15]. Однако легализация параллельного импорта дала возможность увеличить поставки небезопасных и некачественных БАД и реализовывать их бесконтрольно на онлайн-рынке.

### Обсуждение

Продажа БАД на онлайн-рынке регламентирована на законодательном уровне довольно поверхностно, в отличие от реализации БАД в стационарных аптеках. Для того чтобы реализовывать БАД в аптеках, необходимо пройти экспертизу и получить СГР в Роспотребнадзоре. Кроме того, БАД должен быть внесен в федеральный реестр разрешенных добавок. Следовательно, при реализации законной продажи БАД в аптеках такие товары проходят всестороннюю экспертизу и проверку на безопасность и соответствие компонентов нормам, регламентированных на законодательном уровне.

Продавцы при реализации импортных БАД на онлайн-рынке вместо СГР предоставляют только декларацию о соответствии, подтверждающую лишь то, что производитель (иностранное лицо) отвечает за качество реализуемой продукции. Такой документ весомого значения на территории России не имеет, поскольку иностранного производителя невозможно привлечь к административной или уголовной ответственности за наличие в составе БАД веществ, которые запрещены при производстве таких товаров согласно российскому законодательству. А многие онлайн-платформы и по настоящее время допускают к продаже импортные БАД при наличии только декларации о соответствии.

Из-за разницы в законодательном регулировании БАД в разных странах на территорию России попадают БАД, являющиеся опасными для здоровья человека. Однако продавцы в целях получения прибыли игнорируют обоснованную позицию российских медицинских работников и выходят с продажами импортных БАД на онлайн-рынок, который практически в правовом поле не регламентирован,

что влечет за собой негативные последствия для организма человека.

Для решения выявленной проблемы необходимо усилить надзор со стороны государства за оборотом импортных БАД на онлайн-рынке, однако кардинальных мер по решению данного вопроса до сих пор со стороны компетентных органов не поступало. В 2022 г. в Государственную Думу был внесен законопроект, в соответствии с которым допускалась оперативная блокировка сайтов в сети Интернет, тех страниц, на которых реализовывались БАД без СГР. Однако ожидаемого эффекта данный законопроект не принес, поскольку процесс блокировки или снятия ошибочной блокировки через суды растягивался на годы, а продукция, не соответствующая требованиям и нормам ТР ТС 021/2011 и ТР ТС 022/2011, так и оставалась доступной на онлайн-рынке.

Сегодня одной из мер, направленных на решение выявленной проблемы с оборотом импортных БАД на онлайн-рынке, со стороны государственных органов является нанесение на такую продукцию кода маркировки, и обязанность эту возложили на производителей БАД. Кроме того, с 1 марта 2024 г. станет необходимостью внесение в информационную систему сведений о выводе БАД из оборота, а с 1 мая 2024 г. необходимо будет предоставлять сведения об обороте БАД [3]. Во-первых, такие меры позволят обеспечить прослеживаемость БАД, во-вторых, внедрение маркировки станет гарантией качества и безопасности для жизни и здоровья людей.

В сложившихся условиях массовых нарушений по обороту импортных БАД на онлайн-рынке следует разработать нормативно-правовой документ, который регламентировал бы порядок реализации и оборота импортных БАД посредством онлайн-торговли, по аналогии, например, с рецептурными препаратами, отпускаемыми дистанционным способом.

### Заключение

Проведенное исследование в отношении оборота импортных БАД на онлайн-рынке позволило выявить, что реализация таких товаров на онлайн-площадках регламентирована на законодательном уровне довольно поверхностно. Реклама БАД и их легкая доступность на онлайн-рынке многих вводят в заблуждение, люди начинают самостоятельно принимать БАД, что подтверждает наличие риска для их жизни и здоровья.

В качестве решения проблемы автор предлагает создать нормативно-правовой документ, который регламентировал бы порядок реализации и оборота импортных БАД на онлайн-рынке по аналогии с рецептурными препаратами, отпускаемыми дистанционным способом, что позволит исключить возможность реализации на онлайн-рынке БАД с содержанием запрещенных веществ и не соответствующих требованиям к безопасности и качеству данной продукции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 880 «Об утверждении Технического регламента Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011). Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902320560> (дата обращения 25.12.2023).
2. Дистанционная торговля БАД. Анализ соответствия требованиям. Официальный сайт ЦСР. Режим доступа: <https://www.csr.ru/upload/iblock/c4a/mpnfsribb0icqq3xg4tjqwz966zupqlg.pdf> (дата обращения 25.12.2023).
3. Рынок БАД в цифрах. Честный знак. Режим доступа: <https://xn--80ajghhoc2aj1c8b.xn--p1ai/info/news/rynok-bad-v-tsifrah/> (дата обращения 25.12.2023).
4. Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 881 «Об утверждении Технического регламента Таможенного союза «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР ТС 022/2011)». Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902320288> (дата обращения 25.12.2023).
5. Решение Совета ЕЭК от 20.07.2012 № 58 «Об утверждении Технического регламента Таможенного союза «Требования безопасности пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных средств» (ТР ТС 029/2012)». Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902320288> (дата обращения 25.12.2023).
6. Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов». Консультант Плюс. Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_25584/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_25584/) (дата обращения 25.12.2023).
7. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Консультант Плюс. Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_22481/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/) (дата обращения 25.12.2023).
8. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.01.2013 № 2 «О надзоре за биологически активными добавками к пище». Консультант Плюс. Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_141912/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141912/) (дата обращения 25.12.2023).
9. Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 (ред. от 10.04.2023) № 964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ». Консультант Плюс. Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_141912/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141912/) (дата обращения 25.12.2023).
10. Ананченкова П. И., Врубель М. Е., Шегай М. М., Тонконог В. В. Правовые основы перемещения лекарственных средств через таможенную границу Евразийского экономического союза юридическими лицами. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(S2):1248—56.
11. Тонконог В. В., Ананченкова П. И., Шимановский Н. Л., Врубель М. Е. Актуальные вопросы функционирования и развития единого рынка лекарственных средств Евразийского экономического союза. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(S2):1268—74.
12. Ананченкова П. И., Тонконог В. В., Тимченко Т. Н. Аптечный туризм. Часть 2: Запреты, ограничения и риски при ввозе лекарственных средств в Российскую Федерацию физическими лицами. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(2):185—94.
13. Тонконог В. В., Тимченко Т. Н., Погарская А. С., Головань Т. В., Конфино К. В. Проблемы нормативно-правового обеспечения лекарственными препаратами с содержанием наркотических и психотропных веществ судов заграничного плавания. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S1):808—12.
14. Крупные игроки логистики выступают за легализацию параллельного импорта. Официальный сайт Retail.ru. Режим доступа: <https://www.retail.ru/rbc/pressreleases/krupnye-igroki-logistiki-vystupayut-za-legalizatsiyu-parallelnogo-importa/> (дата обращения 25.12.2023).
15. Какие риски несет онлайн-рынок биологически активных добавок. *Российская газета*. Режим доступа: <https://rg.ru/2022/06/11/kakie-riski-neset-onlajn-rynok-biologicheskii-aktivnyih-dobavok.html> (дата обращения 25.12.2023).

Поступила 18.05.2023  
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

1. Decision of the Customs Union Commission of December 9, 2011 № 880 “On approval of the Technical Regulations of the Customs Union “On the safety of food products” (TR CU 021/2011)”. Electronic fund of legal and regulatory technical documents. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902320560> (accessed 25.12.2023) (in Russian).
2. Distance trading of dietary supplements. Compliance analysis. Official website of the Center for Social Sciences. Available at: <https://www.csr.ru/upload/iblock/c4a/mpnfsribb0icqq3xg4tjqwz966zupqlg.pdf> (accessed 25.12.2023) (in Russian).
3. The dietary supplement market in numbers. Honest sign. Available at: <https://xn--80ajghhoc2aj1c8b.xn--p1ai/info/news/rynok-bad-v-tsifrah/> (accessed 25.12.2023) (in Russian).
4. Decision of the Customs Union Commission of December 9, 2011 № 881 “On approval of the Technical Regulations of the Customs Union “Food products in terms of their labeling” (TR CU 022/2011)”. Electronic fund of legal and regulatory technical documents. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902320288> (accessed 25.12.2023) (in Russian).
5. Decision of the EEC Council dated July 20, 2012 № 58 “On approval of the Technical Regulations of the Customs Union “Safety requirements for food additives, flavorings and technological aids” (TR CU 029/2012)”. Electronic fund of legal and regulatory technical documents. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/902320288> (accessed 25.12.2023) (in Russian).
6. Federal Law of January 2, 2000 № 29-FZ “On the quality and safety of food products”. Consultant Plus. Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_25584/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_25584/) (accessed 25.12.2023) (in Russian).
7. Federal Law of March 30, 1999 № 52-FZ “On the sanitary and epidemiological welfare of the population”. Consultant Plus. Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_22481/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/) (accessed 25.12.2023) (in Russian).
8. Resolution of the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation dated January 17, 2013 № 2 “On the supervision of biologically active food additives”. Consultant Plus. Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_141912/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141912/) (accessed 25.12.2023) (in Russian).
9. Decree of the Government of the Russian Federation of December 29, 2007 (as amended on April 10, 2023) № 964 “On approval of lists of potent and toxic substances”. Consultant Plus. Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_141912/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141912/) (accessed 25.12.2023) (in Russian).
10. Ananchenkova P. I., Vruble M. E., Shegai M. N., Tonkonog V. V. Legal basis for the movement of medicines across the customs border of the Eurasian economic union by legal entities. *Problems of so-*

- cial hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(S2):1248—56 (in Russian).
11. Tonkonog V. V., Ananchenkova P. I., Shimanovskiy N. L., Vrabel M. E. Topical issues of functioning and development of the single market of medicines of the Eurasian economic union. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(S2):1268—74 (in Russian).
  12. Ananchenkova P. I., Tonkonog V. V., Timchenko T. N. Pharmacy tourism. Part 2: Prohibitions, restrictions and risks when importing medicines into the Russian Federation by individuals. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(S2):185—94 (in Russian).
  13. Tonkonog V. V., Timchenko T. N., Pogarskaya A. S., Golovan T. V., Konfino K. V. Problems of regulatory and legal provision of medicines containing narcotic and psychotropic substances to foreign ships. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(S1):808—12 (in Russian).
  14. Major logistics players advocate the legalization of parallel imports. Official website Retail.ru. Available at: <https://www.retail.ru/rbc/pressreleases/krupnye-igroki-logistiki-vystupayut-za-legalizatsiyu-parallelnogo-importa/> (accessed 25.12.2023) (in Russian).
  15. What risks does the online market of dietary supplements pose. Russian newspaper. Available at: <https://rg.ru/2022/06/11/kakie-riski-neset-onlajn-rynok-biologicheskii-aktivnyh-dobavok.html> (accessed 25.12.2023) (in Russian).

Тонконог В. В.<sup>1</sup>, Горкунова О. С.<sup>1,2</sup>, Волкова О. А.<sup>2,3,4</sup>

## ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МОРЯКАМ ГРАЖДАНСКОГО СУДОХОДСТВА: РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, г. Новороссийск;

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

<sup>3</sup>Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, 119333, г. Москва;

<sup>4</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва

*Согласно рекомендациям Международной организации труда, защита здоровья и доступ к медицинскому лечению должны быть гарантированы морякам таким же образом, как и людям, работающим на берегу. На практике далеко не всегда формальные меры и механизмы позволяют оказать медицинскую помощь членам экипажа гражданских судов в силу особенностей правовых систем государств, в чьих территориальных водах находится судно, отдаленности судна от береговой линии и объективной ситуации, позволяющей принять медицинскую помощь с берега. По возможности указанные проблемы решаются некоммерческими организациями моряков, обзор деятельности которых представлен в настоящей работе.*

**Ключевые слова:** гражданское судоходство; моряки; медицинская помощь; некоммерческие организации; неправительственные организации.

**Для цитирования:** Тонконог В. В., Горкунова О. С., Волкова О. А. Оказание медицинской помощи морякам гражданского судоходства: роль общественных организаций. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):169–172. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-169-172>

**Для корреспонденции:** Горкунова Ольга Сергеевна, зам. начальника управления воспитательной работы и молодежной политики ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», аспирант ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [olyafrommaykop@mail.ru](mailto:olyafrommaykop@mail.ru)

Tonkonog V. V.<sup>1</sup>, Gorkunova O. S.<sup>1,2</sup>, Volkova O. A.<sup>2,3,4</sup>

## THE MEDICAL CARE OF SEAMEN OF CIVIL SHIPPING: THE ROLE OF NON-COMMERCIAL ORGANIZATIONS

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”, 353924, Novorossiysk, Russia;

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

<sup>3</sup>Institute of Demographic Research, Russian Academy of Sciences, 119333, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

*According to the International Labor Organization, health protection and access to medical treatment are to be guaranteed to seamen in the same way as to people working ashore. However, in practice, formal measures and mechanisms do not always make it possible to provide medical care to crew members of civil vessels due to peculiarities of legal systems of the States in whose territorial waters the vessel is located, remoteness of the vessel from coastline and objective situation that permits to receiving medical care from the shore. As far as possible these problems are resolved by non-profit organizations of seamen. The overview of their activities is presented in this article.*

**Keywords:** civil shipping; seamen; medical care; non-profit organization; non-governmental organization.

**For citation:** Tonkonog V. V., Gorkunova O. S., Volkova O. A. The medical care of seamen of civil shipping: the role of non-commercial organizations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):169–172 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-169-172>

**For correspondence:** Gorkunova O. S., the Deputy Director of the Agency of education and youth policy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”, the Post-Graduate Student of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia”, e-mail: [olyafrommaykop@mail.ru](mailto:olyafrommaykop@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 11.06.2023

Accepted 02.11.2023

### Введение

Работа в море объективно считается одной из наиболее тяжелых и опасных. Вне зависимости от типа судна (грузовое, рыболовецкое, круизный лайнер или нефтяной танкер) работа моряков гражданского судоходства характеризуется особыми условиями пребывания на судне: работа с высоким физическим напряжением, сверхурочная, тесные поме-

щения, тяжелый труд, отсутствие родных и близких в течение продолжительного времени рейса, морская болезнь и др. [1].

Согласно рекомендациям Международной организации труда (МОТ), защита здоровья и доступ к медицинскому лечению должны быть гарантированы морякам, как и людям, работающим на берегу [2]. Судовладелец в первую очередь несет ответственность за безопасность и здоровье всех моряков

на борту судна, хотя повседневная ответственность, как правило, лежит на капитане, который должен соблюдать процедуры отчетности судовладельцев [3].

Однако далеко не всегда формальные меры и механизмы позволяют оказать медицинскую помощь членам экипажа гражданских судов в силу особенностей правовых систем государств, в чьих территориальных водах находится судно, отдаленности судна от береговой линии и объективной ситуации, позволяющей принять медицинскую помощь с берега (наличие вертолетной площадки, возможность добраться от берега до судна катеру с медицинским персоналом, возможность транспортировки больного на берег) и других причин. Тот факт, что суда, не имеющие медицинских специалистов на борту, находятся в море в течение определенного времени, прежде чем смогут прибыть в порт, ставит моряков в невыгодное положение по сравнению с работающими на берегу, до которых медицинский работник может добраться в течение 1 ч [4].

Поскольку морское судоходство — это отрасль, которая имеет давнюю историю развития, профессиональное сообщество моряков с течением времени образовало ряд организованных объединений — общественных (некоммерческих, негосударственных, неправительственных) организаций, оказывающих содействие в оказании и получении медицинской помощи морякам. Несмотря на то что эти некоммерческие организации изначально организуются как местные юридические лица, их деятельность, как правило, носит международный характер.

Цель работы — провести обзор деятельности некоторых наиболее крупных и авторитетных международных общественных (некоммерческих) организаций, направленной на оказание медицинской помощи морякам гражданского судоходства.

### Материалы и методы

Исследование основано на обзоре научных публикаций и аналитических отчетов деятельности международных общественных организаций, оказывающих медицинскую помощь членам экипажей морских судов в процессе совершения морских рейсов. Используются методы анализа и синтеза, сравнения, контент-анализа.

### Результаты исследования

Судоходство — одна из старейших профессий в мире. Из-за характера и продолжительности рейса суда могут находиться в открытом море несколько дней или недель [5]. У большинства гражданских судов менее 25 членов экипажа на борту, и, в соответствии с Морской Конвенцией о труде (Maritime Labour Convention, MLC) 2006 г., присутствие медицинского работника среди членов экипажа не требуется [6]. Забота о здоровье экипажа является обязанностью капитана судна. Согласно MLC 2006, должны быть приняты все меры для обеспечения морякам на борту качественных медицинских услуг, аналогичных предоставляемым на суше [7, 8].

По возможности указанные проблемы решаются некоммерческими организациями моряков.

Так, специализированная глобальная сеть Future Care функционирует уже более 35 лет в области медицины и безопасности работников гражданского морского судоходства, включает более 85 экспертов, имеющих международную сертификацию, и 91 тыс. поставщиков медицинских услуг, которые одобрены и проверены Future Care и международными командами SOS [9]. Ежегодно миллионы долларов тратятся не только на поддержание репутации компании, но и на развитие прочных отношений с поставщиками медицинских услуг работникам судоходной отрасли.

Сеть не имеет себе равных, при необходимости команда по ведению медицинских дел может использовать ресурсы сети для предоставления морякам медицинских услуг высочайшего качества, уделяя особое внимание снижению затрат.

Менеджеры медицинских дел (МСМ) Future Care координируют работу персонала больницы, врачей, членов экипажа и их семей с целью проверки и мониторинга медицинского лечения от имени судовладельца.

Команда, имеющая опыт реагирования на специализированные потребности госпитализированного моряка, поддерживает контакт с членом экипажа и его семьей на протяжении всего процесса, выполняя ряд обязанностей, в том числе:

- направление в соответствующие больницы;
- облегчение приема и управление выставлением счетов;
- общение с лечащей командой больницы;
- координация транспортировки с портовым агентом;
- организация репатриации, включая подбор подходящего медицинского транспорта и профессионального сопровождения, по мере необходимости;
- управление лечением после выписки и медикаментами, необходимыми после выписки или репатриации.

Наличие МСМ Future Care также персонализирует участие судовладельца во время лечения, служа напоминанием об их озабоченности, создавая доброжелательные отношения между работодателем и работником и снижая вероятность предъявления претензий и судебных разбирательств.

Международный радиомедицинский центр (Centro Internazionale Radio Medico, C.I.R.M) предоставляет радиомедицинские рекомендации судам любого флага, курсирующим по всем морям мира [10]. C.I.R.M. — одна из старейших существующих организаций, оказывающих радиомедицинскую помощь в мире, была основана в 1935 г. профессором Гвида, который первым понял важность медицинского обслуживания моряков и предоставления им возможности доступа к профессиональной консультации врача в любое время. Штаб-квартира Центра находится в Риме, его медицинские услуги абсолютно бесплатны. Они также включают меры по пере-

## Здоровье и общество

воду, при необходимости, пациента на судно с врачом на борту или, если расстояние позволяет, эвакуации пациента для госпитализации. Запросы о медицинской консультации, поступающие в С.І.Р.М., обрабатываются врачами, постоянно дежурящими в штаб-квартире С.І.Р.М. Эти врачи консультируют по поводу надлежащего лечения и поддерживают связь с каждым судном, обратившимся за помощью, отслеживая пациента до его выздоровления или эвакуации в больницу на берегу.

Global Voyager Assistance (GVA) — международная неправительственная компания по оказанию помощи, основанная в 1998 г. [11]. Основная деятельность GVA — медицинская, туристическая и техническая помощь деловым путешественникам или туристам, экспатриантам, морякам и многонациональным организациям по всему миру.

GVA является ведущим корреспондентом в странах бывшего Советского Союза для более чем 80 международных медицинских, страховых компаний и компаний по оказанию помощи. С 2001 г. GVA является членом International Assistance Group. Как сторонний администратор медицинских претензий и поставщик помощи GVA является уполномоченным партнером индустрии страхования путешествий.

Для морской отрасли GVA является предпочтительным поставщиком медицинских услуг, обслуживающим крупнейших в мире судовых менеджеров и Клубы защиты и возмещения убытков (Protection and Indemnity Clubs, P&I), предоставляя им экстренную медицинскую поддержку для своих моряков по всему миру. Команда GVA за два десятилетия с момента начала деятельности приобрела глубокие знания в области ведения медицинских случаев, медицинской эвакуации и репатриации останков. Отдел всемирной сети GVA собрал обширную базу данных врачей, клиник, стационаров и поставщиков услуг наземной скорой помощи в нашем собственном регионе (бывшем Советском Союзе) и по всему миру (в 180 странах). Центры экстренной помощи GVA работают 24/7, 365 дней в году с командой профессионально подготовленных координаторов и врачей отделения интенсивной терапии для оказания клиентам экстренного реагирования и помощи. Основным языком общения — английский. Дежурные врачи GVA и врачи, сопровождающие пациентов во время медицинской эвакуации, являются опытными анестезиологами и реаниматологами с международным опытом работы в ведущих клиниках или в удаленных местах проведения операций. Сотрудники GVA хорошо оснащены современными средствами связи, информационными системами и специализированным портативным медицинским оборудованием для авиамедицинских перевозок.

GVA работает над тем, чтобы обеспечить каждому моряку спокойствие в море или на берегу, когда он болен или травмирован. Многие врачи Центров тревоги GVA сталкивались с морской профессиональной деятельностью в своей прошлой карьере.

Это помогает понимать специфику и потребности морского сообщества.

GVA оказывает медицинскую помощь экипажу и пассажирам по всему миру. В море — удаленная медицинская поддержка 24/7, медицинские консультации в море, телемедицина, направление к врачу в порт и гавань, индивидуальная медицинская сеть в порту, медицинская эвакуация и репатриация (сопровождение врача отделения интенсивной терапии), ведение медицинских дел и оплата медицинских расходов, второе мнение медицинских специалистов, отправка лекарств, похоронные услуги и репатриация, ограничение расходов по медицинским претензиям, возникающим на территории США, а также расследование мошенничеств, связанных с предоставлением и непредоставлением медицинских услуг морякам. GVA имеет опыт ведения медицинских дел на море с 2007 г. Группа GVA организовала круглосуточные морские операции с привлечением объединенных ресурсов в Центрах оповещения в Одессе и Москве, а также имеет вспомогательную медицинскую бригаду в Маниле. Клиентами GVA являются международные P&I клубы и морские страховщики, судовладельцы и менеджеры судов в различных географических регионах, от Кипра и Греции до США и Азии. GVA является известным поставщиком медицинских услуг для клубов Международной группы P&I.

Клиенты GVA имеют возможность обратиться из любой точки мира со своего судна, когда моряку требуется неотложная медицинская помощь. Врачи, прошедшие подготовку в отделениях интенсивной терапии GVA (многие из них имеют предыдущий опыт работы в удаленных проектах, на судах и в море), оценивают медицинскую проблему моряка в море и предоставляют рекомендации и альтернативные варианты в отношении либо лечения больного моряка на судне, либо организации соответствующей клиники или госпиталя недалеко от следующего порта. GVA разработала сеть медицинских учреждений в непосредственной близости от многих крупных мировых портов захода и при необходимости может гарантировать и оплатить медицинские расходы от имени P&I-Club или судовладельца. GVA является экспертом в области навигации пациентов при критических заболеваниях.

Деятельность GVA нацелена на минимизацию медицинских расходов в США. Если это возможно с медицинской точки зрения, GVA договаривается с клиниками, оказывающими неотложную помощь, чтобы избежать дорогостоящих отделений неотложной помощи в больницах. В случаях, когда пациент поступает в больницу, GVA дистанционно отслеживает его состояние и получает медицинские заключения от лечащего врача, а также контролирует расходы, связанные с больницей. Врачи GVA оценивают медицинские счета с точки зрения стоимости процедур и предметов и принимают меры по сдерживанию расходов в США и/или других регионах.

Помимо мониторинга случаев завышения расходов, GVA участвует в расследовании подозрительных медицинских счетов. Для борьбы с медицинскими мошенниками GVA создала собственный Отдел по расследованию мошенничества (Fraud Investigation Department, FID), укомплектованный юристом и врачами и имеющий доступ к специалистам с опытом работы в разведке.

Наличие офисов GVA в Одессе позволяет обеспечить наилучшие местные условия для наземной скорой помощи и госпитализации после возвращения украинского моряка домой. Московский офис GVA предлагает такое же преимущество российским морякам из Новороссийска, Калининграда, Санкт-Петербурга, Мурманска, Владивостока. GVA Group обеспечивает репатриацию моряков в страны Балтии, Грузию, Хорватию, Болгарию, Румынию и другие регионы. Для моряков Филиппин GVA расширила свои возможности за счет присутствия назначенного врача Отделения интенсивной терапии на Филиппинах и местного агента в Маниле.

### Заключение

Деятельность некоммерческих организаций, направленная на оказание медицинской помощи морякам гражданского судоходства, эффективна. Понимание специфики мореплавания в целом, а также особенностей гражданского судоходства, морского страхования, международных стандартов оказания медицинской помощи является ключевым фактором успеха некоммерческих организаций в оказании морской помощи. Благодаря обширной сети партнерских медицинских учреждений по всему миру некоммерческие организации моряков способны организовать оперативное реагирование, когда судно находится на воде, и береговую программу практически в любом регионе мира.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Несвоевременная репатриация членов экипажа судна как угроза нарушения состояния психологического здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1306–12.
2. International Labour Organization (ILO). Medical Advice at Sea Recommendation No. 106. Geneva; 1958.

3. International Labour Organization (ILO). Accident Prevention on Board Ship at Sea and in Port, second ed. Geneva; 1997.
4. Amenta F, Dauri A., Rizzo N. Telemedicine and medical care to ships without a doctor on board. *J. Telemed. Telecare*. 1998;4(Suppl 1):44–5.
5. Ricci G., Pirillo I., Rinuncini C. Medical assistance at the sea: legal and medico-legal problems. *Int. Maritime Health*. 2014;65(4):205–9.
6. International Labour Organization (ILO). Maritime Labour Convention, ILO. Geneva; 2016.
7. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Обеспечение сохранения здоровья несовершеннолетних практикантов на борту судна. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(4):562–9.
8. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н., Тонконог В. В. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи на борту морского судна членам экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(5):1125–31.
9. Future Care. International SOS company. Режим доступа: <https://futurecareinc.com/> (дата обращения 11.11.2023).
10. International Radio Medical Centre. Режим доступа: <https://www.seamanguide.com/2021/10/cirm-international-radio-medical-center.html> (дата обращения 11.11.2023).
11. Global Voyager Assistance. Режим доступа: <https://gvassistance.com/en/> (дата обращения 11.11.2023).

Поступила 11.06.2023

Принята в печать 02.11.2023

### REFERENCES

1. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship's crew members as a threat of violation of the state of psychological health. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022;30(6):1306–12 (in Russian).
2. International Labour Organization (ILO). Medical Advice at Sea Recommendation No. 106. Geneva; 1958.
3. International Labour Organization (ILO). Accident Prevention on Board Ship at Sea and in Port, second ed. Geneva; 1997.
4. Amenta F, Dauri A., Rizzo N. Telemedicine and medical care to ships without a doctor on board. *J. Telemed. Telecare*. 1998;4(Suppl 1):44–5.
5. Ricci G., Pirillo I., Rinuncini C. Medical assistance at the sea: legal and medico-legal problems. *Int. Maritime Health*. 2014;65(4):205–9.
6. International Labour Organization (ILO). Maritime Labour Convention, ILO. Geneva; 2016.
7. Botnariuk M. V., Timchenko T. N. Ensuring the preservation of the health of underage interns on board the ship. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2023;31(4):562–9 (in Russian).
8. Botnariuk M. V., Timchenko T. N., Tonkonog V. V. Problematic aspects of providing medical care on board a ship to crew members. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2021;29(5):1125–31 (in Russian).
9. Future Care. The international SOS company. Available at: <https://futurecareinc.com/> (accessed 11.11.2023).
10. International Radiomedical Center. Available at: <https://www.seamanguide.com/2021/10/cirm-international-radio-medical-center.html> (accessed 11.11.2023).
11. Global Voyager Assistance. Available at: <https://gvassistance.com/ru/> (accessed 11.11.2023).

**Амлаев К. Р., Хрипунова А. А., Максименко Л. Л., Хрипунова И. Г., Максименко Е. В., Степанян Т. О.**

## **ФАРМАКОГЕНЕТИКА КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

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

*Рассмотрены вопросы внедрения в клиническую практику принципов 5P-медицины в части индивидуализации терапевтической тактики с учетом генетических особенностей пациентов. Проведен анализ исследований влияния аллельных вариаций на метаболизм, безопасность и переносимость наиболее часто назначаемых лекарственных препаратов, рассмотрены основные положения фармакогеномики. Несмотря на широкие перспективы применения полученных данных в клинической практике, существует ряд нерешенных проблем, касающихся доступности генетического тестирования широким слоям населения, неоднозначности подходов к интерпретации получаемых результатов, а также этических вопросов и правового регулирования.*

*Ключевые слова:* фармакогеномика; здравоохранение; персонализированная медицина; генетические варианты; медикаментозная терапия.

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Хрипунова А. А., Максименко Л. Л., Хрипунова И. Г., Максименко Е. В., Степанян Т. О. Фармакогенетика как неотъемлемая часть персонализированной медицины: проблемы и перспективы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):173–179. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-173-179>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Khripunova A. A., Maksimenko L. L., Khripunova I. G., Maksimenko E. V., Stepanyan T. O.**  
**THE PHARMACOGENETICS AS INTEGRAL PART OF PERSONALIZED MEDICINE: PROBLEMS AND PROSPECTS**

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

*The article considers issues of implementation into clinical practice the principles of 5P medicine in its part of individualization of therapeutic tactics considering genetic characteristics of patients. The analysis of studies concerning influence of allelic variations on metabolism, safety and tolerance of the most often prescribed medicinal preparations was implemented. The main assumptions of pharmacogenomics were considered. Despite broad perspective of applying obtained data in clinical practice, there are a number of unresolved problems related to accessibility of genetic testing to population, ambiguity of approaches to interpretation of obtaining results, ethical issues and legal regulation.*

*Keywords:* pharmacogenomics; health care; personalized medicine; genetic variations; medicinal therapy.

**For citation:** Amlaev K. R., Khripunova A. A., Maksimenko L. L., Khripunova I. G., Maksimenko E. V., Stepanyan T. O. The pharmacogenetics as integral part of personalized medicine: problems and prospects. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):173–179 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-173-179>

**For correspondence:** Amlaev K. R., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care, Medical Prevention and Informatics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 25.04.2023  
Accepted 02.11.2023

На современном этапе развития здравоохранения персонализированная медицина стала настоящим трендом развития науки и клинической практики. Это направление является важнейшей частью подхода, называемого «5P-медицина», характеризующегося максимальной ориентированностью на пациента и использованием индивидуализированных схем диагностики и лечения в зависимости от состояния здоровья конкретного человека.

Наиболее значимый вклад в формирование персонализированного подхода к лечению вносит фармакогеномика — наука, которая использует генетические вариации для индивидуализации медикаментозной терапии [1]. Однако, несмотря на бурное развитие в последние десятилетия и большой

потенциал фармакогеномики, существует ряд нерешенных проблем, касающихся доступности этих исследований широким слоям населения, неоднозначности получаемых результатов, а также этических вопросов и правового регулирования [2].

Общеизвестно, что такие факторы, как пол, возраст, сопутствующие заболевания, факторы окружающей среды и особенности образа жизни, оказывают выраженное влияние на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных средств, что, соответственно, меняет ответ на проводимое лечение [3]. Однако, даже если врач учитывает все традиционные факторы риска, в ряде случаев эффективность терапии может быть ниже, а риск нежелательных побочных эффектов выше, чем ожидалось. Тра-

диционно в клинических рекомендациях и инструкциях по применению лекарственных средств указывается необходимость корректировки дозы у пациентов со сниженной функцией почек [4], при наличии тяжелых заболеваний печени [5], а также у детей [6, 7]. Относительно недавно в литературе появились данные о том, что генетические полиморфизмы в большинстве случаев (до 95%) влияют на проявления индивидуальной вариабельности реакции на лекарственные препараты [8].

Несколько исследований показали, что полиморфизмы генов, кодирующих ферменты и транспортеры, могут значительно изменять всасывание, метаболизм и выведение лекарственных средств, что связано со значительными различиями в эффективности, безопасности и переносимости препаратов [9]. Более того, генетические варианты некоторых компонентов иммунной системы, главным образом лейкоцитарных антигенов человека (HLA) и Т-клеточных рецепторов (TCR), могут объяснять клинически значимые побочные эффекты лекарств [10].

С учетом данных этих и многих других исследований Европейское агентство по лекарственным средствам (European Medicines Agency, EMA) [11] и Управление по контролю за продуктами питания и лекарствами США (U. S. Food and Drug Administration, FDA) [12] считают изучение фармакогеномики важной частью процесса разработки и регистрации лекарственных средств. Кроме того, рекомендуется, чтобы в инструкции по применению лекарственных средств были включены сведения о зависимости клинических эффектов от генетических вариантов. В США эти данные присутствуют в инструкциях более 100 коммерчески доступных препаратов [13]. Для внедрения фармакогеномики в клиническую практику было создано несколько консорциумов, включая Консорциум по внедрению клинической фармакогенетики (The Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium, CPIC) [14]. Эти учреждения публикуют рекомендации по применению препаратов на основе генотипа, чтобы помочь клиницистам понять, как результаты доступных к использованию генетических тестов могут повлиять на оптимизацию медикаментозной терапии у конкретного пациента. Располагая этой информацией, несколько медицинских организаций США включили генетическое тестирование в рутинную клиническую практику [15, 16]. Однако внедрение фармакогеномики в стандарты лечения очень ограничено, что связано с несколькими важными аспектами.

Большинство доступных рандомизированных клинических исследований в области фармакогенетики либо проводились с участием лиц европейского происхождения, либо основывались на исследованиях общегеномных ассоциаций, которые долгое время не обновлялись [17]. В обзоре, посвященном перспективам персонализированной медицины, авторы проанализировали 146 исследований, из которых 104 (71%) были проведены в Северной Америке, 26 (18%) в Азии и только 16 в других странах (Африка, Австралия, Европа и Южная Америка)

[18]. Учитывая, что более 77% населения мира проживает в Азии и Африке (ООН, 2022), концентрация исследований в области фармакогеномики за пределами этих континентов существенно влияет на их клиническую полезность.

В дополнение к необходимости определения генетических характеристик в наименее изученных популяциях не менее важно использовать данные, отражающие генетическое разнообразие различных предковых групп [19]. Доказано, что даже те терапевтические модели, которые были разработаны с учетом геномных исследований, более эффективны, когда принимается во внимание принадлежность к определенной гаплогруппе [20, 21].

Пол также играет важную роль в формировании ответа на медикаментозное лечение. По данным разных авторов, количество побочных реакций на лекарственные препараты у женщин в 1,5—1,7 раза выше, чем у мужчин [22]. Этот факт может объясняться тем, что протоколы лечения основаны на клинических исследованиях, в которых преобладают участники мужского пола, в них не учитывается влияние гендерной принадлежности на безопасность и эффективность назначаемых препаратов [23, 24]. Различия в фармакокинетике и фармакодинамике лекарственных средств у мужчин и женщин объясняются многими факторами, включая биологические (различия в генах всасывания, метаболизма и экскреции, большее количество жировой ткани у женщин, количество рецепторов и др.) или физиологические (беременность, менопауза) [25, 26]. Хотя во время беременности медикаментозная терапия также применяется, особенности действия препаратов у данной категории женщин остаются плохо изученными, далеко не все доступные к применению лекарственные средства тестируются на безопасность и эффективность во время беременности [27]. Это также касается и периода менопаузы, поскольку, несмотря на изученность влияния генетических вариаций на эффективность и метаболизм эстрогена, по-прежнему существует повышенный риск развития тромбоемболических осложнений, связанный с его применением [28, 29]. Необходимы широкие клинические исследования для лучшего понимания генетических механизмов, лежащих в основе предрасположенности к тромбозам, которые могли бы существенно повлиять на безопасность применения заместительной гормональной терапии у женщин в менопаузе [30, 31]. Учет генетических особенностей, связанных с половой принадлежностью, может стать потенциальным решением существующих на сегодняшний день проблем, связанных с различиями в результатах лечения и частоте развития побочных реакций у мужчин и женщин [32].

Важной проблемой считается также отсутствие общих подходов к определению уровня доказательности, необходимого для внедрения фармакогенетической информации в клинические рекомендации. Организации, которые собирают фармакогенетические данные, включая CPIC и FDA, существенно различаются в интерпретации полученных ре-

## Здоровье и общество

зультатов, что частично объясняет, почему рекомендации для персонализации терапии, вырабатываемые разными профессиональными сообществами, бывают противоречивы [33]. Некоторые эксперты считают, что для каждого препарата перед его внедрением в клиническую практику следует собрать результаты рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), четко показывающих, что персонализированная терапия гарантирует более высокие преимущества, чем стандартная терапия [34, 35]. Однако на сегодняшний день результаты РКИ фактически доступны для ограниченного числа препаратов (аценокумарол, фенпрокумон, клопидогрел, статины, варфарин, ингибиторы протонной помпы, азатиоприн, такролимус, тиопурины, абакавир, препараты для высокоактивной антиретровирусной терапии, изониазид, нестероидные противовоспалительные препараты, опиоиды, антидепрессанты, нейропсихиатрические препараты, нортриптилин и венлафаксин). При этом в большинстве исследований показано, что терапевтические стратегии, основанные на фармакогеномике, имеют преимущества в сравнении с традиционными схемами лечения. Так, в группах пациентов, где препараты назначались с учетом генетического тестирования, наблюдается меньше побочных эффектов (21%), чем в контрольной группе, получающей стандартное лечение (27,7%) [36]. Более того, было обнаружено, что использование фармакогенетического тестирования коррелирует со снижением частоты госпитализаций по поводу токсичности лекарств, повышением эффективности терапии и снижением затрат на медицинскую помощь [37]. К сожалению, доступные данные, собранные с помощью РКИ, часто оспариваются из-за методологических ограничений большинства исследований. Наиболее важным ограничением является то, что число включенных пациентов слишком мало для проведения надежного статистического анализа. Поскольку только часть включенных в исследование пациентов несут генную вариацию, связанную с низкой эффективностью или повышенной токсичностью препарата, при фармакогенетической оценке требуется очень большое число пациентов, превышающее количество участников, необходимое для типичного РКИ [38]. Более того, результаты РКИ могут быть противоречивыми и затруднять принятие решения о необходимости рекомендовать проведение специфического фармакогенетического тестирования пациентам, получающим данный препарат. Типичным в этом отношении является случай тестирования на полиморфизм изофермента CYP2D6 у пациентов, получающих тамоксифен. Этот тест первоначально был рекомендован некоторыми экспертами из-за предполагаемого влияния варианта CYP2D6 на эффективность препарата. Однако в настоящее время онкологи обычно не проводят этот тест перед назначением тамоксифена из-за наличия серьезных ошибок генотипирования в нескольких исследованиях [39].

Некоторые ограничения РКИ могут быть преодолены путем проведения масштабного начального скрининга, чтобы оценить важность фармакогенетического тестирования только у пациентов с известной аллельной вариацией. Но этот метод также вызывает споры, поскольку он накладывает серьезные этические ограничения. Если исследуемый вариант связан с повышенным риском опасных для жизни нежелательных явлений, включение пациентов из группы риска в контрольную группу, получающую стандартную терапию, считается неэтичным [40].

С другой стороны, даже данные о возможных экономических преимуществах применения фармакогенетики не всегда свидетельствуют в пользу ее обязательного внедрения в широкую клиническую практику. Систематический анализ 108 исследований, оценивавших 39 препаратов, показал, что определение генетического варианта при назначении лечения было экономически эффективно в 48 случаях (44,4%). Наименьшие преимущества были обнаружены в исследованиях, оценивающих HLA-тестирование на абакавир, аллопуринол или карбамазепин. Всего было проведено 26 исследований, но экономия средств была выявлена только в 15 (57,7%) [41].

Каким бы ни был используемый метод, нет никаких сомнений в том, что внедрение фармакогенетики в клиническую практику может быть очень затратным для системы здравоохранения, особенно когда речь идет о редко назначаемых препаратах и относительно необычных генетических вариантах. Более того, вопрос широкого использования генетического тестирования остается очень сложным, поскольку включает в себя несколько этапов и вовлекает в процесс принятия решения разные заинтересованные стороны. Выбор изучаемых признаков осуществляется с учетом того, какие тесты разрешены в конкретной стране и доступны для исследования, а также характеристик пациентов с определенной патологией. Исследования инициируются фармацевтическими компаниями или медицинскими центрами, при этом в процесс вовлекаются лаборатории, непосредственно осуществляющие анализ аллельных вариантов генов. Ответственность при принятии решения, какой пациент должен пройти тестирование, интерпретации результатов теста и, наконец, выбора определенной терапевтической тактики лежит на медицинских работниках. Сложность организации таких исследований, высокие затраты на оплату труда сотрудников лабораторий, приобретение реактивов и расходных материалов для анализа в сочетании с необходимостью объяснения пациентам преимуществ генетического тестирования еще больше затрудняют внедрение фармакогенетики в клиническую практику [42].

Реализация подходов персонализированной медицины дополнительно осложняется в педиатрической практике, что связано с дефицитом знаний о клинической полезности и экономической эффективности фармакогенетики для детского населения.

На данный момент CPIC опубликовал 26 рекомендаций, используя данные исследований, проведенных в основном на взрослых людях. Около половины этих препаратов не изучались у детей или имеют ограниченные доказательства безопасности в педиатрической практике. Использование этих рекомендаций применительно к детям и подросткам остается спорным [43]. Однако фармакогенетические исследования в этой области продолжаются, что ведет к лучшему пониманию наследственных основ мультифакторных заболеваний и повышению эффективности их лечения [44].

Также существуют пробелы в понимании роли фармакогенетики у пожилых людей. Заболеваемость, смертность и расходы на медицинскую помощь из-за побочных реакций на лекарственные препараты являются серьезной проблемой в гериатрической практике, хотя многие из них предсказуемы и их можно избежать [45]. С увеличением продолжительности жизни и старением населения экономическое бремя госпитализации в связи с нежелательными реакциями и недостаточной эффективностью медикаментозной терапии будет только усугубляться [46]. Растет число исследований, подтверждающих позитивный эффект учета генетических полиморфизмов при составлении схем лечения пожилых пациентов [47]. Учитывая широкую распространенность полипрагмазии в гериатрической практике, значимость фармакогенетических исследований у пожилых трудно переоценить.

Еще одной важной проблемой, препятствующей активному внедрению фармакогеномики в клиническую практику, является низкая информированность медицинских работников об этом методе персонализации терапии. Так, в исследовании [48] показано, что курсы по фармакогеномике включены в учебные программы по медицине и фармации лишь в 10% случаев.

И если большинство программ по внедрению фармакогеномики, реализованных на сегодняшний день, проводятся в рамках городских систем здравоохранения или крупных академических институтов [49], то в отдаленных районах, особенно сельской местности, применение принципов персонализированной медицины крайне затруднительно. Таким образом может усугубляться и без того существующее неравенство в получении медицинской помощи [2]. Чтобы преодолеть возникающие барьеры, необходимо рассмотреть инновационные подходы, в том числе использование инструментов телемедицины [50].

### Заключение

Персонализированная медицина может значительно улучшить эффективность терапии различных мультифакторных заболеваний, а также стратегии популяционной профилактики. Учет генетических вариаций может привести к корректировке обычно рекомендуемых дозировок препаратов, улучшению фармакологической безопасности и

снижению побочных эффектов, связанных с приемом лекарств. Однако в настоящее время очень немногие медицинские центры руководствуются результатами генетического тестирования при выборе терапевтической тактики. Наиболее важными факторами, препятствующими активному внедрению фармакогенетики, являются недостаточное знание частоты генетических вариаций в данной популяции, высокие затраты на проведение исследований, пробелы в знаниях медицинских работников, а также этические и правовые коллизии. Клиницисты наряду с традиционно учитываемыми факторами риска должны научиться использовать данные генетического исследования при назначении лечения. При этом следует понимать, что фармакогеномика — это лишь одна из переменных, которые следует учитывать при персонализации терапии. Существенно помочь в этом отношении могли бы алгоритмы, включающие клинические и генетические факторы. Очевидно, что необходимы дальнейшие исследования роли аллельных вариантов в обеспечении эффективности и безопасности медикаментозной терапии. Дальнейшие исследования должны быть сосредоточены на проведении упреждающего фармакогенетического панельного тестирования для пациентов с хроническими заболеваниями и на оценке истинной частоты изученных генетических отклонений в различных популяциях. Поскольку большинство рекомендаций основаны на оценке влияния генетических полиморфизмов на эффективность и безопасность одного лекарственного средства, для пожилых людей с полипрагмазией крайне важно разработать методы и инструменты для прогнозирования множественных взаимодействий препаратов с генами. Кроме того, необходимо разработать эффективные, удобные для пользователя инструменты поддержки принятия клинических решений, стандартизировать терминологию и практику, доказать экономическую эффективность фармакогеномики. Этот процесс растянут во времени и требует больших усилий систем здравоохранения разных стран, но ожидаемый результат станет основополагающим шагом в решении проблем безопасности и эффективности лекарственной терапии.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Principi N., Petropulacos K., Esposito S. Impact of Pharmacogenomics in Clinical Practice. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2023;16(11):1596. doi: 10.3390/ph16111596
2. Shaaban S., Ji Y. Pharmacogenomics and health disparities, are we helping? *Front. Genet.* 2023;14:1099541. doi: 10.3389/fgene.2023.1099541
3. Thummel K. E., Lin Y. S. Sources of interindividual variability. In: *Enzyme Kinetics in Drug Metabolism*; Humana Press: Totowa, NJ, USA, 2014. P. 363—415.
4. Joy M. S. Impact of glomerular kidney diseases on the clearance of drugs. *J. Clin. Pharmacol.* 2012;52(Suppl. S1):23S—34S.
5. Weersink R. A., Bouma M., Burger D. M., Drenth J. P., Hunfeld N. G., Kranenborg M., Monster-Simons M. H., van Putten S. A., Metselaar H. J., Taxis K. Evaluating the safety and dosing of drugs in patients with liver cirrhosis by literature review and expert opinion. *BMJ Open*. 2016;6:e012991.

Здоровье и общество

6. Ruggiero A., Ariano A., Triarico S., Capozza M. A., Ferrara P., Attina G. Neonatal pharmacology and clinical implications. *Drugs Context*. 2019;8:212608.
7. Porta A., Esposito S., Menson E., Spyridis N., Tsolia M., Sharland M., Principi N. Off-label antibiotic use in children in three European countries. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2010;66:919–27.
8. Kalow W., Tang B. K., Endrenyi L. Hypothesis: Comparisons of inter- and intra-individual variations can substitute for twin studies in drug research. *Pharmacogenetics*. 1998;8:283–9.
9. Relling M., Evans W. Pharmacogenomics in the clinic. *Nature*. 2015;526:343–50.
10. Wang C.-W., Preclaro I. A. C., Lin W.-H., Chung W.-H. An Updated Review of Genetic Associations with Severe Adverse Drug Reactions: Translation and Implementation of Pharmacogenomic Testing in Clinical Practice. *Front. Pharmacol.* 2022;13:886377.
11. European Medicines Agency. Use of Pharmacogenetic Methodologies in the Pharmacokinetic Evaluation of Medicinal Products — Scientific Guideline. Режим доступа: <https://www.ema.europa.eu/en/use-pharmacogenetic-methodologies-pharmacokinetic-evaluation-medicinal-products-scientific-guideline> (дата обращения 01.09.2023).
12. U.S Food and Drug Administration. Administration Clinical Pharmacogenomics: Premarket Evaluation in Early-Phase Clinical Studies and Recommendations for Labeling. Режим доступа: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/clinical-pharmacogenomics-premarket-evaluation-early-phase-clinical-studies-and-recommendations> (дата обращения 01.09.2023).
13. U. S. Food and Drug Administration. Table of Pharmacogenetic Associations. Режим доступа: [www.fda.gov/medical-devices/precision-medicine/table-pharmacogenetic-associations](http://www.fda.gov/medical-devices/precision-medicine/table-pharmacogenetic-associations) (дата обращения 01.09.2023).
14. Relling M. V., Klein T. E., Gammal R. S., Whirl-Carrillo M., Hoffman J. M., Caudle K. E. The Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium: 10 years later. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2020;107:171–5.
15. Borobia A. M., Dapia I., Tong H. Y., Arias P., Munoz M., Tenorio J., Hernandez R., Garda Garda I., Gordo G., Ramirez E. Clinical Implementation of Pharmacogenetic Testing in a Hospital of the Spanish National Health System: Strategy and Experience over 3 Years. *Clin. Transl. Sci.* 2018;11:189–99.
16. Chen T., O'Donnell P. H., Middlestadt M., Ruhnke G. W., Danahey K., van Wijk X. M., Choksi A., Knoebel R., Hartman S., Yeo K. T. J. Implementation of pharmacogenomics into inpatient general medicine. *Pharmacogenetics Genom.* 2023;33:19–23.
17. Magavern E. F., Gurdasani D., Ng F. L., Lee S. S. J. Health equality, race and pharmacogenomics. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2022;88(1):27–33. doi: 10.1111/bcp.14983
18. Popejoy A. B. Diversity in precision medicine and pharmacogenetics: Methodological and conceptual considerations for broadening participation. *Pharmacogenomics Pers. Med.* 2019;12:257–71. doi: 10.2147/PGPM.S179742
19. Yang H. C., Chen C. W., Lin Y. T., Chu S. K. Genetic ancestry plays a central role in population pharmacogenomics. *Commun. Biol.* 2021;4:171. doi: 10.1038/s42003-021-01681-6
20. Alzubiedi S., Saleh M. I. Pharmacogenetic-guided warfarin dosing algorithm in african-Americans. *J. Cardiovasc Pharmacol.* 2016;67:86–92. doi: 10.1097/FJC.0000000000000317
21. Shendre A., Dillon C., Limdi N. A. Pharmacogenetics of warfarin dosing in patients of African and European ancestry. *Pharmacogenomics*. 2018;19:1357–71. doi: 10.2217/pgs-2018-0146
22. Madla C. M., Gavins F. K. H., Merchant H. A., Orlu M., Murdan S., Basit A. W. Let's talk about sex: Differences in drug therapy in males and females. *Adv. Drug Deliv. Rev.* 2021;175:113804. doi: 10.1016/j.addr.2021.05.014
23. Manteuffel M., Williams S., Chen W., Verbrugge R. R., Pittman D. G., Steinkellner A. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. *J. Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(2):112–9. doi: 10.1089/jwh.2012.3972
24. Ravindran T. S., Teerawattananon Y., Tannenbaum C., Vijayasingham L. Making pharmaceutical research and regulation work for women. *BMJ*. 2020;371:m3808. doi: 10.1136/bmj.m3808
25. Mezzalana S., Toffoli G. The effects of sex on pharmacogenetically guided drug treatment. *Pharmacogenomics*. 2021;22(15):959–62. doi: 10.2217/pgs-2021-0088
26. Haas D. M., Marsh D. J., Dang D. T., Parker C. B., Wing D. A., Simhan H. N. Prescription and other medication use in pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2018;131(5):789–98. doi: 10.1097/AOG.0000000000002579
27. Betcher H. K., George A. L., Jr. Pharmacogenomics in pregnancy. *Semin. Perinatol.* 2020;44(3):151222. doi: 10.1016/j.semperi.2020.151222
28. Wall E. H., Hewitt S. C., Case L. K., Lin C. Y., Korach K. S., Teuscher C. The role of genetics in estrogen responses: A critical piece of an intricate puzzle. *FASEB J.* 2014;28(12):5042–54. doi: 10.1096/fj.14-260307
29. Moyer A. M., de Andrade M., Faubion S. S., Kapoor E., Dudenkov T., Weinshilboum R. M. SLC01B1 genetic variation and hormone therapy in menopausal women. *Menopause*. 2018;25(8):877–82. doi: 10.1097/GME.0000000000001109
30. Vinogradova Y., Coupland C., Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2019;364:k4810. doi: 10.1136/bmj.k4810
31. Abou-Ismaïl M. Y., Citla Sridhar D., Nayak L. Estrogen and thrombosis: A bench to bedside review. *Thromb. Res.* 2020;192:40–51. doi: 10.1016/j.thromres.2020.05.008
32. Mauvais-Jarvis F., Berthold H. K., Campesi I., Carrero J. J., Dakal S., Franconi F. Sex- and gender-based pharmacological response to drugs. *Pharmacol. Rev.* 2021;73(2):730–62. doi: 10.1124/pharmrev.120.000206
33. Huebner T., Steffens M., Scholl C. Current status of the analytical validation of next generation sequencing applications for pharmacogenetic profiling. *Mol. Biol. Rep.* 2023;50:9587–99.
34. Koch B. C., van Schaik R. H., van Gelder T., Mathijssen R. H. Rotterdam Clinical Pharmacology Pharmacogenetics Group. Doubt about the feasibility of preemptive genotyping. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2013;93:233.
35. Wang B., Canestaro W. J., Choudhry N. K. Clinical evidence supporting pharmacogenomic biomarker testing provided in US Food and Drug Administration drug labels. *JAMA Intern. Med.* 2014;174:1938–44.
36. Swen J. J., van der Wouden C. H., Manson L. E., Abdullah-Koolmees H., Blagec K., Blagus T., Bohringer S., Cambon-Thomsen A., Cecchin E., Cheung K. C. A 12-gene pharmacogenetic panel to prevent adverse drug reactions: An open-label, multicentre, controlled, cluster-randomised crossover implementation study. *Lancet*. 2023;401:347–56.
37. Karamperis K., Koromina M., Papantoniou P., Skokou M., Kanelakis F., Mitropoulos K., Vozikis A., Muller D. J., Patrinos G. P., Mitropoulou C. Economic evaluation in psychiatric pharmacogenomics: A systematic review. *Pharmacogenom. J.* 2021;21:533–41.
38. Frueh F. W. Back to the future: Why randomized controlled trials cannot be the answer to pharmacogenomics and personalized medicine. *Pharmacogenomics*. 2009;10:1077–81.
39. Visvanathan K., Hurley P., Bantug E., Brown P., Col N. F., Cuzick J., Davidson N. E., DeCensi A., Fabian C., Ford L. Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J. Clin. Oncol.* 2013;31:2942–62.
40. Relling M. V., Altman R. B., Goetz M. P., Evans W. E. Clinical implementation of pharmacogenomics: Overcoming genetic exceptionalism. *Lancet Oncol.* 2010;11:507–9.
41. Morris S. A., Alsaïdi A. T., Verbyla A., Cruz A., Macfarlane C., Bauer J., Patel J. N. Cost Effectiveness of Pharmacogenetic Testing for Drugs with Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Guidelines: A Systematic Review. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2022;112:1318–28.
42. Kabbani D., Akika R., Wahid A., Daly A. K., Cascorbi I., Zgheib N. K. Pharmacogenomics in practice: A review and implementation guide. *Front. Pharmacol.* 2023;14:1189976.
43. Roberts T. A., Wagner J. A., Sandritter T., Black B. T., Gaedigk A., Stancil S. L. Retrospective review of pharmacogenetic testing at an academic children's hospital. *Clin. Transl. Sci.* 2021;14(1):412–1. doi: 10.1111/cts.12895
44. Ramsey L. B., Namerow L. B., Bishop J. R., Hicks J. K., Bousman C., Croarkin P. E. Thoughtful clinical use of pharmacogenetics in child and adolescent psychopharmacology. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2021;460(6):660–4. doi: 10.1016/j.jaac.2020.08.006
45. Hoel R. W., Giddings Connolly R. M., Takahashi P. Y. Polypharmacy management in older patients. *Mayo Clin. Proc.* 2021;96(1):242–56. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.06.012
46. Malki M. A., Pearson E. R. Drug-drug-gene interactions and adverse drug reactions. *Pharmacogenom. J.* 2020;20(3):355–66. doi: 10.1038/s41397-019-0122-0

47. Inventor B. R., Paun O. Pharmacogenomics in older adults: An integrative review. *Res. Gerontol. Nurs.* 2021;14(4):211–20. doi: 10.3928/19404921-20210428-01
48. Karas Kuzelicki N., Prodan Zitnik I., Gurwitz D., Llerena A., Cascorbi I., Siest S., Simmaco M., Ansari M., Pazzagli M., Di Resta C. Pharmacogenomics education in medical and pharmacy schools: Conclusions of a global survey. *Pharmacogenomics.* 2019;20:643–57.
49. Leitch T. M., Killam S. R., Brown K. E., Katseanes K. C., George K. M., Schwanke C. Ensuring equity: Pharmacogenetic implementation in rural and tribal communities. *Front. Pharmacol.* 2022;13:953142. doi: 10.3389/fphar.2022.953142
50. Naik H., Palaniappan L., Ashley E. A., Scot S. A. Digital health applications for pharmacogenetic clinical trials. *Genes. (Basel)* 2020;11(11):1261. doi: 10.3390/genes11111261
- Yeo K. T. J. Implementation of pharmacogenomics into inpatient general medicine. *Pharmacogenetics Genom.* 2023;33:19–23.
17. Magavern E. F., Gurdasani D., Ng F. L., Lee S. S. J. Health equality, race and pharmacogenomics. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2022;88(1):27–33. doi: 10.1111/bcp.14983
18. Popejoy A. B. Diversity in precision medicine and pharmacogenetics: Methodological and conceptual considerations for broadening participation. *Pharmacogenomics Pers. Med.* 2019;12:257–71. doi: 10.2147/PGPM.S179742
19. Yang H. C., Chen C. W., Lin Y. T., Chu S. K. Genetic ancestry plays a central role in population pharmacogenomics. *Commun. Biol.* 2021;4:171. doi: 10.1038/s42003-021-01681-6
20. Alzubiedi S., Saleh M. I. Pharmacogenetic-guided warfarin dosing algorithm in african-Americans. *J. Cardiovasc Pharmacol.* 2016;67:86–92. doi: 10.1097/FJC.0000000000000317
21. Shendre A., Dillon C., Limdi N. A. Pharmacogenetics of warfarin dosing in patients of African and European ancestry. *Pharmacogenomics.* 2018;19:1357–71. doi: 10.2217/pgs-2018-0146
22. Madla C. M., Gavins F. K. H., Merchant H. A., Orlu M., Murdan S., Basit A. W. Let's talk about sex: Differences in drug therapy in males and females. *Adv. Drug Deliv. Rev.* 2021;175:113804. doi: 10.1016/j.addr.2021.05.014
23. Manteuffel M., Williams S., Chen W., Verbrugge R. R., Pittman D. G., Steinkellner A. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. *J. Womens Health (Larchmt).* 2014;23(2):112–9. doi: 10.1089/jwh.2012.3972
24. Ravindran T. S., Teerawattananon Y., Tannenbaum C., Vijayasingham L. Making pharmaceutical research and regulation work for women. *BMJ.* 2020;371:m3808. doi: 10.1136/bmj.m3808
25. Mezzalana S., Toffoli G. The effects of sex on pharmacogenetically guided drug treatment. *Pharmacogenomics.* 2021;22(15):959–62. doi: 10.2217/pgs-2021-0088
26. Haas D. M., Marsh D. J., Dang D. T., Parker C. B., Wing D. A., Simhan H. N. Prescription and other medication use in pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2018;131(5):789–98. doi: 10.1097/AOG.00000000000002579
27. Betcher H. K., George A. L., Jr. Pharmacogenomics in pregnancy. *Semin. Perinatol.* 2020;44(3):151222. doi: 10.1016/j.semperi.2020.151222
28. Wall E. H., Hewitt S. C., Case L. K., Lin C. Y., Korach K. S., Teuscher C. The role of genetics in estrogen responses: A critical piece of an intricate puzzle. *FASEB J.* 2014;28(12):5042–54. doi: 10.1096/fj.14-260307
29. Moyer A. M., de Andrade M., Faubion S. S., Kapoor E., Dudenkov T., Weinshilboum R. M. SLC01B1 genetic variation and hormone therapy in menopausal women. *Menopause.* 2018;25(8):877–82. doi: 10.1097/GME.0000000000001109
30. Vinogradova Y., Coupland C., Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QRResearch and CPRD databases. *BMJ.* 2019;364:k4810. doi: 10.1136/bmj.k4810
31. Abou-Ismael M. Y., Citla Sridhar D., Nayak L. Estrogen and thrombosis: A bench to bedside review. *Thromb. Res.* 2020;192:40–51. doi: 10.1016/j.thromres.2020.05.008
32. Mauvais-Jarvis F., Berthold H. K., Campesi I., Carrero J. J., Dalkal S., Franconi F. Sex- and gender-based pharmacological response to drugs. *Pharmacol. Rev.* 2021;73(2):730–62. doi: 10.1124/pharmrev.120.000206
33. Huebner T., Steffens M., Scholl C. Current status of the analytical validation of next generation sequencing applications for pharmacogenetic profiling. *Mol. Biol. Rep.* 2023;50:9587–99.
34. Koch B. C., van Schaik R. H., van Gelder T., Mathijssen R. H. Rotterdam Clinical Pharmacology Pharmacogenetics Group. Doubt about the feasibility of preemptive genotyping. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2013;93:233.
35. Wang B., Canestaro W. J., Choudhry N. K. Clinical evidence supporting pharmacogenomic biomarker testing provided in US Food and Drug Administration drug labels. *JAMA Intern. Med.* 2014;174:1938–44.
36. Swen J. J., van der Wouden C. H., Manson L. E., Abdullah-Koolmees H., Blagec K., Blagus T., Bohringer S., Cambon-Thomsen A., Cecchin E., Cheung K. C. A 12-gene pharmacogenetic panel to prevent adverse drug reactions: An open-label, multicentre, controlled, cluster-randomised crossover implementation study. *Lancet.* 2023;401:347–56.
37. Karamperis K., Koromina M., Papantoniou P., Skokou M., Kanelakis F., Mitropoulos K., Vozikis A., Muller D. J., Patrinos G. P., Mi-

Поступила 25.04.2023  
Принята в печать 02.11.2023

## REFERENCES

1. Principi N., Petropulacos K., Esposito S. Impact of Pharmacogenomics in Clinical Practice. *Pharmaceuticals (Basel).* 2023;16(11):1596. doi: 10.3390/ph16111596
2. Shaaban S., Ji Y. Pharmacogenomics and health disparities, are we helping? *Front. Genet.* 2023;14:1099541. doi: 10.3389/fgene.2023.1099541
3. Thummel K. E., Lin Y. S. Sources of interindividual variability. In: *Enzyme Kinetics in Drug Metabolism*; Humana Press: Totowa, NJ, USA, 2014. P. 363–415.
4. Joy M. S. Impact of glomerular kidney diseases on the clearance of drugs. *J. Clin. Pharmacol.* 2012;52(Suppl. S1):23S–34S.
5. Weersink R. A., Bouma M., Burger D. M., Drenth J. P., Hunfeld N. G., Kranenburg M., Monster-Simons M. H., van Putten S. A., Metselaar H. J., Taxis K. Evaluating the safety and dosing of drugs in patients with liver cirrhosis by literature review and expert opinion. *BMJ Open* 2016;6:e012991.
6. Ruggiero A., Ariano A., Triarico S., Capozza M. A., Ferrara P., Attina G. Neonatal pharmacology and clinical implications. *Drugs Context.* 2019;8:212608.
7. Porta A., Esposito S., Menson E., Spyridis N., Tsolia M., Sharland M., Principi N. Off-label antibiotic use in children in three European countries. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2010;66:919–27.
8. Kalow W., Tang B. K., Endrenyi L. Hypothesis: Comparisons of inter- and intra-individual variations can substitute for twin studies in drug research. *Pharmacogenetics.* 1998;8:283–9.
9. Relling M., Evans W. Pharmacogenomics in the clinic. *Nature.* 2015;526:343–50.
10. Wang C.-W., Preclaro I. A. C., Lin W.-H., Chung W.-H. An Updated Review of Genetic Associations with Severe Adverse Drug Reactions: Translation and Implementation of Pharmacogenomic Testing in Clinical Practice. *Front. Pharmacol.* 2022;13:886377.
11. European Medicines Agency. Use of Pharmacogenetic Methodologies in the Pharmacokinetic Evaluation of Medicinal Products — Scientific Guideline. Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/use-pharmacogenetic-methodologies-pharmacokinetic-evaluation-medicinal-products-scientific-guideline> (accessed 01.09.2023).
12. U.S Food and Drug Administration. Administration Clinical Pharmacogenomics: Premarket Evaluation in Early-Phase Clinical Studies and Recommendations for Labeling. Available at: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/clinical-pharmacogenomics-premarket-evaluation-early-phase-clinical-studies-and-recommendations> (accessed 01.09.2023).
13. U. S. Food and Drug Administration. Table of Pharmacogenetic Associations. Available at: [www.fda.gov/medical-devices/precision-medicine/table-pharmacogenetic-associations](http://www.fda.gov/medical-devices/precision-medicine/table-pharmacogenetic-associations) (accessed 01.09.2023).
14. Relling M. V., Klein T. E., Gammal R. S., Whirl-Carrillo M., Hoffman J. M., Caudle K. E. The Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium: 10 years later. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2020;107:171–5.
15. Borobia A. M., Dapia I., Tong H. Y., Arias P., Munoz M., Tenorio J., Hernandez R., Garda Garda I., Gordo G., Ramirez E. Clinical Implementation of Pharmacogenetic Testing in a Hospital of the Spanish National Health System: Strategy and Experience over 3 Years. *Clin. Transl. Sci.* 2018;11:189–99.
16. Chen T., O'Donnell P. H., Middlestadt M., Ruhnke G. W., Danahey K., van Wijk X. M., Choksi A., Knoebel R., Hartman S.,

Здоровье и общество

- tropoulou C. Economic evaluation in psychiatric pharmacogenomics: A systematic review. *Pharmacogenom. J.* 2021;21:533–41.
38. Frueh F. W. Back to the future: Why randomized controlled trials cannot be the answer to pharmacogenomics and personalized medicine. *Pharmacogenomics.* 2009;10:1077–81.
39. Visvanathan K., Hurley P., Bantug E., Brown P., Col N. F., Cuzick J., Davidson N. E., DeCensi A., Fabian C., Ford L. Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J. Clin. Oncol.* 2013;31:2942–62.
40. Relling M. V., Altman R. B., Goetz M. P., Evans W. E. Clinical implementation of pharmacogenomics: Overcoming genetic exceptionalism. *Lancet Oncol.* 2010;11:507–9.
41. Morris S. A., Alsaidi A. T., Verbyla A., Cruz A., Macfarlane C., Bauer J., Patel J. N. Cost Effectiveness of Pharmacogenetic Testing for Drugs with Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) Guidelines: A Systematic Review. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2022;112:1318–28.
42. Kabbani D., Akika R., Wahid A., Daly A. K., Cascorbi I., Zgheib N. K. Pharmacogenomics in practice: A review and implementation guide. *Front. Pharmacol.* 2023;14:1189976.
43. Roberts T. A., Wagner J. A., Sandritter T., Black B. T., Gaedigk A., Stancil S. L. Retrospective review of pharmacogenetic testing at an academic children's hospital. *Clin. Transl. Sci.* 2021;14(1):412–1. doi: 10.1111/cts.12895
44. Ramsey L. B., Namerow L. B., Bishop J. R., Hicks J. K., Bousman C., Croarkin P. E. Thoughtful clinical use of pharmacogenetics in child and adolescent psychopharmacology. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2021;460(6):660–4. doi: 10.1016/j.jaac.2020.08.006
45. Hoel R. W., Giddings Connolly R. M., Takahashi P. Y. Polypharmacy management in older patients. *Mayo Clin. Proc.* 2021;96(1):242–56. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.06.012
46. Malki M. A., Pearson E. R. Drug-drug-gene interactions and adverse drug reactions. *Pharmacogenom. J.* 2020;20(3):355–66. doi: 10.1038/s41397-019-0122-0
47. Inventor B. R., Paun O. Pharmacogenomics in older adults: An integrative review. *Res. Gerontol. Nurs.* 2021;14(4):211–20. doi: 10.3928/19404921-20210428-01
48. Karas Kuzelicki N., Prodan Zitnik I., Gurwitz D., Llerena A., Cascorbi I., Siest S., Simmaco M., Ansari M., Pazzagli M., Di Resta C. Pharmacogenomics education in medical and pharmacy schools: Conclusions of a global survey. *Pharmacogenomics.* 2019;20:643–57.
49. Leitch T. M., Killam S. R., Brown K. E., Katseanes K. C., George K. M., Schwanke C. Ensuring equity: Pharmacogenetic implementation in rural and tribal communities. *Front. Pharmacol.* 2022;13:953142. doi: 10.3389/fphar.2022.953142
50. Naik H., Palaniappan L., Ashley E. A., Scot S. A. Digital health applications for pharmacogenetic clinical trials. *Genes. (Basel)* 2020;11(11):1261. doi: 10.3390/genes11111261

© БЕЗЫМЯННЫЙ А. С., МИНГАЗОВА Э. Н., 2024  
УДК 614.2

Безымянный А. С.<sup>1</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>2,3,4</sup>

## ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ФАКТОРЫ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

<sup>1</sup>ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы», 115280, г. Москва;

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

<sup>3</sup>ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань;

<sup>4</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» ФМБА России, 123098, г. Москва

*Исследование проведено методом анкетирования среди сотрудников трех поликлиник г. Москвы. Основной диагностической методикой, используемой в анкете, был научно обоснованный международный опросник Maslach Burnout Inventory (МБИ), разработанный с учетом специфики деятельности медицинских специалистов. Анализ данных опроса сотрудников московских городских поликлиник показал, что общая распространенность выгорания составляет 17%: среди врачей — 21%, среди среднего медицинского персонала — 14%, среди немедицинского персонала — 19%. Средний возраст работников с выгоранием составляет 34–49 лет. Среди сотрудников с выгоранием более половины имели высшее, 30% — среднее специальное образование. Основными факторами профессионального выгорания работники считают необходимость проводить большую часть (до 92%) рабочего времени за компьютером, нереалистичные ожидания пациентов от оказанной им медицинской помощи (до 88%), нехватку времени на прием и на личную жизнь. У большинства сотрудников уровень редуциции личных достижений был средним (35%) и низким (43%), что говорит о благополучии рабочей среды. Результаты опроса позволяют считать, что в поликлиническом звене здравоохранения г. Москвы серьезных конфликтов в коллективах нет, имеющиеся конфликты не выходят за рамки рабочих отношений.*

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание; факторы; городские поликлиники; г. Москва; московское здравоохранение; медицинские работники; средний медицинский персонал.

**Для цитирования:** Безымянный А. С., Мингазова Э. Н. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):180–186. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-180-186>

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

Bezmyanny A. S.<sup>1</sup>, Mingazova E. N.<sup>2,3,4</sup>

## THE PROFESSIONAL BURNOUT OF MEDICAL WORKERS AND ITS DETERMINING FACTORS

<sup>1</sup>The State Public Institution “The Directorate on Coordination of Activities of Medical Organizations of the Moscow Health Care Department”, 115280, Moscow, Russia;

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

<sup>3</sup>The Federal State Budget Institution “The Kazan State Medical University”, 420012, Kazan, Russia;

<sup>4</sup>The Medical Biological University of Innovations and Continuous Education of the A. I. Burnazyan State Research Center of Russian Federation — Federal Medical Biophysical Center of the Institute of Post-graduate Education, 123098, Moscow, Russia

*The study was carried out using survey technique applied to sampling of workers of the first three polyclinics of Moscow. The method was based on international questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) that permitted to consider characteristics of activity of medical professionals. The analysis of results of study demonstrated that overall prevalence of burnout among doctors is 17%, among nursing personnel — 21%, among non-medical personnel — 19%. The average age of workers with professional burnout is 34–49 years. Among workers with burnout more than half of them had higher education and 30% had specialized secondary education. The workers consider as main factors of professional burnout necessity to spend most of working time at the computer (up to 92%), unrealistic expectations of patients from received medical care (up to 88%), deficiency of time for reception of patients and personal life. The majority of employees had an average (35%) and low (43%) level of reduction in personal achievements that testifies well-being of work environment. The conclusion is made that in polyclinic section of Moscow health care there are no serious conflicts in collectives and existing conflicts are within limits of working relationships.*

**Keywords:** professional burnout; factors; polyclinics; Moscow; health care; medical workers; nursing personnel.

**For citation:** Bezmyanny A. S., Mingazova E. N. The professional burnout of medical workers and its determining factors. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoohraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):180–186 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-180-186>

**For correspondence:** Mingazova E. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia”, e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 10.05.2023

Accepted 02.11.2023

## Введение

В 2022 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила синдром эмоционального

выгорания в перечень Международной классификации болезней: МКБ-10 — F73.0 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» и

Здоровье и общество

МКБ-11 — QD85 «Профессиональное выгорание» [1].

Профессиональное выгорание среди медицинских работников считается более распространенным по сравнению с другими работающими группами населения и является значимой социальной проблемой в здравоохранении. Профессиональное выгорание проявляется в виде эмоционального истощения, нередко сопровождается возникновением чувства цинизма и деперсонализации (отношения к пациентам как к объектам), а также чувства собственной неэффективности и недостаточных личных достижений. Эмоциональное истощение (выгорание) определяется как реакция на длительный стресс, связанный с работой, который является серьезным состоянием и дает негативные последствия на личном и профессиональном уровнях. Из научных источников известно, что примерно каждый третий врач в мире испытывает эмоциональное выгорание. От  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{3}$  врачей, чаще женщин, сообщают о наличии симптомов ухудшения психического здоровья [2—8].

Цель исследования — на основе обзора научной литературы и анализа результатов собственных исследований, проведенных среди сотрудников московских городских поликлиник, определить распространенность профессионального выгорания и выявить факторы, его определяющие.

### Материалы и методы

Собственное исследование проведено среди сотрудников ( $n=846$ ) трех Государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 2 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГП № 2 ДЗМ), «Городская поликлиника № 218 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГП № 218 ДЗМ) и «Детская городская поликлиника № 38 Департамента здравоохранения города Москвы» (ДГП № 38 ДЗМ). Методы исследования: библиографический, аналитический, социологический, статистический.

Считается, что симптоматика профессионального выгорания является довольно сложной и развивается в несколько стадий. В настоящее время используется 5-этапная модель развития выгорания. Сначала сотрудник проявляет энтузиазм на работе. Однако со временем в ней неизбежно появляются трудности. Если на этом этапе не будут реализованы позитивные стратегии преодоления трудностей, то может начаться процесс выгорания. Далее следует стадия застоя, когда появляется стресс на работе. Жизнь ограничивается работой, в то время как семья, общественная жизнь и личные приоритеты игнорируются, появляются общие симптомы стресса, которые влияют на человека не только эмоционально, но и физически. Далее развивается стадия хронического стресса, приводящая к фрустрации. У людей возникает чувство неудачи и чувство бессилия. Усилия явно не окупаются, а впечатление или факт отсутствия достаточного признания ведет к ощущению некомпетентности и неадекватности. Это при-

водит к стадии апатии, когда возникают отчаяние и разочарование. Люди не видят выхода из ситуации, смиряются и становятся равнодушными. Завершающая стадия — привычное выгорание. В целом симптомы выгорания вызывают серьезные физические или эмоциональные проблемы, которые требуют вмешательства [5].

Эмоциональное выгорание и профессиональный стресс медицинских работников приводят к ухудшению коммуникативных навыков и снижению продуктивности. Для пациентов выгорание врачей имеет такие последствия, как сокращение времени на прием, задержка в диагностике и лечении, снижение качества и результатов оказываемой помощи, увеличение числа врачебных ошибок. Выгорание врачей приводит к высокой текучести кадров и экономическим потерям из-за врачебных ошибок, оттоку медицинских кадров, потенциальному преждевременному окончательному уходу из медицинской практики и высоким затратам на подбор персонала, а также сокращению и повышению стоимости медицинских услуг, росту недовольства пациентов и отставанию системы здравоохранения [9—13].

Несколько факторов способствовали возникновению огромных проблем и требований, с которыми сталкиваются работники здравоохранения в мире еще до пандемии COVID-19: быстро меняющаяся система здравоохранения, где достижения в области медицинской информации и биомедицинских технологий сопровождаются обременительными административными задачами, требованиями и сложным массивом информации для анализа [13].

Для того чтобы регулярно измерять и отслеживать профессиональное выгорание медицинских работников и уровень благополучия в медицинских организациях, необходимо проводить систематический анализ, используя проверенные инструменты. Сюда входят исследования, которые периодически изучают изменения состояния здоровья по медицинской организации и ее отделениям, а также по таким показателям, как пол, возраст, инвалидность, группы медицинских работников, в том числе работающие на низкооплачиваемых должностях, а также работающие в сельской местности и в различных сообществах. Полученные данные способствуют пониманию причин и последствий выгорания и морального стресса для всех работников здравоохранения, включая малоизучаемые группы, а также помогают оптимально распределять ресурсы и оценивать своевременные культурно приемлемые вмешательства со стороны организации и общества [13].

Сравнительный анализ распространенности эмоционального выгорания среди японских медицинских работников и среди работающего населения в целом в возрасте 20—64 лет выявил выгорание у 33,5% медицинских работников и 31% работающего населения в целом [14]. В США еще до пандемии коронавирусной инфекции 2019 г. (COVID-19) эмоциональное выгорание затрагивало почти половину американских врачей. Примерно 35—54% медсестер

и врачей и 45—60% студентов-медиков и ординаторов сообщают о симптомах выгорания [13, 15, 16].

Федеральный опрос, проведенный в РФ в 2022 г. среди 23 457 медицинских работников, показал следующие результаты: 49,2% медиков имеют признаки профессионального выгорания, включая стресс, апатию, низкую оценку собственного труда, 16,5% испытывают сильное профессиональное выгорание, а 30% находятся в группе риска — думают об уходе из профессии [17].

В 2023 г. междисциплинарная команда, включающая специалистов ГКУ города Москвы «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы» под руководством А. С. Безымянного, а также представителей Центра экстренной психологической помощи Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова разработала анкету с целью изучения проблемы профессионального выгорания и факторов, его определяющих, среди медицинских работников г. Москвы. Основной диагностической методикой, используемой в анкете, был научно обоснованный международный опросник Maslach Burnout Inventory (MBI), разработанный с учетом специфики деятельности медицинских специалистов. На русский язык методика диагностики синдрома профессионального выгорания MBI была переведена и адаптирована Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой. В дополнение к уже имеющимся вариантам опросника авторы разработали анкеты для управленческих кадров, которые были использованы для диагностики синдрома профессионального выгорания среди специалистов в отделах управления организации [18, 19].

Знание уровня профессионального выгорания среди медицинских работников и, самое главное, оценка психосоциальных и физических факторов, вызывающих выгорание, могут оказаться полезными при разработке стратегии профилактики и охраны здоровья [20].

Выявление факторов, которые способствуют профессиональному выгоранию, может помочь пониманию их влияния на организацию и реализации мер по созданию благоприятной рабочей среды и устойчивости организации, а также по повышению качества работы сотрудников.

Этиопатогенез выгорания многофакторен. Факторы, способствующие выгоранию, включают в себя дисбаланс между уровнем требований и широтой принятия решений в рабочей ситуации человека. Требования, предъявляемые на работе, которые могут вызвать стресс, включают в себя такие аспекты, как скорость работы, доступность, дефицит времени, время в пути, сложность задач. Широта принятия решений относится к возможностям и свободе сотрудника организовывать рабочую нагрузку и управлять ею. С учетом этих факторов работа мо-

жет быть с низкой и высокой нагрузкой, а также пассивной и активной. Дисбаланс усилий и вознаграждения на работе, предполагающий несоответствие между высокой рабочей нагрузкой и низким контролем над долгосрочным вознаграждением, может также способствовать профессиональному выгоранию. Организационная несправедливость является еще одним компонентом этиопатогенеза выгорания. Выделяют четыре компонента организационной справедливости: распределительную, процедурную, межличностную и информационную, — нарушение которых влечет за собой выгорание [5].

Основными факторами, способствующими профессиональному выгоранию, считаются интенсивная рабочая нагрузка, высокие требования на работе, ролевая неопределенность, отсутствие контроля, дефицит или текучка кадров в организации, отсутствие должного вознаграждения на работе, чувство неопределенности, возникающее из-за организации рабочего места, чувство угрозы, неудовлетворительное социальное взаимодействие, отсутствие личного контроля над работой, а также дисбаланс между работой и личной жизнью. Цинизм означает негативное отношение, характеризующееся скептицизмом, недоверием и презрением к другим работникам, пациентам и организации. Цинизм может проявляться в саркастических замечаниях, отказе от социальных взаимодействий и отсутствии приверженности организации. Цинизм часто изучают в связи с выгоранием, однако его также можно рассматривать как отдельную конструкцию, влияющую на отношение и поведение сотрудников. На цинизм, связанный с выгоранием, могут влиять негативное отношение к внутренней политике организации, отсутствие справедливости и негативный межличностный опыт в организации. Социальная поддержка, самостоятельность и обратная связь могут выступать в качестве защитных механизмов против выгорания на работе [20, 21].

Цинизм связан со снижением удовлетворенности работой, снижением организационной приверженности, снижением производительности труда, увеличением текучести кадров и более высоким уровнем межличностных конфликтов. Он может препятствовать сотрудничеству, доверию и обмену знаниями внутри организаций, тем самым препятствуя развитию позитивной рабочей среды [21].

Исследователи считают, что справедливое отношение к работникам и оптимальная укомплектованность персоналом могут снизить уровень стресса медицинских работников [7].

В организациях, где сотрудники чувствуют себя лишенными поддержки и недооцененными, существует тесная связь этих факторов с чувством стресса, выгорания и намерением покинуть сектор здравоохранения. Снижению профессионального выгорания медицинских работников и созданию благоприятной рабочей среды способствуют: прозрачность коммуникации, обеспечение конкурентоспособной заработной платы и продвижение внутренней политики медицинской организации, ориенти-

## Здоровье и общество

рованной на семью, включая поддержку сотрудников в уходе за детьми и за пожилыми людьми, а также периодический анализ рабочей нагрузки персонала, количества пациентов, рабочего времени, возможностей дополнительной оплаты за дополнительную нагрузку и работу в опасных условиях. Медицинские организации также могут продвигать непрерывное образование и профессиональное развитие, расширить возможности карьерного роста на всех уровнях, особенно для женщин и других недостаточно представленных категорий работников [13].

Среди сотрудников с выгоранием 17% имеют высокий уровень эмоционального выгорания, 1% — крайне высокий, 45% — средний уровень, 36% — низкий, 2% — крайне низкий уровень, у руководителей и их заместителей профессионального выгорания не было.

Уровень деперсонализации (цинизма) среди опрошенных был крайне высоким у 3%, высоким — у 15%, средним — у 36%, низким — у 42% и крайне низким — у 5% сотрудников.

Как сообщили сотрудники, принимавшие участие в опросе, высокий уровень редуции личных достижений был отмечен у 9%, средний — у 35%, низкий — у 43%, и крайне низкий — у 12%.

Врачи часто сообщают, что административное бремя (заполнение форм, работа с несколькими формулярами, получение предварительного разрешения и сетевые ограничения, а также документирование показателей качества) являются важными факторами, способствующими выгоранию. К другим факторам выгорания относятся громоздкие электронные медицинские карты, давление со стороны руководства для высокой производительности, сверхурочная работа и потеря личной автономии [15].

Основными факторами профессионального выгорания являются необходимость проводить большую часть рабочего дня перед экраном компьютера (60—92%), нереалистичные ожидания пациентов от оказанной им медицинской помощи (75—88%), недостаток времени на личную жизнь, нехватка времени на прием одного пациента (53—75%).

Опрос об уровне профессионального выгорания, проведенный в «ГП № 2 ДЗМ» ( $n=281$ ), показал, что у 84% «выгоревших» сотрудников наблюдаются проблемы со сном, 80% сообщили о слишком большом количестве пациентов в течение рабочего дня, у 80% есть беспокойство по поводу того, что они не могут отстаивать свое мнение или возражать администрации/пациентам из-за негативных последствий для себя. Согласно данным опроса в «ДГП № 38 ДЗМ» ( $n=148$ ), 60% сотрудников с профессиональным выгоранием сообщили о том, что общественное мнение скорее настроено против медицинских работников и они не видят перспектив для карьерного роста в условиях амбулаторного звена. В результате опроса в «ГП № 218 ДЗМ» ( $n=417$ ) установлено, что 76% сотрудников испытывают стресс на рабочем месте из-за плохо организованного ра-

бочего процесса (очереди пациентов, потеря медицинских документов, вынужденный прием пациентов без записи, ошибки администраторов при маршрутизации пациентов внутри медицинской организации).

По результатам оценки материального положения в выборке сотрудников «ГП № 2 ДЗМ», «ГП № 218 ДЗМ» и «ДГП № 38 ДЗМ», прошедших анкетирование ( $n=846$ ), 4% сотрудников считают себя хорошо обеспеченными людьми, которые могут достаточно легко позволить себе покупку автомобиля или оплату путешествия, среди сотрудников с профессиональным выгоранием таковыми себя считают всего 1%. Почти половина (52%) сотрудников, относящих себя к обеспеченным людям, считают, что они не могут позволить себе дорогостоящие приобретения (автомобиль, путешествия) без обращения к кредиту или предварительных накоплений; среди сотрудников с профессиональным выгоранием к таким людям себя относят 41%. Среди опрошенных 35% сообщают о том, что им хватает на еду и одежду, но покупка крупной бытовой техники для них без обращения к кредиту проблематична; среди признающих в себе выгорание у 43% также хватает только на еду и одежду. Среди 846 принявших участие в опросе сотрудников трех поликлиник г. Москвы 9% сообщают, что живут крайне экономно, на ежедневные расходы хватает, а покупка одежды уже представляет трудность, среди сотрудников с профессиональным выгоранием ответившие так составляют 16%.

Работники, которые испытывали или испытывают несправедливое отношение к себе и дискриминацию (гендерную, социально-экономическую) на работе, чаще сообщают об эмоциональных проблемах и чувствуют себя подавленными или незащищенными. Если работники чувствуют несправедливое отношение к себе и работают при кадровом дефиците в организации, у них часто развивается дистресс. Известно, что женщины-врачи имеют более высокий уровень выгорания, чем мужчины. В частности, личный опыт дискриминации и стресс на работе в значительной степени способствуют выгоранию у молодых женщин-врачей [7, 9].

Микроагрессия и психологически небезопасная рабочая среда тесно связаны между собой; взаимно усиливаясь, они способствуют психологической незащищенности и выгоранию медицинских работников [22].

Как показал опрос ( $n=846$ ), 60% общего числа опрошенных и 36% сотрудников, сообщивших о профессиональном выгорании, считают, что в их коллективе нет конфликтов; 32% общего числа сотрудников и 47% сотрудников с выгоранием считают, что конфликты в коллективе есть, но они не выходят за рамки обычного, и только 7% общего числа работников больниц и 18% сотрудников с выгоранием видят конфликты в своем коллективе, которые вызывают тревогу.

Вовлеченность — физическое, эмоциональное и интеллектуальное состояние, в котором сотрудни-

ки стремятся выполнять работу как можно лучше. Повышению вовлеченности сотрудников в рабочую среду медицинского коллектива способствуют развитие корпоративной культуры, тренинги, психологические консультации и корпоративный спорт. Комнаты профессионального роста и науки в поликлиниках, а также комнаты психологической разгрузки являются необходимым компонентом стратегии комплексной борьбы и профилактики профессионального выгорания.

По данным опроса, почти половина сотрудников с профессиональным выгоранием не вовлечены в деятельность коллектива: уровень вовлеченности сотрудников с выгоранием в ГП № 218 ДЗМ составляет 49%, в ГП № 2 ДЗМ — 51%, в ДГП № 38 ДЗМ — 49%. При этом общий уровень вовлеченности сотрудников в ГП № 218 ДЗМ» составляет 72%, в ГП № 2 ДЗМ» — 72%, в ДГП № 38 ДЗМ — 81%.

Зарубежные исследователи считают, что выгорание медицинских работников может иметь финансовые последствия для системы здравоохранения, особенно в связи с затратами на замену персонала. Так, по оценкам, ежегодные затраты на текучесть кадров в США, связанные с выгоранием, составляют 9 млрд долларов для медсестер и от 2,6 до 6,3 млрд долларов для врачей, включая текучесть кадров среди других категорий медицинских работников [13].

Согласно данным опроса об уровне профессионального выгорания, проведенного в ГП № 2 ДЗМ в 2023 г. ( $n=281$ ), 68% медицинских работников с выгоранием имеют общий трудовой стаж до 10 лет, а средний возраст данной категории работников составляет 34 года. В возрастной группе 20—35 лет 68% сотрудников имели профессиональное выгорание, в группе 36—50 лет — 12% и в группе 51 года и старше — 20%. В ДГП № 38 ДЗМ средний возраст медицинских работников с выгоранием составил 49 лет. В возрастной группе 20—35 лет доля работников с выгоранием составила 27%, 36—50 лет — 60%, среди специалистов в возрасте 51 года и старше около 13% сообщили о выгорании. По данным опроса в ГП № 218 ДЗМ, средний возраст работников с выгоранием составил 39 лет. В этой медицинской организации в возрастной группе 20—35 лет сообщили о выгорании 45% работников, среди работников 36—50 лет — 36%, в возрастной группе 51 года и старше — 18%.

По результатам опроса сотрудников трех поликлиник г. Москвы, 46% из них имели высшее образование, 37% — среднее специальное образование, 2% — ученую степень, 11% — окончили магистратуру и бакалавриат. Среди сотрудников с выгоранием 50% имели высшее образование, 8% окончили магистратуру, 9% окончили бакалавриат, 1% имели ученую степень и 30% имели среднее специальное образование.

В 2022 г. из системы здравоохранения г. Москвы ушли 1856 врачей — молодых специалистов, из них 571 врач покинул профессию окончательно. В ТОП-10 антирейтинга медицинских организаций г. Мо-

сквы 24% общего числа молодых специалистов ушли из профессии. В целом, при средних затратах на образование одного врача в 2,7 млн руб. общие ежегодные финансовые потери бюджета г. Москвы из-за ухода из профессии молодых специалистов составляют более 1,5 млрд руб.

### Обсуждение

Анализ данных опроса сотрудников ГП № 2 ДЗМ, ГП № 218 ДЗМ и ДГП № 38 ДЗМ показал, что средний возраст работников с профессиональным выгоранием составляет 34—49 лет, а это возраст пика их работоспособности и расцвета талантов. Среди сотрудников с выгоранием более половины имели высшее образование, почти каждый третий сотрудник — среднее специальное. Основными факторами профессионального выгорания работники считают необходимость проводить большую часть рабочего времени (до 92%) за компьютером, нереалистичные ожидания пациентов от оказанной им медицинской помощи (до 88%), нехватку времени на прием и на личную жизнь. Средний уровень выгорания (45%) и средний уровень деперсонализации/цинизма (36%) отмечается у значительной доли сотрудников. При отсутствии профессионального выгорания у руководителей и заместителей уровень профессионального выгорания среди управленческих кадров крайне низкий (10%), за исключением должности главной медицинской сестры. У большинства сотрудников уровень редуциции личных достижений был средним (35%) и низким (43%), что говорит о благополучии рабочей среды. Можно считать, что в поликлиническом звене здравоохранения г. Москвы серьезных конфликтов в коллективах нет, имеющиеся конфликты не выходят за рамки рабочих отношений. Уровень вовлеченности сотрудников, сообщивших о профессиональном выгорании, составляет около 50% при общей вовлеченности сотрудников около 70—80%.

Серьезную озабоченность вызывает экономическое положение медицинских работников: только 4% сотрудников в поликлиниках, где был проведен опрос, хорошо обеспечены, могут позволить себе путешествия и отдых. Почти половина работников испытывают трудности с приобретением автомобиля и не могут позволить себе путешествия без обращения к кредиту. Значительной доле (35%) сотрудников хватает на еду при сложностях с покупкой бытовой техники, также есть 7% сотрудников, которым хватает на еду, но покупка одежды для них представляет трудность. Можно предположить, что профессиональное выгорание среди медицинского персонала также накладывается на финансовые и личные проблемы. Среди высокооплачиваемых сотрудников высшего управленческого уровня (руководители и заместители) профессиональное выгорание не отмечено.

Комплексный подход к решению проблемы профессионального выгорания медицинских работников позволит достичь синергического эффекта до-

Здоровье и общество

биться сокращения профессионального выгорания медицинских работников в более короткие сроки.

Программы профилактики профессионального выгорания медицинских работников в городских поликлиниках Департамента здравоохранения города Москвы предполагают организацию обучения управленческих команд медицинских организаций. Основные темы образовательных тем включают в себя вопросы влияния корпоративной культуры на профессиональное выгорание, профилактики выгорания молодых специалистов и удержания талантливых кадров в профессии, биохакинга, борьбы здорового организма с выгоранием, «правильного» стресса, роли комнат психологической разгрузки, опыта МЧС России в борьбе с профессиональным выгоранием, роли профсоюзов как помощников в борьбе с профессиональным выгоранием, способы борьбы с деструктивными копинг-стратегиями.

Руководству необходимо выделять достаточно времени для неклинической работы с целью наблюдения, обучения и непрерывного профессионального развития медицинских работников. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы изучить связь между неклиническим временем и выгоранием клиницистов.

Регулярная оценка и мониторинг уровня профессионального выгорания медицинских работников могут предотвратить стресс и выгорание. Организационная поддержка может быть связана с благополучием работников и устойчивостью системы.

Развитие уровня вовлеченности медицинских работников напрямую влияет на реализацию общих ценностей как основного элемента объединения коллектива, развития корпоративной культуры, включая пациентоориентированность, профессионализм, доброжелательность, командную работу, взаимодоверие и взаимоуважение, а также на высокое качество оказания медицинской помощи.

С учетом высокого уровня профессионального выгорания среди женщин больше внимания следует уделять созданию благоприятной рабочей среды и безопасных условий труда для женщин с целью снижения психологической нагрузки в связи с работой.

Достаточное финансирование здравоохранения, сокращение неравенства в отношении оплаты труда, создание благополучной рабочей среды в медицинских учреждениях могут уменьшить выгорание медицинских работников.

### Заключение

На фоне усиления профессионального выгорания, которое уже давно испытывают работники здравоохранения, особенно после пандемии COVID-19, зависимость общества от успешной работы и благополучия медицинских работников, устойчивости системы здравоохранения будет расти. Необходимы усилия со стороны государственных органов и общества, чтобы выявить прогнозируемый дефицит кадров в связи с выходом на пенсию и уходом из профессии дипломированных медицинских работников и спрос на врачей и других

специалистов в области здравоохранения для обеспечения отрасли необходимыми кадрами.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. WHO. Available at: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
2. Harvey S. B., Epstein R. M., Glozier N., Petrie K. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet*. 2021;398(10303):920—30. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01596-8
3. Mir H., Downes K., Chen A. F. Physician wellness in orthopaedic surgery: a multinational survey study. *Bone Jt Open*. 2021;2(11):932—9. doi: 10.1302/2633-1462.211.BJO-2021-0153
4. Verret C. I., Nguyen J., Verret C., Albert T. J., Fufa D. T. How Do Areas of Work Life Drive Burnout in Orthopaedic Attending Surgeons, Fellows, and Residents? *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2021;479(2):251—62. doi: 10.1097/CORR.0000000000001457
5. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg. Anesth.* 2020;13:171—83. doi: 10.2147/LRA.S240564
6. Miller A. G., Burr K. L., Juby J. Enhancing Respiratory Therapists' Well-Being: Battling Burnout in Respiratory Care. *Respir. Care*. 2023;68(5):692—705. doi: 10.4187/respcare.10632
7. Rubin B., Goldfarb R., Satele D., Graham L. Burnout and distress among allied health care professionals in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey. *CMAJ Open*. 2021;9(1). doi: 10.9778/cmajo.20200059
8. Malik H., Annabi C. A. The impact of mindfulness practice on physician burnout: A scoping review. *Front. Psychol.* 2022;13. doi: 10.3389/fpsyg.2022.956651
9. Lee S. J., Jung S. I., Kim M. G., et al. The Influencing Factors of Gender Differences on Mental Burdens in Young Physiotherapists and Occupational Therapist. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(6). doi: 10.3390/ijerph18062858
10. LeNoble C. A., Pegram R., Shuffler M. L. To Address Burnout in Oncology, We Must Look to Teams: Reflections on an Organizational Science Approach. *JCO Oncol. Pract.* 2020;16(4). doi: 10.1200/JOP.19.00631
11. Vasquez T. S., Vasquez R. S., Bylund C. L. Healthcare Burnout. In *The International Encyclopedia of Health Communication*. E. Y. Ho, C. L. Bylund, J. C. M. van Weert, I. Basnyat, N. Bol, M. Dean (eds). 2023. doi: 10.1002/9781119678816.ieh0557
12. Shin P., Desai V., Conte A. H., Qiu C. Time Out: The Impact of Physician Burnout on Patient Care Quality and Safety in Perioperative Medicine. *Perm. J.* 2023;27(2):160—8. doi: 10.7812/TPP/23.015
13. Office of the Surgeon General (OSG). Addressing Health Worker Burnout: The U.S. Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2022. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595228/>
14. Matsuo T., Yoshioka T., Okubo R., Nagasaki K., Tabuchi T. Burnout and its associated factors among healthcare workers and the general working population in Japan during the COVID-19 pandemic: a nationwide cross-sectional internet-based study. *BMJ Open*. 2022;12(11). doi: 10.1136/bmjopen-2022-064716
15. Greep N. C., Woolhandler S., Himmelmanstein D. Physician Burnout: Fix the Doctor or Fix the System? *Am. J. Med.* 2022;135(4):416—7. doi: 10.1016/j.amjmed.2021.10.011
16. Lavasani S. Surviving Burnout as an Oncologist. *Curr. Oncol. Rep.* 2023;25(2):131—4. doi: 10.1007/s11912-022-01351-8
17. Результаты тестирования по теме «Профессиональное выгорание медицинских работников». Режим доступа: [https://vblagodarost.ru/images/result\\_test.pdf](https://vblagodarost.ru/images/result_test.pdf)
18. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory. In: *Evaluating Stress: A Book of Resources*, 3rd ed. Scarecrow Education, Lanham; 1997. P. 191—218.
19. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. М.: Юрайт; 2017. 336 с.
20. Kowalska J., Chybowski D., Wójtowicz D. Analysis of the Sense of Occupational Stress and Burnout Syndrome among Working Physiotherapists-A Pilot Study. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(12). doi: 10.3390/medicina57121290

21. Wenying Y. Understanding the Relationship between Burnout, Cynicism, and Organizational Learning Culture: A Conceptual Framework for Private Security Companies in Beijing, China. *DREAM J.* 2023;02(06):34–9. doi: 10.56982/dream.v2i06.133
22. Desai V., Conte A. H., Nguyen V. T., Shin P., Sudol N. T., Hobbs J., Qiu C. Veiled Harm: Impacts of Microaggressions on Psychological Safety and Physician Burnout. *Perm J.* 2023;27(2):169–78. doi: 10.7812/TPP/23.017
23. Nozedar L., O'Shea S. What is the prevalence of burnout amongst first contact physiotherapists working within primary care? *Musculoskeletal Care.* 2023;21(3):776–85. doi: 10.1002/msc.1752
- Поступила 10.05.2023  
Принята в печать 02.11.2023
- REFERENCES
1. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. WHO. Available at: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
2. Harvey S. B., Epstein R. M., Glozier N., Petrie K. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet.* 2021;398(10303):920–30. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01596-8
3. Mir H., Downes K., Chen A. F. Physician wellness in orthopaedic surgery: a multinational survey study. *Bone Jt Open.* 2021;2(11):932–9. doi: 10.1302/2633-1462.211.BJO-2021-0153
4. Verret C. L., Nguyen J., Verret C., Albert T. J., Fufa D. T. How Do Areas of Work Life Drive Burnout in Orthopaedic Attending Surgeons, Fellows, and Residents? *Clin. Orthop. Relat. Res.* 2021;479(2):251–62. doi: 10.1097/CORR.0000000000001457
5. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg. Anesth.* 2020;13:171–83. doi: 10.2147/LRA.S240564
6. Miller A. G., Burr K. L., Juby J. Enhancing Respiratory Therapists' Well-Being: Battling Burnout in Respiratory Care. *Respir. Care.* 2023;68(5):692–705. doi: 10.4187/respcare.10632
7. Rubin B., Goldfarb R., Satele D., Graham L. Burnout and distress among allied health care professionals in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey. *CMAJ Open.* 2021;9(1). doi: 10.9778/cmajo.20200059
8. Malik H., Annabi C. A. The impact of mindfulness practice on physician burnout: A scoping review. *Front. Psychol.* 2022;13. doi: 10.3389/fpsyg.2022.956651
9. Lee S. J., Jung S. I., Kim M. G., et al. The Influencing Factors of Gender Differences on Mental Burdens in Young Physiotherapists and Occupational Therapist. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021;18(6). doi: 10.3390/ijerph18062858
10. LeNoble C. A., Pegram R., Shuffler M. L. To Address Burnout in Oncology, We Must Look to Teams: Reflections on an Organizational Science Approach. *JCO Oncol. Pract.* 2020;16(4). doi: 10.1200/JOP.19.00631
11. Vasquez T. S., Vasquez R. S., Bylund C. L. Healthcare Burnout. In *The International Encyclopedia of Health Communication.* E. Y. Ho, C. L. Bylund, J. C. M. van Weert, I. Basnyat, N. Bol, M. Dean (eds). 2023. doi: 10.1002/9781119678816.iehc0557
12. Shin P., Desai V., Conte A. H., Qiu C. Time Out: The Impact of Physician Burnout on Patient Care Quality and Safety in Perioperative Medicine. *Perm. J.* 2023;27(2):160–8. doi: 10.7812/TPP/23.015
13. Office of the Surgeon General (OSG). Addressing Health Worker Burnout: The U. S. Surgeon General's Advisory on Building a Thriving Health Workforce. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2022. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595228/>
14. Matsuo T., Yoshioka T., Okubo R., Nagasaki K., Tabuchi T. Burnout and its associated factors among healthcare workers and the general working population in Japan during the COVID-19 pandemic: a nationwide cross-sectional internet-based study. *BMJ Open.* 2022;12(11). doi: 10.1136/bmjopen-2022-064716
15. Greep N. C., Woolhandler S., Himmelstein D. Physician Burnout: Fix the Doctor or Fix the System? *Am. J. Med.* 2022;135(4):416–7. doi: 10.1016/j.amjmed.2021.10.011
16. Lavasani S. Surviving Burnout as an Oncologist. *Curr. Oncol. Rep.* 2023;25(2):131–4. doi: 10.1007/s11912-022-01351-8
17. Results of testing on the topic “Professional burnout of medical workers”. Available at: [https://vblagodarnost.ru/images/result\\_test.pdf](https://vblagodarnost.ru/images/result_test.pdf) (in Russian).
18. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory. In: *Evaluating Stress: A Book of Resources*, 3rd ed. Scarecrow Education, Lanham; 1997. P. 191–218.
19. Vodopyanova N. E., Starchenkova E. S. Burnout syndrome. Diagnostics and prevention: a practical guide. Moscow: Yurayt; 2017. 336 p. (in Russian).
20. Kowalska J., Chybowski D., Wójtowicz D. Analysis of the Sense of Occupational Stress and Burnout Syndrome among Working Physiotherapists-A Pilot Study. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(12). doi: 10.3390/medicina57121290
21. Wenying Y. Understanding the Relationship between Burnout, Cynicism, and Organizational Learning Culture: A Conceptual Framework for Private Security Companies in Beijing, China. *DREAM J.* 2023;02(06):34–9. doi: 10.56982/dream.v2i06.133
22. Desai V., Conte A. H., Nguyen V. T., Shin P., Sudol N. T., Hobbs J., Qiu C. Veiled Harm: Impacts of Microaggressions on Psychological Safety and Physician Burnout. *Perm J.* 2023;27(2):169–78. doi: 10.7812/TPP/23.017
23. Nozedar L., O'Shea S. What is the prevalence of burnout amongst first contact physiotherapists working within primary care? *Musculoskeletal Care.* 2023;21(3):776–85. doi: 10.1002/msc.1752

**Загдын З. М.<sup>1</sup>, Кобесов Н. В.<sup>2</sup>, Русских С. В.<sup>1,3</sup>, Васильева Т. П.<sup>1</sup>, Галоян А. С.<sup>1</sup>**

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА КАК СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ ИНФЕКЦИИ НА СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

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

<sup>2</sup>ГБУЗ Республики Северная Осетия-Алания «Республиканский клинический центр фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, 362015, г. Владикавказ;

<sup>3</sup>Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, г. Москва

*Исследование раскрывает главные методологические подходы к мониторингу и оценке роли социально значимых инфекционных заболеваний в снижении качества общественного здоровья в Российской Федерации. Авторами на популяционном уровне проведена и предложена группировка основных факторов риска, влияющих на качество общественного здоровья, на примере эпидемиологии туберкулеза. Работа является продолжением серии исследований общественного здоровья и осуществляется в рамках государственного задания № 122022700046-2.*

*Целью исследования стала разработка методологии и методики изучения влияния социально значимых инфекций на снижение качества общественного здоровья на примере эпидемиологии туберкулеза как хорошо изученного в медико-социальном аспекте, с полноценно функционирующей системой противодействия его распространению и высоким уровнем организации статистического учета и мониторинга показателей инфекционного заболевания.*

*Использован информационно-аналитический метод с критическим анализом отечественных и зарубежных публикаций, нормативно-правовых актов, выбранных через научно-поисковые системы PubMed, Medline, www.base-search.net, www.refseek.com, eLibrary, CyberLeninka, Гарант и Консультант Плюс, с глубиной поиска 15 лет и более. Также оценены данные из формы федерального статистического наблюдения № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» за 2021 г.*

*Впервые на примере эпидемиологии туберкулеза проведена и предложена группировка основных факторов риска распространения социально значимых инфекций, влияющих на снижение качества общественного здоровья на популяционном уровне. Указанные факторы сгруппированы в эпидемиологические и социально-экономические, включая экономический ущерб, наносимый непосредственно туберкулезом обществу, демографические, поведенческие, медико-биологические (наличие заболеваний, не связанных с туберкулезом, но снижающих иммунитет), климатогеографические. Необходим дальнейший анализ и создание перечня индикативных показателей каждой группы факторов с целью мониторинга и оперативной оценки влияния социально значимых инфекционных заболеваний на общественное здоровье в Российской Федерации и ее субъектах.*

*Анализ научных источников показал, что при всей широте изучения факторов риска распространения туберкулеза они не систематизированы, носят разрозненный характер, а методологические подходы к изучению влияния социально значимых инфекционных заболеваний на состояние общественного здоровья в зарубежных странах и в Российской Федерации практически отсутствуют.*

*Составление и актуализация перечня индикативных показателей для каждой группы факторов с выбором статистических методов их расчета, оценки и интерпретации позволит разработать методические подходы к мониторингу и оценке роли туберкулеза (в дальнейшем — ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и др.) в изменении качества общественного здоровья в Российской Федерации с созданием оперативно пополняемой базы данных выбранных показателей на уровне каждого субъекта Российской Федерации.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** социально значимые инфекции; туберкулез; общественное здоровье; медико-социальный ресурс; потенциал; мониторинг, методология; детерминанты; медицинская детерминанта.

**Для цитирования:** Загдын З. М., Кобесов Н. В., Русских С. В., Васильева Т. П., Галоян А. С. Методологические подходы к оценке влияния туберкулеза как социально значимой инфекции на снижение качества общественного здоровья. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):187—195. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-187-195>

**Для корреспонденции:** Загдын Зинаида Моисеевна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России; e-mail: [dinmetyan@mail.ru](mailto:dinmetyan@mail.ru)

**Zagdyn Z. M.<sup>1</sup>, Kobesov N. V.<sup>2</sup>, Russkikh S. V.<sup>1,3</sup>, Vasilyeva T. P.<sup>1</sup>, Galoyan A. S.<sup>1</sup>**

## **THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO EVALUATION OF EFFECT OF TUBERCULOSIS AS SOCIALLY SIGNIFICANT INFECTION ON DECREASING OF PUBLIC HEALTH QUALITY**

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

<sup>2</sup>The State Budget Institution of the Republic of North Ossetia-Alania “The Republican Clinical Center of Phthisiopulmonology” of Minzdrav of the Republic of North Ossetia-Alania, 362015, Vladikavkaz, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education National Research University “Higher School of Economics”, 101000, Moscow, Russia

*The study reveals main methodological approaches in monitoring and evaluating role of socially significant infectious diseases in reducing quality of public health in the Russian Federation. The article proposes at population level the grouping of main risk factors affecting quality of public health, exemplified by epidemiology of tuberculosis.*

*The purpose of the study is to develop methodology of exploration of impact of socially significant infections on decreasing of quality of public health exemplified by epidemiology of tuberculosis as infectious disease that is well studied in medical social aspects and having fully functioning TB control and high level monitoring system.*

*The informational analytical methodology was applied conjointly with critical analysis of national and foreign publications, normative legal acts, selected through scientific search systems PubMed, Medline, www.base-search.net, www.refseek.com, E-library, CyberLeninka, “Garant” and “ConsultantPlus”. The depth of search was limited by 15 years and*

more. The data from the federal statistical observation form No. 8 "Information about diseases with active tuberculosis" for 2021 was also evaluated.

For the first time, the grouping of main risk factors of socially significant infections, affecting decrease of quality of public health at population level are proposed. The mentioned factors are grouped as epidemiological; social economic (including economic damage caused directly by tuberculosis); demographic; behavioral; biomedical (presence of diseases not associated with tuberculosis, but reducing immunity); climatic geographical, etc. The further analysis and listing of specific indicators of each group of factors is required in order to monitor and quickly assess impact of socially significant infectious diseases on public health in the Russian Federation and its Subjects.

The analysis of scientific literature demonstrated that, despite breadth of studying tuberculosis risk factors, they are non-systematized and fragmented. The methodological approaches to studying impact of socially significant infectious diseases on public health in foreign countries and in the Russian Federation, are practically absent. The compilation and actualization of listing of indicative indicators for each group of factors with the choice of statistical methods of their calculation, evaluation and interpretation will permit to develop methodological approaches to monitoring and assessing role of tuberculosis (hereinafter — HIV infection, parenteral viral hepatitis, etc.) in altering quality of public health in the Russian Federation with development of rapidly updated database of selected indicators at the level of each Subject of the Russian Federation.

**Keywords:** socially significant infections; tuberculosis; public health; medical and social resource; potential; monitoring; methodology; determinants.

**For citation:** Zagdyn Z. M., Kobesov N. V., Russkikh S. V., Vasilyeva T. P., Galoyan A. S. The methodological approaches to evaluation of effect of tuberculosis as socially significant infection on decreasing of public health quality. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):187–195 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-187-195>

**For correspondence:** Zagdyn Z. M., doctor of medical sciences, the Leading Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia". e-mail: [dinmetyan@mail.ru](mailto:dinmetyan@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study was carried out within the framework of State Task№ 122022700046–2.

Received 04.06.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

Общественное здоровье (ОЗ) — это сложный социальный организм с множественными внутренними и внешними связями. При упрощенном подходе можно его разделить на две основные составляющие: общество и здоровье. Общество, представленное рядом социально-экономических, образовательных и других институтов, является основой существования любого государства, на развитие которого направлена вся его деятельность. Процветание государства зависит преимущественно от уровня здоровья общества. Следовательно, «максимально достижимый уровень здоровья» общества является важнейшим условием и средством, конечной целью общественного прогресса, а низкий уровень здоровья общества представляет угрозу для национальной безопасности [1]. Наиболее емким и точным определением является признание ОЗ как медико-социального ресурса и потенциала общества, способного противостоять современным вызовам (биологическим, техногенным, экологическим, военным и пр.), обеспечивая целостность и безопасность государства, его прогресс [2, 3]. Данное определение дает право оценивать состояние ОЗ по двум ведущим категориям: социальным и медицинским ресурсам, которые обусловлены различными детерминантами, в том числе демографическими, экономическими, поведенческими, с соответствующими стратегическими и оперативными индикативными показателями, позволяющими своевременно вносить коррективы и устранять негативные тенденции в развитии общества [4, 5]. Часть авторов подчеркивают взаимосвязь состояния ОЗ с социально обусловленными заболеваниями, предлагая для его измерения применять основные эпидемиологи-

ческие показатели заболеваемости, распространенности, смертности от социально значимых болезней, в том числе инфекционных, таких как туберкулез (ТБ), ВИЧ-инфекция и др. [6–8].

В России ТБ и ВИЧ-инфекция наряду с парентеральными вирусными гепатитами, инфекциями, передаваемым половым путем, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 (ред. от 31.01.2020) отнесены не только к социально значимым, но и к представляющим опасность для окружающих инфекционным заболеваниям<sup>1</sup>. Кроме того, ТБ и ВИЧ-инфекция Указом Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537 (ред. от 31.01.2020) признаны представляющими угрозу для национальной безопасности в сфере ОЗ<sup>2</sup>, что усиливает значение мер противодействия их распространению, проводимых на государственном уровне. Между тем влияние социально значимых инфекционных заболеваний (СЗИЗ) на состояние ОЗ отечественным и зарубежным научным сообществом системно и глубоко не изучено; отсутствуют методологические и методические подходы к оценке роли СЗИЗ в снижении качества ОЗ, не выявлены главные причины и их показатели, обусловленные СЗИЗ, в изменении состояния ОЗ.

<sup>1</sup>Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 (ред. от 31.01.2020) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». Консультант Плюс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 12.04.2023).

<sup>2</sup>Указ Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537 (ред. от 01.07.2014) «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.». Консультант Плюс. Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 02.04.2023).

Целью настоящего исследования является разработка методологии и методики изучения влияния СЗИЗ на снижение качества ОЗ на примере эпидемиологии ТБ как хорошо изученного в медико-социальном аспекте, с полноценно функционирующей системой противодействия его распространению, высоким уровнем организации статистического учета и мониторинга показателей, инфекционно-го заболевания.

### Материалы и методы

В исследовании применен *информационно-аналитический метод* с критическим анализом отечественных и зарубежных публикаций, выбранных через научно-поисковые системы PubMed, Medline, [www.base-search.net](http://www.base-search.net), [www.refseek.com](http://www.refseek.com), eLibrary, CyberLeninka по ключевым словам: социально значимые инфекции, туберкулез, общественное здоровье, методология, медико-социальные ресурсы, потенциал, оперативный мониторинг, стратегический мониторинг, детерминанты, ущерб (socially significant infections, tuberculosis, public health, methodology, medical and social resources, potential, operational monitoring, strategic monitoring, determinants, damage). Глубина поиска составила 15 лет и более, отбирали наиболее значимые и близкие к теме публикации. Поиск соответствующих нормативно-правовых актов (НПА) осуществляли через системы Гарант и Консультант Плюс. Использованы сведения из формы федерального статистического наблюдения № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» за 2021 г. Всего изучено более 90 единиц тематической литературы, в том числе 49 отечественных, 37 зарубежных и более 10 национальных НПА, международных руководств и рекомендаций, из которых для анализа отобраны 37 источников.

### Результаты исследования

ТБ является одним из массовых инфекционных заболеваний, социальная обусловленность которого была известна человечеству с ранних цивилизаций. В кодексе Хаммурапи (2200 лет до н. э.) регламентируется развод мужа с женой, больной ТБ, что указывает на восприятие ТБ как заболевания, представляющего угрозу для здоровья окружающих [9]. ТБ вызывается *Mycobacterium tuberculosis*, выделенной Робертом Кохом почти полтора века назад, и передается преимущественно воздушно-капельным, аэрогенным путем, что ускоряет его распространение среди населения, социума [10]. В настоящее время ТБ хорошо изучен во всех его аспектах: микробиологическом, терапевтическом, социологическом и прочих, созданы целые системы противодействия его распространению в каждой стране. Организацией Объединенных Наций в 2016 г. разработаны и предложены цели устойчивого развития (ЦУР), в том числе по борьбе с ТБ, согласно которым к 2030 г. по сравнению с 2015 г. в мире смертность от ТБ снизится на 90,0%, а заболеваемость на 80,0%, и ни одна семья, столкнувшись с ТБ, не понесет зна-

чительных финансовых затрат, связанных с ним [11].

Тем не менее инфекция остается актуальной проблемой, ежегодно унося миллионы жизней в мире. Согласно глобальному отчету Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2021 г. в мире впервые заболели ТБ 10,6 млн человек, умерли от ТБ — 1,6 млн. ТБ входит в список 10—15 заболеваний, которые являются основными причинами смерти в мире, а до пандемии COVID-19 ТБ среди инфекционных заболеваний занимал ведущее место по причине летальных исходов [12].

В России, несмотря на значительные успехи в снижении заболеваемости и смертности от ТБ, сохраняется напряженность эпидемической ситуации, обусловленная распространением сочетания ТБ с ВИЧ-инфекцией и ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) [13, 14].

Уникальность ТБ для ОЗ среди других инфекционных заболеваний при всей массовости его распространения заключается в том, что им заболевают лишь 10,0% всех инфицированных *M. tuberculosis* людей; у 90,0% таковых заболевание остается в субклинической, латентной форме, не переходя в активную форму с проявлениями клинических симптомов [8]. По данным ВОЗ, сегодня в мире около 25,0% (более 2 млрд) населения инфицированы *M. tuberculosis* [12]. Для ОЗ представляет интерес та часть инфицированного ТБ населения, которая не заболела им, составившая большинство и рассматриваемая как потенциал общества, способный обеспечить национальную безопасность. С другой стороны, медико-социальные и медико-организационные усилия должны быть направлены на уменьшение доли людей, заболевших ТБ в активной форме, с целью увеличения положительного потенциала и снижения социально-экономического ущерба, наносимого ТБ обществу. Для этого необходимо знание эпидемиологических, медико-социальных, экономических, поведенческих и других факторов риска, способствующих заболеванию и распространению ТБ. Эти факторы риска на сегодня хорошо изучены и широко представлены в научных публикациях. Среди них особый интерес представляют исследования, связанные с интегральной оценкой эпидемического процесса по ТБ в отдельно взятых регионах России и странах мира. Научная значимость таких исследований для оценки состояния ОЗ определяется тем, что в них анализируется совокупность факторов, не связанных непосредственно с эпидемическим процессом по ТБ, но влияющих на его развитие. К тому же распространение ТБ в регионах России носит неоднородный характер и имеет высокий разброс показателей, тем самым указывая на ассоциацию развития эпидемии с социально-экономическим уровнем развития территорий. Наибольшая заболеваемость ТБ в 2021 г. была зарегистрирована в Еврейском (149,4 на 100 тыс. населения) и Чукотском (126,2) автономных округах, в Республике Тыва (122,6), наименьшая — в Вологодской (10,4), Рязанской (10,7) областях и Ненецком автономном округе (13,5).

## Исследования факторов риска распространения ТБ в субъектах Российской Федерации

№ п/п	Автор, год	Регион	Факторы риска (зависимые переменные)	Статистическая значимость	Независимые переменные
1	Хантаева Н. С., Накторминова Н. В., 2007	Иркутская область	Демографические	R	Интегрированный показатель по эпидемиологической ситуации по ТБ
			Численность лиц старше 60 лет	0,78	
			Численность мужчин	-0,7	
			Численность женщин	-0,7	
			Численность детей	-0,72	
			Численность городского населения	-0,68	
			Социально-экономические	R	
			Подушевой ежемесячный доход населения, в руб.	-0,71	
			Валовый региональный продукт, в млн руб.	-0,68	
			Доля населения с доходами ниже прожиточного минимума, в %	0,68	
			Медико-организационные	R	
			Охват населения флюорографическим обследованием, в %	0,7	
			Выявляемость, на 1 тыс. осмотренных	0,87	
			Активное выявление ТБ, в %	0,77	
			Эпидемиологические	R	
			Заболеемость ТБ/ВИЧ, на 100 тыс. населения	0,7	
			Пораженность населения ВИЧ-инфекцией, на 100 тыс. населения	0,68	
2	Лапшина И. С., Мякишева Т. В., 2016	Калужская область	Социально-экономические	R	Заболеемость, распространенность и смертность от ТБ
			Численность безработных	0,64—0,89	
			Миграционный прирост (отток населения из региона)	0,64—0,89	
			Среднемесячная зарплата	0,64—0,89	
			Инвестиции в основной капитал	0,64—0,89	
			Среднегодовая численность работающих	0,64—0,89	
			Удельный вес ветхого жилья	0,77	
			Демографические	R	
			Возраст трудоспособный	0,64—0,89	
			Возраст старше трудоспособного	0,64—0,89	
			Возраст моложе трудоспособного	0,64—0,89	
			Медико-организационные	R	
			Число больничных коек	0,64—0,89	
Численность среднего медицинского персонала	0,64—0,89				
3	Наркевич А. Н. и соавт., 2013	Красноярский край	Демографические	OR, 95% CI	Выявление ТБ
			Чаще трудоспособный возраст (30—49 лет)	29,20±4,82	
			Реже возраст старше 60 лет	4,70±2,24	
			Социально-экономические	R (95% CI)	
			Чаще городское население	1,4	
			Образование чаще среднее и средне-профессиональное	30,40±4,89	
4	Пьянзова Т. В. и соавт., 2016	Кемеровская область	Гендерно-демографические	R	Неэффективный исход химиотерапии ТБ
			Возраст 18—40 лет	1,127	
			Возраст старше 41 года		
			Пол (мужской)	1,187	
			Социально-экономические		
			Неработающие		
			Инвалиды	2,498	
			Пенсионеры		
			Пребывание в местах лишения свободы	1,631	
			Городские жители	1,2	
5	Лопакон К. В. и соавт., 2009	86 субъектов Российской Федерации	Социально-экономические, демографические	R	Интегральный показатель «эпидемиологический потенциал туберкулеза»*
			Соотношение мужчины/женщины	-0,723	
			Плотность сельских администраций	-0,888	
			Плотность населения	-0,758	
			Доля населения старше трудоспособного возраста	-0,707	
			Величина прожиточного минимума	-0,795	
			Число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. населения	0,441	
			Доля расходов на социально-культурные мероприятия	-0,178	
			Медико-организационные	R	
			Число врачей на 10 тыс. населения	0,473	
Кoeffициент младенческой смертности	0,242				
Плотность сельского населения (доступность медицинской помощи).	-0,845				

Примечание. \*Является интегральным показателем для оценки интенсивности эпидемиологического процесса по ТБ.

В табл. 1 приведены краткие результаты выбранных нами исследований, в которых установлены индикативные показатели разных групп факторов риска распространения ТБ, статистически достоверно коррелирующие с интегральными или отдельными показателями ТБ.

В представленных исследованиях авторы в основном изучают влияние на распространение ТБ демографических, социально-экономических, медико-организационных и эпидемиологических факторов риска с использованием различных индикативных показателей, отобранных чаще всего методом многофакторного регрессионного анализа.

Так, Н. С. Хантаева и Н. В. Накторминова при интегральной оценке эпидемической ситуации по ТБ в Иркутской области за период 1992—2004 гг. установили достоверную связь распространения ТБ с численностью населения старше 60 лет; среди социально-экономических показателей — с долей населения с доходами ниже прожиточного минимума, уровнем подушевого ежемесячного дохода населения и валового регионального продукта (ВРП). Из эпидемиологических факторов на распространение ТБ имели влияние заболеваемость ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией и пораженность населения ВИЧ-инфекцией; также ситуация по ТБ в Иркутской области зависела от показателей профилактических мер: уровня охвата населения флюорографическими осмотрами, доли пациентов с ТБ, выявленных активно, и выявляемости ТБ на 1 тыс. осмотренных [15].

В работе И. С. Лапшиной и соавт. социально-экономический фактор в Калужской области расширен численностью безработных, показателями миграционных процессов, инвестиций в основной капитал, долей ветхого жилья, среднемесячной зарплатой и среднегодовой численностью работающих. В данной работе в составе демографического фактора взяты во внимание трудоспособный возраст и возраст старше и моложе трудоспособного. Среди медико-организационных факторов значимую статистическую связь с заболеваемостью, распространенностью и смертностью от ТБ в регионе имели число больничных коек и численность среднего медицинского персонала [16]. А. Н. Наркевич и соавт., кроме гендерно-возрастных показателей, установили достоверную связь выявления ТБ с уровнем образования заболевших в Красноярском крае [17]. В Кемеровской области неэффективный исход химиотерапии ТБ был достоверно связан с числом пациентов с инвалидностью, пребыванием в местах лишения свободы, клиническими формами ТБ, наличием тубконтакта, сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, хронических obstructивных заболеваний легких, ВИЧ-инфекции, заболеваний желудочно-кишечного тракта, психических и сердечно-сосудистых заболеваний) [18].

Особенно интересным и близким к изучаемой теме, на наш взгляд, является исследование К. В. Лопаква и соавт., где для групповой стратификации 86 регионов России в зависимости от напряженности эпидемического процесса по ТБ предложено

применение интегрального показателя «эпидемиологический потенциал туберкулеза» с обоснованием необходимости его использования и предложением методики его расчета. Соответствие предлагаемого интегрального показателя реальной эпидемической ситуации по ТБ показано путем сравнения основных эпидемиологических показателей в выделенных группах регионов и их картографированием. Предлагаемый интегральный показатель состоит из шести индикаторов, пять из которых отражают демографические и социально-экономические факторы: соотношение мужчины/женщины, доля населения старше трудоспособного возраста, плотность сельских администраций, плотность населения всего и величина прожиточного минимума. Доступность медицинской помощи интерпретируется через показатели плотности сельского населения [19]. В статье также обращено внимание на роль экстремальных климатогеографических факторов, снижающих сопротивляемость организма.

В зарубежных публикациях указано на связь заболевания ТБ с чрезвычайной бедностью, крайними возрастными (детским и пожилым), алкоголизмом, наркопотреблением, табакокурением, фактором некроза опухоли  $\alpha$ , сахарным диабетом и другими заболеваниями, приводящими к ослаблению иммунитета [20—23]. ВОЗ выделяет пять ведущих факторов риска распространения ТБ: недоедание, ВИЧ-инфекцию, сахарный диабет, табакокурение и вредное употребление алкоголя [12].

При анализе выбранных публикаций установлено, что наряду с факторами риска распространения ТБ другой достаточно хорошо освещенной темой, представляющей интерес для оценки состояния ОЗ в связи с СЗИЗ, является изучение социально-экономического ущерба, наносимого обществу ТБ (табл. 2).

Большинство авторов экономического ущерба, связанный с ТБ, выражают в количественном объеме прямых, косвенных и суммарных затрат за определенный период времени. Так, по расчетам А. Н. Редько и соавт., в России в 2020 г. экономический ущерб от ТБ в связи с расходами на проведение медицинских мероприятий, компенсацию при нетрудоспособности и в связи со смертностью составил 26 654 372,3 тыс. руб. [24], а в 2008 г. — 12 трлн руб., или 0,52% внутреннего валового продукта, при этом прямые затраты на противотуберкулезные мероприятия составили  $\frac{1}{4}$  часть всего экономического ущерба, связанного с ТБ [25].

Экономический ущерб, наносимый ТБ обществу, наиболее глубоко изучен П. П. Сельцовским: по данным автора, в г. Москве и Московской области прямые затраты на проведение медицинских противотуберкулезных мероприятий за 1998—2000 гг. составили 35,9% всех расходов, связанных с ТБ, социальный ущерб в связи с временной и стойкой нетрудоспособностью — 40,6%, в связи со смертностью от ТБ — 25,6%, в целом доля трудовых потерь была равна 64,1% [26]. В Тюменской области, согласно исследованию Н. Д. Пироговой и соавт., на сумму без-

## Исследования социально-экономического ущерба общественному здоровью, наносимого ТБ

№ #	Автор, год	Регион	Социальный и экономический ущерб	Размер ущерба	Примечания
1	Редько А. Н. и соавт., 2023	РФ	Экономический ущерб ТБ	26 654 372,3 тыс. руб.	2020 г.
2	Гиреев Т. Г., 2012	РФ	Экономический ущерб ТБ	12 трлн руб. в год (0,52% ВВП)	2008 г.
3	Сельцовский П. П., 2004	г. Москва, Московская область	В том числе прямые затраты (стоимость противотуберкулезных мероприятий)	25,0% общего объема ущерба от ТБ	1998—2000 гг.
			Экономический ущерб Затраты на противотуберкулезные мероприятия	25,3% общего объема ущерба от ТБ	
4	Пирогова Н. Д. и соавт., 2013	Тюменская область	Прямые затраты в структуре ущерба от ТБ	35,9%	2011—2012 гг.
			Социальный ущерб		
			В связи с временной утратой трудоспособности	15,0%	
			В связи со стойкой нетрудоспособностью (инвалидностью).	25,6%	
5	Мабиала Ж. и соавт., 2021	Республика Крым	В связи со смертностью от ТБ	34,1%	2010—2018 гг.
			Доля трудовых потерь	64,1%	
6	Silva S. et al., 2021	В 120 странах Всемирного банка	Экономический ущерб	40 291 850 тыс. руб.	2011—2012 гг.
			Заболелаемость детей ТБ	13 857 289 тыс. руб.	
7	Reid M. et al, 2019	В 183 странах Всемирного банка	«Впустую» потраченная сумма	13 353 141 тыс. руб.	2010—2018 гг.
			Экономический ущерб	3416,28 млн руб. (0,87—0,96% ВВП)	
8	Silva S. et al., 2021	В 120 странах Всемирного банка	Заболелаемость детей ТБ	17,5 трлн \$	2020—2050 гг.
			Экономические потери	13,1 трлн \$	
9	Reid M. et al, 2019	В 183 странах Всемирного банка	При достижении ЦУР к 2030 г. можно избежать: экономических потерь смертей от ТБ	23,8 млн человек	3-е ранговое место, 7-е ранговое место-
			Значимость расходов на ТБ в: странах с низким уровнем доходов и с высоким уровнем доходов		

успешно затраченных средств на противотуберкулезные препараты для лечения пациентов без приверженности можно было вылечить еще 97 таких же пациентов с приверженностью лечению [27]. В Республике Крым затраты, связанные с заболеваемостью детей ТБ, за 2010—2018 гг. составили 0,87—0,96% от ВРП региона [28].

S. Silva и соавт. произвели прогностические расчеты для 120 стран — членов Всемирного банка, показав, что в случае достижения ЦУР к 2030 г. можно избежать экономических потерь, связанных с ТБ, в 13,1 трлн \$ и предотвратить 23,8 млн преждевременных смертей по причине ТБ [29]. При анализе затрат на разные заболевания в системе универсального медицинского страхования 183 государств установлено, что в странах с низким уровнем доходов, определенных по индикаторам Всемирного банка, издержки, связанные с ТБ, занимают 3-е место по значимости, а в странах с высоким уровнем доходов — 7-е место [30].

### Обсуждение

Анализ научной литературы показал, что меры противодействия распространению СЗИЗ, особенно профилактические, будут оптимальными и наиболее эффективными в случае их планирования и реализации на популяционном уровне, а не на индивидуальном и групповом уровнях [2, 8]. Например, вакцинация БЦЖ всех новорожденных, за исключением малой доли тех, кто имеет противопоказания, сформирует иммунологическую защиту, эффективную до определенного возраста, среди всей популяции, а не среди нескольких индивидуумов и групп

населения [31]; выявление латентной формы ТБ будет более эффективным среди всей детской и подростковой популяции, а также среди ВИЧ-положительных людей и других уязвимых групп, с последующим проведением химиопрофилактики ТБ показанным лицам, нежели среди отдельных индивидуумов, групп и т. д. [32]. Следовательно, одним из принципов изучения влияния СЗИЗ, в частности ТБ, на состояние ОЗ является оценка популяционного здоровья населения в отношении изучаемых инфекций.

Эпидемиологический метод с непрерывным и/или периодическим анализом основных показателей по ТБ, в том числе целевых индикаторов ведомственной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями»<sup>3</sup> (заболеваемость ТБ на 100 тыс. населения; доля впервые выявленных случаев в системе Федеральной службы исполнения наказания; охват профилактическими флюорографическими осмотрами населения; эффективность лечения МЛУ-ТБ) даст оперативную информацию о тенденциях распространения и уровне мер противодействия развитию эпидемии в России и ее регионах [6, 19, 33, 34]. Долевые значения некоторых эпидемиологических показателей по ТБ, соотнесенных с аналогичными общими показателями, в том числе в гендерно-возрастных группах (доля заболевших ТБ женщин/

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 05.04.2019 № 199 «Об утверждении ведомственной целевой программы „Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями“».

## Здоровье и общество

мужчин репродуктивного или трудоспособного возраста среди всех женщин/мужчин репродуктивного или трудоспособного возраста), также могут быть использованы для оценки медико-социального груза ТБ в воспроизводстве общества, пополнении его трудового резерва и других детерминант ОЗ.

Представленные в табл. 1 некоторые *социально-экономические, гендерно-возрастные и поведенческие* (алкоголизм, наркопотребление), *медико-биологические* (наличие заболеваний, снижающих иммунитет) показатели, не имеющие непосредственной связи с ТБ, но влияющие на его развитие, можно применять для расчета интегрального показателя, характеризующего медико-социальный потенциал ТБ в различных регионах, с последующей кластеризацией территорий или их ранжированием в зависимости от значения полученного интегрального показателя [15–19].

Индикативные показатели *плотности населения, доли городских и сельских жителей*, косвенно определяющие уровень и активность социальных контактов, особо важны для оценки вклада инфекций, передаваемых аэрогенным путем, включая ТБ, в изменение качества ОЗ [35]. Сюда же можно отнести и *климатогеографические* показатели регионов (среднегодовые сезонные колебания температуры воздуха в градусах Цельсия), которые имеют определенное влияние на снижение сопротивляемости организма, особенно у жителей арктических территорий, а также уровень *загрязненности воздуха*, оцениваемый показателем содержания углеводов в воздухе по отношению к их предельно допустимым концентрациям [36, 37].

Кроме того, в анализ оценки влияния ТБ на ОЗ необходимо включать *долевые значения прямых, косвенных и суммарных финансовых затрат*, связанных с ТБ, от ВРП субъектов Российской Федерации, на страновом уровне — от ВВП, характеризующих *экономический ущерб*, наносимый ТБ ОЗ [24–28].

Некоторые авторы предлагают использовать для измерения социально-экономического ущерба ряда заболеваний, наносимого ОЗ, показатель лет жизни с поправкой на здоровье (disability adjusted life years, DALY), в том числе связанных с СЗИЗ [1], однако данный метод сложен и требует ежегодной дополнительной статистической информации по инвалидности в гендерно-возрастном разрезе, что не всегда доступно. Уместно сказать, что для измерения ОЗ, как и для оценки роли или вклада СЗИЗ в снижение его качества, необходимо применять доступную для анализа и реально отражающую существующую ситуацию статистическую информацию и несложные, но отвечающие требованиям доказательной медицины, методы их расчета, интерпретации для облегчения оперативного и стратегического мониторинга состояния ОЗ [4].

## Заключение

При всей актуальности и социально-экономической важности социально обусловленных инфекций

проведенный анализ научных публикаций показывает недостаток информации и практическое отсутствие методологических подходов к изучению влияния СЗИЗ на состояние ОЗ. В литературе широко освещены основные факторы риска заболевания и распространения ТБ как социально значимой инфекции, достаточно хорошо изучен экономический ущерб, наносимый ТБ обществу. Однако эти исследования носят разрозненный характер, без систематизации и четкой группировки индикативных показателей. Мы попытались сгруппировать основные факторы, влияющие на качество ОЗ, связанные с ТБ на популяционном уровне (эпидемиологические, гендерно-возрастные, социально-экономические, климатогеографические и др.). В последующих исследованиях необходимо составить перечень индикативных показателей каждой группы факторов, выбрать статистические методы их расчета, оценки и интерпретации, разработать методические подходы к мониторингу и апробировать предложенную методику по оценке роли ТБ в изменении состояния ОЗ в ряде регионов России. В дальнейшем по разработанной методике можно провести оценку влияния на качество ОЗ других СЗИЗ (ВИЧ-инфекция, парентеральные вирусные гепатиты) с созданием оперативно пополняемой базы данных индикативных показателей на уровне каждого субъекта Российской Федерации.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шабунова А. А., Калашников О. Н. Общественное здоровье и его измерение. В кн.: Общественное здоровье и здравоохранение территорий. Вологда: ИСЭРТ РАН; 2010. С. 173–81.
2. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Васюнина А. Е., Васильев М. Д. Методические подходы к измерению общественного здоровья как медико-социального ресурса и потенциала общества. *Вопросы управления и социальной гигиены*. 2022;30(11):7–15. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-11-7-15
3. Зудин А. Б., Щепин В. О. Глобальные вызовы для российского здравоохранения. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института имени Н. А. Семашко*. 2016;(5):42–7.
4. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Горенков Р. В., Васильев М. Д., Котров А. А., Хапалов А. А. Методический подход к организации мониторинга общественного здоровья Российской Федерации. *Вопросы управления и социальной гигиены*. 2022;30(7):7–17. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-7-7-17
5. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Васюнина А. Е., Васильев М. Д. Расчет индекса общественного здоровья в регионах Российской Федерации. *Вопросы управления и социальной гигиены*. 2022;30(12):7–16.
6. Прохоров Б. Б. Социально-экономические факторы и уровень общественного здоровья в регионах Российской Федерации. В кн.: Прогнозирование перспектив технологической модернизации экономики России. М.: МАКС ПРЕСС; 2010. С. 340–51.
7. Grigg E. R. N. The arcana of tuberculosis: with a brief epidemiologic history of the disease in the U.S. *A. Am. Rev. Tuberculosis Pulm. Dis.* 1958;18:151–72.
8. Chaulk C. P. The public health paradigm. In: Kazandjian V., Sternberg E. *The epidemiology of quality*. Aspen Publishers Inc., Gaithersburg; 1995. Режим доступа: <http://www.pubhealth.spb.ru/STDDIST/TB.htm#1>
9. Рубинштейн Г. Р. Основные этапы развития учения о туберкулезе. В кн.: Туберкулез легких. М.: Медгиз; 1948. С. 2–13.
10. Рабухин А. Е. Эпидемиология и профилактика туберкулеза. М.; 1957.

11. Равильоне М. К., Коробицын А. А. Ликвидация туберкулеза — новая стратегия ВОЗ в эру целей устойчивого развития, вклад Российской Федерации. *Туберкулез и болезни легких*. 2016;94(11):7—15.
12. Global Tuberculosis Report. Geneva: WHO; 2022.
13. Нечаева О. Б. Мониторинг туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. *Медицинский алфавит*. 2017;(30):24—33.
14. Васильева И. А., Борисов С. Е., Сон И. М., Попов С. А., Нечаева О. Б., Белыловский Е. М., Данилова И. Д. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. В кн.: Туберкулез в Российской Федерации 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. М.; 2015. С. 196—223.
15. Хантаева Н. С., Накторминова Н. В. Анализ показателей и интегральная оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Иркутской области за период с 1992—2004 гг. В кн.: Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники и диагностики туберкулеза. Иркутск: РИО ИГИУВа; 2007. С. 141—9.
16. Лапшина И. С., Мякишева Т. В. Выявление влияния социально-экономических факторов на уровень заболеваемости, распространённости и смертности населения от туберкулеза в Калужской области. *Медицинский вестник Юга России*. 2016;(1):56—8.
17. Наркевич Н. А., Корецкая Н. М., Виноградов К. А., Наркевич А. А. Влияние возраста, пола и социальных факторов на риск выявления туберкулеза легких. *Пульмонология*. 2013;(4):73—6.
18. Пьянзова Т. В., Каган Е. С., Аброськина А. А. Построение интегрального показателя комплексной оценки факторов риска неэффективного исхода противотуберкулезной терапии. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2016;1(1):33—8.
19. Лопиков К. В., Сабгайда Т. П., Попов С. А. Новый интегральный показатель «Эпидемиологический потенциал туберкулеза». *Социальные аспекты здоровья населения*. 2009. Эл №ФС77-28654. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru> (1-15)
20. Millet J.-P., Moreno A., Fina L., del Bano L., Orcau A., de Olalla P. G., Cayla J. A. Factors that influence current tuberculosis epidemiology. *Eur. Spine J.* 2013;22(Suppl 4):S539—S548. doi: 10.1007/s00586-012-2334-8
21. Jali M. V., Mahishale V. K., Hiremath M. B. Bidirectional screening of tuberculosis patients for diabetes mellitus and diabetes patients for tuberculosis diabetes. *Diabetes Metab. J.* 2013;37(4):291—5. doi: 10.4093/dmj.2013.37.4.291
22. Byrne A. L., Marais B. J., Mitnick C. D., Lecca L. Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review. *Int. J. Inf. Dis.* 2015;32:138—46. doi: 10.1016/j.ijid.2014.12.016
23. Narh-Bana S. A., Kawonga M., Odopey S. A., Bonsu F., Ibisomi L., Chirwa T. F. Factors influencing the implementation of TB screening among PLHIV in selected HIV clinics in Ghana: a qualitative study. *BMC Health Serv. Res.* 2022;22(1):898. doi: 10.1186/s12913-022-08295-6
24. Редько А. Н., Лебедева И. С., Лебедев П. В., Шведова М. О. Аспекты социально-экономической значимости ВИЧ-инфекции. *Естественно-гуманитарные исследования*. 2023;45(1):187—93.
25. Гиреев Т. Г. Методические подходы к оценке экономического ущерба от туберкулеза. *Системная интеграция в здравоохранении*. 2012;16(2):25—30.
26. Сельцовский П. П., Литвинов В. И. Социальные аспекты эпидемиологической ситуации по туберкулезу. М.: Медицина и жизнь; 2004. 222 с.
27. Пирогова Н. Д., Овсянкина О. В., Романенко О. М., Щипунова Л. В., Тюлькова Т. Е. Экономическая эффективность лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. *Фтизиатрия и пульмонология*. 2013;11(3):13—23.
28. Мабияла Ж., Голубова Т. Н., Махкамова З. Р. Оценка экономического ущерба в следствии заболеваемости туберкулезом детей в Республике Крым. *ЦИТИСЭ*. 2021;3(29):226—42. doi: 10.15350/2409-7616.2021.3.19
29. Silva S., Arinaminpathy N., Atun R., Goosby E., Reid M. Economic impact of tuberculosis mortality in 120 countries and the cost of not achieving the Sustainable Development Goals tuberculosis targets: a full-income analysis. *Lancet Glob. Health*. 2021;9:e1372—79. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00299-0
30. Reid M., Roberts G., Goosby E., Wesson P. Monitoring universal health coverage (UHC) in high tuberculosis burden countries: tuberculosis mortality an important tracer of UHC service coverage. *PLoS ONE*. 2019;14(10):e0223559. doi: 10.1371/journal.pone.0223559
31. Wallgren A. BCG-vaccination as a public health measure. *Edinburg Med. J.* 1952;LIX(4):161—77. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5274818/pdf/edinbmedj4551-0001.pdf>
32. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: diagnosis. Test for tuberculosis infection. Geneva: WHO; 2022.
33. Берсенева Е. А., Шамсияров Н. Н., Галиуллин А. М. Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения города Казани в период социально-экономических реформ 1995—2012 гг. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2016;50(2):9—17.
34. Найговзина Н., Филатов В. Оценка уровня общественного здоровья населения. *Советник бухгалтеров в здравоохранении*. 2008;(3):8—13.
35. Mossong J. I., Hens N., Jit M., Beutels P., Auranen K., Mikolajczyk R, et al. Social contacts and mixing patterns relevant to the spread of infectious diseases. *PLoS Med.* 2008;5(74):e74. doi: 10.1371/journal.pmed.0050074
36. Стерликов С. А., Кучерявая Д. А., Русакова Л. И., Казыкина Т. Н. Роль сезонных факторов в заболеваемости туберкулезом и смертности от него. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;2. doi: 10.24411/2312-2935-2019-10025
37. Миронова С. А. Загрязнение среды как один из факторов развития туберкулеза органов дыхания. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2011;13(5):259—64.

Поступила 04.06.2023  
Принята в печать 02.11.2023

## REFERENCES

1. Shabunova A. A., Kalashnikov O. N. Public health and its measurement. In: Public health and healthcare of territories [Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye territoriy]. Vologda: ISEDT RAS; 2010. P. 173—81 (in Russian).
2. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Vasunina A. E., Vasiliev M. D. Methodological approaches to measuring public health as the sociomedical resource and potential of the society. *Voprosy upravleniya i social'noj gigieny*. 2022;30(11):7—15. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-11-7-15 (in Russian).
3. Zudin A. B., Shhepin V. O. Global challenges for the Russian healthcare. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta imeni N. A. Semashko*. 2016;(5):42—7 (in Russian).
4. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Gorenkov R. V., Vasiliev M. D., Kostrov A. A., Khapalov A. A. Methodological approach to organizing public health monitoring in the Russian Federation. *Voprosy upravleniya i social'noj gigieny*. 2022;30(7):7—17. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-7-7-17 (in Russian).
5. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Vasunina A. E., Vasiliev M. D. Calculation of the public health index in the regions of the Russian Federation. *Voprosy upravleniya i social'noj gigieny*. 2022;30(12):7—16 (in Russian).
6. Prokhorov B. B. Socio-economic factors and level of public health in the regions of the Russian Federation. In: Forecasting the prospects for technological modernization of the Russian economy [Prognozirovanie perspektiv texnologicheskoy modernizacii e'konomiki Rossii]. Moscow: MAKSPRESS; 2010. P. 340—51 (in Russian).
7. Grigg E. R. N. The arcana of tuberculosis: with a brief epidemiologic history of the disease in the U.S. A. *Am. Rev. Tuberculosis Pulm. Dis.* 1958;18:151—72.
8. Chaulk C. P. The public health paradigm. In: V. Kazandjian, Sternberg E. The epidemiology of quality. Aspen Publishers Inc., Gaithersburg; 1995. Available at: <http://www.pubhealth.spb.ru/ST-DDIST/TB.htm#t1>
9. Rubinshtein G. R. The main steps in the development of the doctrine of tuberculosis. In: Pulmonary tuberculosis [Tuberkulez legkikh]. Moscow: Medgiz; 1948. P. 2—13 (in Russian).
10. Rabukhin A. E. Epidemiology and prevention of tuberculosis [Epidemiologiya i profilaktika tuberkuleza]. Moscow; 1957 (in Russian).
11. Raviglione M. K., Korobitsyn A. A. END TB — the new WHO strategy in the SDG era, and the contributions from the Russian Federation. *Tuberkulez i bolezni legkix*. 2016;94(11):7—15 (in Russian).
12. Global Tuberculosis Report. Geneva: WHO; 2022.
13. Nechaeva O. B. Monitoring of tuberculosis and HIV-infection in the Russian Federation. *Medicinskij alfavit*. 2017;(30):24—33 (in Russian).
14. Vasilieva I. A., Borisov S. E., Son I. M., Popov S. A., Nechaeva O. B., Belilovskiy E. M., Danilova I. D. Multidrug resistant tu-

Здоровье и общество

- berculosis. In: Tuberculosis in the Russian Federation 2012/2013/2014. Analytical review of statistic indicators, using in the Russian Federation and worldwide [*Tuberkulez v Rossiyskoy Federatsii 2012/2013/2014 gg. Analiticheskij obzor statisticheskikh pokazateley, ispol'zuyemykh v Rossiyskoy Federatsii i v mire*]. Moscow; 2015. P. 196–223 (in Russian).
15. Khantaeva N. S., Naktorminova N. V. Analysis of indicators and integrated evaluation of tuberculosis epidemic situation in the Irkutsk oblast in the period of 1992–2004. In: Current issues in the epidemiology, clinical picture and diagnosis of tuberculosis [*Aktual'nyye voprosy epidemiologii, kliniki i diagnostiki tuberkuleza*]. Irkutsk: RIO IGIUVa; 2007. P. 141–9 (in Russian).
16. Lapschina I. S., Myakisheva T. V. An assessment of the impact of socio-economic factors on the level of TB incidence, prevalence and mortality in the Kalugskaya oblast. *Medicinskij vestnik Yuga Rossii*. 2016;(1):56–8 (in Russian).
17. Narkevich N. A., Koretzkaya N. M., Vinogradov K. A., Narkevich A. A. Influence of age, gender and social factors on the risk of finding of pulmonary tuberculosis. *Pul'monologiya*. 2013;(4):73–6 (in Russian).
18. Pyanzova T. V., Kagan E. S., Abroskina A. A. Construction of an integral indicator for complex assessment of risk factors for an ineffective outcome of TB therapy. *Fundamental'naya i klinicheskaya medicina*. 2016;1(1):33–8 (in Russian).
19. Lopakov K. V., Sabgayda T. P., Popov S. A. New integral indicator "epidemiological potential of tuberculosis". *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2009. E1 NoFS77-28654. Available at: <http://vestnik.mednet.ru> (1-15) (in Russian).
20. Millet J.-P., Moreno A., Fina L., del Bano L., Orcau A., de Olalla P. G., Cayla J. A. Factors that influence current tuberculosis epidemiology. *Eur. Spine J*. 2013;22(Suppl 4):S539–S548. doi: 10.1007/s00586-012-2334-8
21. Jali M. V., Mahishale V. K., Hiremath M. B. Bidirectional screening of tuberculosis patients for diabetes mellitus and diabetes patients for tuberculosis diabetes. *Diabetes Metab. J*. 2013;37(4):291–5. doi: 10.4093/dmj.2013.37.4.291
22. Byrne A. L., Marais B. J., Mitnick C. D., Lecca L. Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review. *Int. J. Inf. Dis*. 2015;32:138–46. doi: 10.1016/j.ijid.2014.12.016
23. Narh-Bana S. A., Kawonga M., Odopey S. A., Bonsu F., Ibisomi L., Chirwa T. F. Factors influencing the implementation of TB screening among PLHIV in selected HIV clinics in Ghana: a qualitative study. *BMC Health Serv. Res*. 2022;22(1):898. doi: 10.1186/s12913-022-08295-6
24. Redko A. N., Lebedeva I. S., Lebedev P. V., Schvedova M. O. Aspects of socio-economic significance of HIV-infection. *Estestvenno-gumanitarnye issledovaniya*. 2023;45(1):187–93 (in Russian).
25. Gireev T. G. Methodical approaches to the assessment of economic damage of tuberculosis. *Sistemnaya integraciya v zdravooxranenii*. 2012;16(2):25–30 (in Russian).
26. Seltzovskiy P. P., Litvinov V. I. Social aspects of of epidemiological situation of tuberculosis [*Sotsial'nyye aspekty epidemiologicheskoy situatsii po tuberkulezu*]. Moscow: Medicina i zhizn'; 2004. 222 p. (in Russian).
27. Pirogova N. D., Ovsyankina O. V., Romanenko O. M., Schipunova L. V., Tyulkova T. E. Economical efficacy of multidrug resistant tuberculosis treatment. *Ftiziatriya i pul'monologiya*. 2013;11(3):13–23 (in Russian).
28. Mabilia Dz., Golubova T. N., Makhkamova Z. R. Estimation of the economic damage caused by tuberculosis incidence in children in the Republic of Criemia. *CITISE*. 2021;3(29):226–42. doi: 10.15350/2409-7616.2021.3.19 (in Russian).
29. Silva S., Arinaminpathy N., Atun R., Goosby E., Reid M. Economic impact of tuberculosis mortality in 120 countries and the cost of not achieving the Sustainable Development Goals tuberculosis targets: a full-income analysis. *Lancet Glob. Health*. 2021;9:e1372–79. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00299-0
30. Reid M., Roberts G., Goosby E., Wesson P. Monitoring universal health coverage (UHC) in high tuberculosis burden countries: tuberculosis mortality an important tracer of UHC service coverage. *PLoS ONE*. 2019;14(10):e0223559. doi: 10.1371/journal.pone.0223559
31. Wallgren A. BCG-vaccination as a public health measure. *Edinburg Med. J*. 1952;LIX(4):161–77. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5274818/pdf/edinbmedj4551-0001.pdf>
32. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: diagnosis. Test for tuberculosis infection. Geneva: WHO; 2022.
33. Berseneva E. A., Schamsiyarov N. N., Galiullin A. M. Socio-hygienic monitoring of population health of the city of Kazan during the socio-economic reforms period, 1995–2012. *Obshhestvennoe zdorov'e i zdravooxranenie*. 2016;50(2):9–17 (in Russian).
34. Naygovzina N., Filatov V. Assessment of the level of public health in population. *Sovetnik bkhxgalterov v zdravookhraneni*. 2008;(3):8–13 (in Russian).
35. Mossong J. I., Hens N., Jit M., Beutels P., Auranen K., Mikolajczyk R, et al. Social contacts and mixing patterns relevant to the spread of infectious diseases. *PLoS Med*. 2008;5(74):e74. doi: 10.1371/journal.pmed.0050074
36. Sterlikov S. A., Kucheryavaya D. A., Rusakova L. I., Kazykina T. N. The role of seasonal factors in tuberculosis incidence and mortality. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i medicinskoj statistiki*. 2019;(2). doi: 10.24411/2312-2935-2019-10025 (in Russian)
37. Mironova S. A. Environmental pollution as one of the development factors of respiratory tuberculosis. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk*. 2011;13(5):259–64 (in Russian).

© АФОНЬКИНА Ю. А., ЖИГУНОВА Г. В., 2024  
УДК 614.2

Афонькина Ю. А., Жигунова Г. В.

## САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СЕМЕЙНОЙ СРЕДЕ

ФГАОУ ВО «Мурманский арктический университет», 183010, г. Мурманск

Проблема самоактуализации детей с инвалидностью актуальна в силу существующих в современном обществе барьеров для максимально возможного раскрытия их потенциала и способностей на разных этапах взросления. Несмотря на высокий интерес современных исследователей к проблеме самоактуализации, эта научная категория практически не исследовалась в отношении людей с инвалидностью, в том числе детей, что не позволяет с высокой степенью эффективности обеспечить инклюзивный образ жизни данной категории граждан. Цель исследования — выявление специфики самоактуализации детей с инвалидностью в разные периоды их социогенеза в условиях семьи как первой социальной среды протекания инклюзивных процессов. При этом самоактуализация рассматривается как один из социальных факторов, детерминирующих формирование инклюзивного образа жизни ребенка со стойкими нарушениями здоровья.

Проведенный теоретический анализ позволил установить взаимосвязь таких категорий, как самоактуализация, образ жизни и социальная инклюзия детей с инвалидностью.

На эмпирическом уровне по результатам полуструктурированного интервью родителей ( $n=292$ ) и детей с инвалидностью ( $n=292$ ) в Мурманской области выявлена специфика самоактуализации современных детей с инвалидностью в семье, определены препятствующие ей социальные барьеры в семейной среде, тормозящие инклюзивные процессы. Полученные результаты могут быть положены в основу проектирования и реализации вариативных инклюзивных социальных практик детей с инвалидностью на разных этапах социогенеза, расширению возможностей их самореализации с учетом потребностей социализирующейся личности.

**Ключевые слова:** детская инвалидность; самоактуализация; образ жизни; социогенез; инклюзивные процессы; семейная среда.

**Для цитирования:** Афонькина Ю. А., Жигунова Г. В. Самоактуализация ребенка с инвалидностью в семейной среде. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):196–202. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-196-202>

**Для корреспонденции:** Жигунова Галина Владимировна, д-р социол. наук, доцент, зав. кафедрой философии и социальных наук ФГАОУ ВО «Мурманский арктический университет», e-mail: [galina-zhigunova@yandex.ru](mailto:galina-zhigunova@yandex.ru)

Afonkina Yu. A., Zhigunova G. V.

## THE SELF-ACTUALIZATION OF DISABLED CHILD IN FAMILY ENVIRONMENT

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Murmansk Arctic University”,  
183010, Murmansk, Russia

The problem of self-actualization of disabled children is actual because of barriers in modern society that prevent maximal possible disclosure of their potential and abilities at different stages of growing up. Despite high interest of modern researchers to problematic of self-actualization, this scientific category practically was not investigated in relation to individuals with disabilities, including children, that does not allow to ensure with high degree of efficiency inclusive life-style for this category of citizens. The purpose of the study is to identify specifics of self-actualization of disabled children in various periods of their sociogenesis in family conditions as first social environment of occurring inclusive processes. At that, self-actualization is considered as one of social factors determining formation of inclusive lifestyle of child with persistent health disorders.

The theoretical analysis permitted to establish relationship between such categories as self-actualization, lifestyle and social inclusion of disabled children.

At the empirical level, the analysis of results of semi-formalized interviews of parents ( $n=292$ ) and disabled children ( $n=292$ ) in the Murmansk Oblast, revealed characteristics of self-actualization of disabled children in the family. The social barriers preventing this self-actualization in family environment and inhibiting inclusive processes were identified. The results of the study can be laid in the foundation of designing and implementing variable inclusive social practices of disabled children with disabilities at different stages of sociogenesis, and expanding possibilities for their self-realization, considering needs of socializing personality.

**Keywords:** children disability; self-actualization; lifestyle; sociogenesis; inclusive process; family environment.

**For citation:** Afonkina Yu. A., Zhigunova G. V. The self-actualization of disabled child in family environment. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):196–202 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-196-202>

**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 Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Murmansk Arctic University”. e-mail: [galina-zhigunova@yandex.ru](mailto:galina-zhigunova@yandex.ru)

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

**Acknowledgment.** The study was financially supported by the Russian Science Foundation within the framework of the scientific project No. 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 22.05.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

Развитие инклюзивных процессов определяет необходимость и направления трансформации вза-

имоотношений ребенка с инвалидностью и современного общества. С одной стороны, предпринимаемые социальные преобразования направлены на

## Здоровье и общество

поиск возможностей для социальной инклюзии детей с инвалидностью, отражая укрепление в общественном сознании идеи инклюзии как обеспечения равных прав и возможностей для всех граждан. Однако, с другой стороны, состояние нестабильности общества накладывает отпечаток на протекание инклюзивных процессов, особенно в ранние периоды социогенеза, что обусловлено спецификой данного периода взросления. В социуме дети с инвалидностью по-прежнему не воспринимаются как активные участники социальной жизни [1].

Между тем в ранние периоды социогенеза включение ребенка с инвалидностью в социум приобретает особо важный смысл, поскольку, как показывают исследования Ю. А. Афонькиной и А. С. Лапиной [2], Л. С. Деточенко [3], К. И. Тельминовой [4] и других авторов, инвалидность в детском возрасте зачастую приводит к замедлению или искажению социализации, к фиксации ребенка на болезни и состоянии здоровья, что препятствует построению позитивной социализационной траектории.

Важно отметить, что наряду с эффективными практиками социальной инклюзии детей с инвалидностью сегодня в российском социуме происходит рост неуправляемости инклюзивных процессов, их формализация, что приводит к появлению эффекта «мнимой инклюзии». Такая ситуация порождает рост социальной напряженности прежде всего среди родителей детей с инвалидностью и нормотипичным развитием и в итоге приводит к отрицанию самой инклюзивной идеи. Подчеркнем, что такая ситуация усиливает восприятие социумом нетипичности ребенка как недостатка, требующего исправления, и необходимости его сегрегации.

В целом сегодня ожидаемые от продвижения идеи социальной инклюзии позитивные эффекты дополняются негативными социальными явлениями сегрегирующего характера. Среди них в ряде исследований выделяются: ощущение инаковости и низкой самооценности у детей с инвалидностью по сравнению с нормотипичными детьми [5], амбивалентность и негативность оценки матерями будущего ребенка-инвалида [6], негативный опыт включения в социум [7], что в совокупности приводит к эксклюзивному образу жизни ребенка-инвалида. При этом образ жизни мы понимаем как устоявшуюся форму его бытия в социуме, выражающуюся в его интересах, убеждениях и деятельности, которая может быть ориентирована как на включение, так и на исключение. Соответственно инклюзивный образ жизни ребенка с инвалидностью понимается как совокупность сложившихся практик, ориентированных на его регулярное и полноценное включение в различные социальные среды и социальные отношения.

Один из перспективных подходов к рассмотрению субъектных оснований развития инклюзивного образа жизни детей с инвалидностью — выявление возможностей их самоактуализации в той или иной среде.

Современное понимание самоактуализации, заложенное работами К. Гольдштейна, А. Маслоу, К. Роджерса, Ж.-П. Сартра, В. Франкла, Г. Олпорта, К. Хорни и других ученых, в качестве основной идеи выдвигает уникальность каждого человека и непрерывность его становления, личностного роста, творчества и самодостаточности. В данном ключе важнейшее значение имеет субъективный опыт человека, определяющий его поведение.

В отечественной науке самоактуализация связывается с процессом развития личности как субъекта жизнедеятельности и формирования жизненной стратегии (К. А. Альбуханова-Славская [8]), интеллектуальной активности (Д. Б. Богоявленская [9]), свободного выбора (В. А. Петровский [10]), саморегуляции произвольной активности (О. А. Конопкин [11]). Она также понимается как особый вид деятельности человека, направленный на самосовершенствование, развитие своей социальной и индивидуальной компетенции, максимально возможное использование своего потенциала (Н. И. Горская, В. Е. Глызина [12]).

Поскольку личность формируется под влиянием социокультурной среды, то процесс самоактуализации не может быть понят вне социального контекста развития и функционирования человека. Следовательно, в отношении ребенка с инвалидностью важно наладить социальные взаимодействия со средой и с другими людьми, без чего невозможно построение инклюзивного образа жизни и удовлетворение многоплановых потребностей и целей, возникающих в процессе взросления человека.

Учитывая, что самоактуализация — это постоянный процесс раскрытия личностью ее потенциальных возможностей, предполагающий осознание ею своих потребностей, уникальности и перспектив саморазвития, в отношении детей с инвалидностью отметим, что самоактуализация представляет собой сложное явление, рассматриваемое в динамическом аспекте как внутренний механизм развития личности, определяющий переход с уровня возможности (потенциального состояния) на уровень действительности (актуального состояния).

Однако результаты современных исследований убедительно доказывают противоречивость в организации жизни современного ребенка: с одной стороны, наделение его правами и возможностями самостоятельно и автономно развиваться, с другой — насыщение его жизни предметами и делами, которые расцениваются взрослыми как важные, но создают ограничения для самовыражения ребенка. Таким образом, нередко декларируемая свобода ребенка, по сути, становится технологизированной формой закрепощения и тотального контроля [13]. Такая ситуация в значительной степени обостряется в отношении детей с инвалидностью в силу ряда причин.

Как показано в исследованиях Г. В. Жигуновой [14], специфика развития лиц ювенальной категории с инвалидностью определяется рядом факторов, среди которых следует особо выделить осозна-

ние своего дефекта и отношение к нему, тяжесть нарушения здоровья, специфику детско-родительских отношений, ограниченность социальных связей, длительность выработки социальных навыков, пассивность в социальном плане.

Ребенок с инвалидностью является максимально уязвимым для неблагоприятных воздействий социальной среды, которые препятствуют формированию у него адекватных позитивных представлений о себе как социальном субъекте, освоению регуляторов социального поведения, формированию социальной идентичности, проектированию своих жизненных стратегий, определяющих созидательную социальную активность и успешное самоопределение. Кроме того, анализ результатов исследований показывает наличие многочисленных проблем в семьях детей с инвалидностью [15—17], что приводит к дисфункциональности семьи, искажению семейных взаимодействий, неблагоприятному семейному социально-психологическому климату и в целом к эксклюзивному образу жизни ребенка.

Негативную роль в отношении самоактуализации и создания инклюзивного образа жизни детей с инвалидностью имеет наличие на разных возрастных этапах социальной дистанции и негативных установок со стороны нормотипичных детей и их родителей [18, 19], существенно затрудняющих коммуникацию, включение в повседневные и привычные для детей с нормативным развитием практики, приводящие к существенному сужению сфер детской активности и трудностям в освоении социального опыта, а также снижению у детей с инвалидностью мотивации к включению в социальные процессы.

Таким образом, в сегодняшней социальной действительности существуют противоречия между потребностью детей с инвалидностью в самоактуализации и регулятивными ограничениями, тормозящими инклюзивные процессы, в семейной среде и других социальных средах.

Указанная проблема актуализирует необходимость исследования механизмов и факторов самоактуализации в семейной среде и выявления существующих барьеров, препятствующих формированию инклюзивного образа жизни детей с инвалидностью.

### Материалы и методы

С целью выявления особенностей самоактуализации детей с инвалидностью в семейной среде в рамках настоящего исследования проведено полуструктурированное интервью с детьми, имеющими инвалидность, и с родителями таких детей, проживающими на территории Мурманской области. Было опрошено 292 ребенка с инвалидностью в возрасте от 6 до 17 лет, в том числе 6—7 лет ( $n=108$ ; 37,0%), 8—14 лет ( $n=130$ ; 44,5%), 15—17 лет ( $n=54$ ; 18,5%). Лица мужского пола составили 59,3%, женского — 40,7%. Выборка репрезентативна по возрасту опрошенных в каждой представленной группе. Выборку родителей детей с инвалидностью составили 292 че-

ловека, среди которых было 85,9% женщин и 14,1% мужчин.

По типу нарушений здоровья дети с инвалидностью распределялись следующим образом: 76,1% составили респонденты с психическими нарушениями, 13,5% — с нарушениями речи, 4,1% — с двигательными нарушениями (детским церебральным параличом) и 6,3% — с сенсорными нарушениями (зрения и слуха). В выборку не вошли респонденты с инвалидностью по общему заболеванию в связи с отсутствием потребностей в специальной организации условий для личностной самореализации. Все дети были включены в образовательные организации дошкольного или школьного образования, обучаясь в форме инклюзии (16,8%), специального образования (68,1%) или индивидуально (15,1%). Более половины респондентов проживали в полных семьях (68,3%).

Исследование проводилось на базе государственных социальных, образовательных и общественных организаций Мурманской области, осуществляющих социально-психологическую и социально-педагогическую помощь детям с инвалидностью, их обучение и воспитание.

### Результаты исследования

Анализ структуры повседневных занятий детей с инвалидностью показал, что основным видом деятельности у 51,3% детей является игра, которая трансформируется с возрастом из сюжетно-ролевых в настольные и компьютерные игры. Затем следуют домашние дела, времяпрепровождение в сети Интернет, просмотр кинофильмов, занятия ручным трудом и рисованием, прогулки, выполнение уроков и др. (табл. 1).

Заметим, что в целом представленный респондентами перечень собственных дел и занятий существенно однообразен. Следует обратить внимание и на крайне низкую востребованность интеллектуальных видов деятельности (чтения, выполнения уроков) и физических упражнений.

Индивидуальные занятия детей с инвалидностью наиболее разнообразны у лиц с психическими нарушениями (9 позиций занятий), далее следуют лица с

Таблица 1  
Структура повседневных занятий детей с инвалидностью (в %)

Занятие	Возраст ребенка		
	6—7 лет	8—14 лет	15—17 лет
Игры	47,2	56,9	50,0
Прием пищи, участие в ее приготовлении	41,2	31,5	28,1
Времяпрепровождение в сети Интернет	11,1	35,4	33,3
Просмотр фильмов	7,5	15,6	33,3
Ручной труд и рисование	17,6	28,5	0
Прогулки	3,7	6,9	33,3
Уроки	17,6	15,6	3,4
Домашние дела, уборка	7,4	3,1	14,1
Чтение	3,7	7,7	5,6
Спорт, физические упражнения	3,7	7,7	0
Танцы	1,8	6,9	0

Таблица 2

Количество времени на ежедневное общение родителей с ребенком в зависимости от его возраста (в %)

Время	Возраст ребенка		
	6—7 лет	8—14 лет	15—17 лет
Более 3 ч	50,4	51,1	53,1
1,5—3 ч	19,3	40,4	46,9
Менее 1,5 ч	30,3	8,5	0

сенсорными нарушениями (4 позиции) и лица с опорно-двигательными нарушениями (2 позиции).

С точки зрения совместных семейных повседневных дел 77,2% детей участвуют в общих семейных делах, которые включают в себя помощь родителям по дому, семейные праздники, совместные прогулки и игры, продуктивные виды деятельности, просмотр фильмов. Однако с возрастом проявляется тенденция к сокращению перечня общих дел: если в 6—7-летнем возрасте их количество составляет 100%, то в период 8—14 лет — 87,5%, а в 15—17 лет — 50,0%. В зависимости от заболевания в общие дела более вовлечены дети с психическими нарушениями (100%), в меньшей степени — с двигательными (57,1%) и сенсорными (42,9%).

По результатам опроса родителей, большинство (83,7%) считают, что количество семейных дел, в которых участвует их ребенок, достаточное. В перечне семейных дел, в которых участвует их ребенок, большая часть респондентов отметили бытовые дела (89,2%), семейные праздники (52,5%) и оздоровительные совместные мероприятия (47,8%).

Респонденты отмечают важность участия ребенка в семейных делах, считая, что это помогает его социализации и приобретению самостоятельности (61,7 и 63,2% соответственно). Значительно реже респонденты отмечают, что ребенок при этом развивается (27,2%) и что участие в общих делах доставляет ему радость (12,6%).

В вопросе взаимоотношений детей с инвалидностью опрос детей показал, что 96,1% из них имеют друзей, не имеют их только 3,9%. В качестве друзей выступают одноклассники или одноклассники (для детей из детского сада) — 56,6%, сверстники из посещаемых ими организаций по работе с инвалидами (38,0%), дворовые друзья (4,5%) либо члены семьи (0,9%).

Большинство (59,3%) опрошенных детей любят общаться со сверстниками, родителями (23,5%) или другими людьми (17,2%). Причем свою идентичность дети с инвалидностью проводят преимущественно с членами семьи: хотят быть похожими на своих родителей 52,7%, на сестру или брата — 3,1%, на друзей — 3,1%, на кумира — 3,1%, на самого себя — 10,3%, затруднились ответить 27,7%.

Большинство (76,6%) опрошенных считают, что окружающим людям нравится с ними общаться, 61,3% отметили, что пользуются авторитетом у других людей, 14,8% указали на отсутствие авторитета, 23,9% затруднились ответить.

Половина (51,5%) родителей отметили, что тратят на общение со своим ребенком более 3 ч в день, еще 35,5% — 1,5—2 ч, 13,0% — менее 1,5 ч. При этом каждой возрастной группе детей в целом уделяется достаточное внимание (табл. 2).

Более половины (54,0%) респондентов из числа родителей считают свои временные затраты на общение с ребенком оптимальными, еще 23,8% ответили «скорее оптимальными», 14,1% указали «скорее нет, чем да», 8,1% — «нет». Таким образом, 77,8% родителей уверены в достаточности этих затрат, причем в отношении детей всех возрастных групп и типов нарушений здоровья.

Большая часть (78,2%) опрошенных родителей считают, что в целом они помогают ребенку с инвалидностью в овладении навыками общения для успешного взаимодействия со сверстниками. Практически не помогают и не помогают 11,6 и 0,9% соответственно, 9,3% затруднились ответить.

Почти половина опрошенных родителей считает, что семья готовит ребенка к будущей жизни (49,5%). «Скорее да, чем нет» отметили еще 19,6%, «скорее нет, чем да» — 11,4%, «нет» — 11,7%; затруднились ответить 7,7%. Ориентация на будущее присуща семьям в большей мере в возрастных группах детей 8—14 и 15—17 лет (табл. 3).

При выявлении семейных ценностей и целей в ходе социализации ребенка с инвалидностью установлена ориентация большей части (66,7%) родителей на здоровьесбережение своих детей, 32,3% респондентов нацелены на подготовку к будущей жизни, 30,2% — на социализацию, 25,6% ориентированы на развитие способностей ребенка. Дети считают здоровье главной жизненной ценностью, о чем свидетельствуют полученные 4,1 балла в среднем из 5 возможных при оценке ценностей. Затем следуют жизнь (3,9 балла) и семья (3,2 балла). Таким образом, родители и дети с инвалидностью нацелены прежде всего на укрепление здоровья при недооценке первыми реализации талантов и способностей их ребенка.

Говоря о трудностях, 45,9% детей отмечает, что в их жизни они случаются, 54,1% трудностей не имеет. Среди имеющих трудности 49,1% детей 6—7 лет, 77,7% детей 8—14 лет, 66,7% 15—17 лет. В большей мере трудности отмечают дети с двигательными (100%) и сенсорными (47,1%), а затем уже с ментальными нарушениями (41,4%).

Таблица 3

Оценка родителями направленности своих усилий на подготовку детей к будущей жизни в зависимости от возраста (в %)

Оценка	Возраст ребенка		
	6—7 лет	8—14 лет	15—17 лет
Да	35,3	53,9	59,4
Скорее да, чем нет	26,1	24,8	7,8
Скорее нет, чем да	8,1	10,6	15,6
Нет	18,5	5,7	11
Затрудняюсь ответить	12,0	5,0	6,2

Таблица 4

## Наличие затруднений в организации жизнедеятельности ребенка в семье (в %)

Наличие трудностей	Возраст ребенка		
	6—7 лет	8—14 лет	15—17 лет
Имеются	13,4	29,1	25,0
Отсутствуют	86,6	70,9	75,0

В качестве трудностей отмечались проблемы со здоровьем (31,8%), в общении и во взаимоотношениях (15,1%), в учебе (13,4%), в выполнении каких-либо физических упражнений и творческих заданий (12,8%), в передвижении (11,1%), финансовые (5,0%), в поддержании режима дня и порядка (3,3%), в поведении (1,1%) и др.

Большинство родителей не испытывают затруднений в организации жизнедеятельности ребенка в семейной среде, о чем сообщили 77,5%, наличие трудностей отметили 22,5%. При этом в семьях всех детей разных возрастов в данном отношении не выявлены существенные различия. Однако отмечается динамика увеличения затруднений в периоды 8—14 и 15—17 лет (табл. 4).

Имеющиеся затруднения большинство (86,7%) родителей связывают с заболеванием ребенка. Остальные переменные имеют сходные значения в диапазоне 45—47% и отражают отсутствие времени (48,7%), сложности в воспитании (45,1%), обучении (45,1%), наличие социальных барьеров в социуме (20,1%).

В решении тех или иных сложных вопросов оказывают помощь детям преимущественно члены семьи (89,0%), но определенную, хотя и менее выраженную, роль играют друзья (15,7%) и педагоги (7,5%).

В оказании помощи ребенку в составе семьи роль матери существенно доминирует в каждый возрастной период, составляя 88,1%, при некотором снижении этой роли с возрастом и повышении роли брата/сестры и отца (табл. 5).

Что касается родителей, то они ожидают помощи в преодолении трудностей от узких специалистов: педагогов и психологов (86,8%), социальных работников (86,1%), медицинских работников (38,3%). Только 19,2% респондентов считают, что в этом им могут помочь члены их семьи, 12,6% указывают на других людей.

Оценивая свои возможности, 52,8% опрошенных детей с инвалидностью считают себя успешными, 18,8% так не считают, 28,4% затруднились ответить; 81% считают себя способными, 5,1% так не считают, 13,9% затруднились ответить.

В семейной среде, по мнению 50,7% родителей, учитываются потребности и интересы ребенка. Еще 34,4% ответили, что скорее учитываются, 8,7% — скорее не учитываются, 1,2% — не учитываются, 5% затруднились ответить. В большей мере по сравнению с другими возрастными группами не учитыва-

ются интересы детей 6—7 лет (5,1% ответивших «нет» и 16,8% — «скорее нет»).

Также 67,1% опрошенных родителей отметили, что в семье созданы условия для активности ребенка, а 24,6% указали, что имеются лишь отдельные их элементы. На полное отсутствие таких условий указали 1,2%, затруднились ответить 7,1%.

Результаты опроса показали, что абсолютное большинство (93,6%) опрошенных детей практически полностью или полностью удовлетворены условиями, в которых они проводят время в семье. Доля удовлетворенных в возрастных группах 6—7 лет и 15—17 лет составляет по 100%, в 8—14 лет — 91,2%. Наблюдается значительно более низкая удовлетворенность данными условиями (50%) у лиц с двигательными нарушениями, тогда как лица с психическими и сенсорными нарушениями удовлетворены на 100%.

Большинство (83,6%) респондентов из числа детей ничего не хотят менять в окружающей их семейной обстановке, еще 11,9% затруднились ответить. Почти 1/3 опрошенных (28,8%) из числа детей с инвалидностью ничего не хотели бы менять в своей жизни, остальные мечтают помогать другим людям (11,5%), иметь новые игры и игрушки (11,5%), стать хорошим другом (9,6%), чтобы все мирно жили (5,8%), были добрыми (3,8%), а родители меньше работали (3,8%). Для себя опрошенные хотели бы стать красивее, умнее, не ходить в школу, завести домашнее животное, переехать в более теплые края и многое другое.

В своих ответах на вопрос о желаемой в будущем профессиональной деятельности дети с инвалидностью наиболее часто называли профессии врача, учителя, полицейского, военного, пожарного, повара, строителя, продавца, ветеринара, летчика. Данные ответы показывают, что дети с инвалидностью имеют позитивную самооценку в отношении своих возможностей, наряду с имеющейся их переоценкой.

Наибольшее количество (49,9%) опрошенных родителей уверены, что для реализации ребенком своих возможностей нужны прежде всего общие дела, 44,4% считают, что необходимо доверительное общение, 36,9% — благоприятный психологический климат, 5,8% указали иное. На общие дела и занятия в первую очередь обращают внимание родители детей 6—7 и 8—14 лет (53,8 и 70,9% соответственно) и 25% родителей детей 15—17 лет, а доверительное общение на первый план выходит в ответах родителей детей 15—17 лет (53,1%), затем детей 8—14 лет

Таблица 5

## Члены семьи, оказывающие помощь респондентам (в %)

Родственная связь	Возраст ребенка		
	6—7 лет	8—14 лет	15—17 лет
Брат, сестра	5,0	15,6	43,7
Бабушка, дедушка	0,9	7,8	0
Мама	94,1	84,4	85,9
Папа	4,6	23,4	29,7

## Здоровье и общество

(48,2%) и 6—7 лет (31,9%). Примерно таково соотношение ответов в разных возрастных группах и в отношении благоприятного психологического климата: его значимость отмечают 41,8 и 43,7% родителей детей в возрасте 8—14 и 15—17 лет и 25,2% родителей детей в возрасте 6—7 лет.

### Заключение

Обобщая результаты проведенного опроса детей с инвалидностью и их родителей, можно обозначить следующие особенности и барьеры самоактуализации детей в семье.

Дети с инвалидностью в условиях семьи имеют личные дела и занятия, однако их набор достаточно узок. Большинство детей с инвалидностью вовлечены в семейные дела, однако около  $\frac{1}{3}$  из них дистанцированы от них, что чаще всего обусловлено спецификой нарушения здоровья и возрастом. Наиболее активно включены в семейные дела дети с психическими нарушениями младших возрастов, а наименее активно — имеющие двигательные нарушения и дети в 15—17-летнем возрасте.

Уровень включенности детей в общие семейные дела и условия для их активности и самореализации большинством родителей оцениваются как достаточные, однако следует отметить однообразный характер совместных семейных дел и занятий, которые мало ориентированы на социально-культурные потребности личности.

Дети считают себя способными и успешными, а родители полагают, что создают в семье все условия для их самореализации. При этом только половина опрошенных родителей считают, что семья выполняет функцию подготовки ребенка к будущей жизни.

Среди трудностей организации жизни ребенка в семье большинством родителей выделяется его заболевание, тогда как эта трудность осознается в качестве существенной лишь для  $\frac{1}{3}$  опрошенных детей. Однако те и другие ориентированы на здоровьесбережение, а само здоровье выступает важнейшей ценностью.

В качестве субъектов, помогающих преодолевать жизненные трудности, для родителей преимущественно выступают те или иные специалисты, а для детей — родители. Причем в условиях семьи в основном помощь своему ребенку оказывает мать, что указывает на дисбаланс родительских ролей и, возможно, семейных взаимоотношений.

В целом семейная среда достаточно комфортна для абсолютного большинства детей, что является значимым критерием в реализации ресурсных возможностей семьи для самоактуализации детей и реализации ими инклюзивного образа жизни. Однако сам инклюзивный потенциал семейной среды недостаточен с точки зрения ограниченного круга семейных дел с их фокусировкой на бытовых делах и удовлетворении преимущественно витальных потребностей, исключительной роли матери и сниженной активности ребенка в семье по мере его взросления.

Полученные выводы указывают на необходимость оказания поддержки семье, воспитывающей ребенка с инвалидностью, в создании условий для его самоактуализации в семейной среде на всех возрастных этапах, что позволит минимизировать влияние особенностей здоровья нетипичного ребенка на формирование инклюзивного образа его жизни.

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».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Жигунова Г. В., Афонькина Ю. А. Представления об инвалидности в региональном социуме. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: История. Политология. Социология.* 2019;(4):37—45.
2. Афонькина Ю. А., Лапина А. С. Детская инвалидность как комплексная проблема современности. *Проблемы современного педагогического образования.* 2018;61-2:287—90.
3. Деточенко Л. С. Специфика социализации инвалидов: опыт нарративной реконструкции. *Журнал социологии и социальной антропологии.* 2020;23(2):87—103.
4. Тельминова К. И. Особенности социализации лиц с различным временем наступления инвалидности. *Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Гуманитарные и общественные науки.* 2022;6(3):172—80.
5. Хубулава Г. Г. Ребенок-инвалид и общество: взаимоотношения и социализация. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста.* 2017;5(3):66—73.
6. Иванова В. С., Гребеникова Е. В., Шелехов И. Л. Личностные особенности матерей и родительско-детские отношения в семьях, воспитывающих детей-инвалидов с детским церебральным параличом. *Научно-педагогическое обозрение. Pedagogical Review.* 2017;2(16):48—52.
7. Деточенко Л. С. Вовлеченность детей-инвалидов в социальные связи и сообщества: факторы, стратегии и факторы успеха. *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки.* 2021;4(64):70—8.
8. Альбуханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М.: Мысль; 1991. 299 с.
9. Богоявленская Д. Б. Интеллектуальная активность как проблема творчества. Ростов-н/Д.: РГУ; 1983. 183 с.
10. Петровский В. А. Человек над ситуацией. М.: Смысл; 2010. 560 с.
11. Конопкин О. А. Механизмы осознанной саморегуляции произвольной активности человека. В кн.: Субъект и личность в психологии саморегуляции: сб. науч. тр. В. И. Моросанова (ред.) Москва — Ставрополь: ПИ РАО, СевКавГТУ; 2007. С. 12—31.
12. Горская Н. И., Глызина В. Е. Теоретически подходы к возрастному аспекту самоактуализации личности. *Вестник Иркутского государственного технического университета.* 2012;(4):215—9.
13. Бесчастная А. А., Яшина М. Н. (Не)знакомое детство глазами детей, родителей, исследователей (обзор секции по проблемам социологического осмысления детства X Грушинской социологической конференции). *Социологическая наука и социальная практика.* 2020;8(4):224—34.
14. Жигунова Г. В., Ткаченко И. Л. Ресурсный потенциал инвалидов ювенальной категории. Красноярск: Научно-инновационный центр; 2013. 220 с.
15. 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.
16. Курникова М. В. Физические возможности ребенка-инвалида и социальное самочувствие членов его семьи. *Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки.* 2019;(4):44—60.
17. Присяжнюк Д. И. Социальное самочувствие семей, воспитывающих детей с инвалидностью, в современной России. *Вест-*

- ник Томского государственного университета. 2018;437:93–103.
18. Кантемирова И. Б. Социальная дистанция между старшими школьниками и их сверстниками с ограниченными возможностями: результаты сравнительного исследования. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2019;(9):48–51.
  19. Феофанов В. Н., Константинова Н. П., Королева Ю. А. Особенности межличностных отношений дошкольников с ограниченными возможностями здоровья со сверстниками в условиях инклюзивного образования. *Образование и наука*. 2020;22(5):67–89.
- Поступила 22.05.2023  
Принята в печать 02.11.2023
- REFERENCES
1. Zhigunova G. V., Afonkina Yu. A. Perceptions of disability in the regional society. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Istoriya. Politologiya. Sotsiologiya = Bulletin of the Voronezh State University. Series: History. Political science. Sociology*. 2019;(4):37–45 (in Russian).
  2. Afonkina Yu. A., Lapina A. S. Children's disability as a complex problem of our time. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya = Problems of Modern Pedagogical Education*. 2018;61-2:287–90 (in Russian).
  3. Detochenko L. S. The specificity of the socialization of disabled people: the experience of narrative reconstruction. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii = Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2020;23(2):87–103 (in Russian).
  4. Telminova K. I. Features of socialization of persons with different time of onset of disability. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Gumanitarnyye i obshchestvennyye nauki = Bulletin of the Kemerovo State University. Series: Humanities and social sciences*. 2022;6(3):172–80 (in Russian).
  5. Khubulava G. G. Disabled child and society: relationships and socialization. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta = Orthopedics, Traumatology and Reconstructive Surgery of Children*. 2017;5(3):66–73 (in Russian).
  6. Ivanova V. S., Grebennikova E. V., Shelekhov I. L. Personal characteristics of mothers and parent-child relationships in families raising disabled children with cerebral palsy. *Nauchno-pedagogicheskoye obozreniye = Pedagogical Review*. 2017; 2(16):48–52 (in Russian).
  7. Detochenko L. S. Involvement of children with disabilities in social networks and communities: facilitators, strategies and success factors. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N. I. Lobachevskogo. Seriya: Sotsial'nyye nauki = Bulletin of the Nizhny Novgorod University. N. I. Lobachevsky. Series: Social Sciences*. 2021;4(64):70–8 (in Russian).
  8. Albukhanova-Slavskaya K. A. Life strategy [*Strategiya zhizni*]. Moscow: Mysl'; 1991. 299 p. (in Russian).
  9. Bogoyavlenskaya D. B. Intellectual activity as a problem of creativity [*Intellektual'naya aktivnost' kak problema tvorchestva*]. Rostov-na-Donu: Russian State University; 1983. 183 p. (in Russian).
  10. Petrovsky V. A. The person is above the situation [*Chelovek nad situatsiej*]. Moscow: Smysl; 2010. 560 p. (in Russian).
  11. Konopkin O. A. Mechanisms of conscious self-regulation of voluntary human activity. In: Subject and personality in the psychology of self-regulation: collection of scientific papers [*Sub'yekt i lichnost' v psikhologii samoregulyatsii: sb. nauch. tr.*]. V. I. Morosanova (ed.). Moscow — Stavropol: PI RAO; SevKAvGTU; 2007. P. 12–31 (in Russian).
  12. Gorskaya N. I., Glyzina V. E. Theoretically approaches to the age aspect of personality self-actualization. *Vestnik Irkutskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta = Bulletin of the Irkutsk State Technical University*. 2012;(4):215–9 (in Russian).
  13. Beschastnaya A. A., Yashina M. N. (Un)familiar childhood through the eyes of children, parents, researchers (review of the section on the problems of sociological understanding of childhood of the X Grushin sociological conference). *Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika = Sociological Science and Social Practice*. 2020;8(4):224–34 (in Russian).
  14. Zhigunova G. V., Tkachenko I. L. Resource potential of disabled juveniles [*Resursnyy potencial invalidov yuvenal'noj kategorii*]. Krasnoyarsk: Nauchno-innovatsionnyy tsentr; 2013. 220 p. (in Russian).
  15. Vdovina M. V., Semochkina N. N. Social health of a family with a disabled child during early childhood and school years. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Public Health and the History of Medicine*. 2021;29(2):287–92 (in Russian).
  16. Kournikova M. V. The physical capabilities of a disabled child and the social well-being of his family members. *Vestnik Permskogo nacional'nogo issledovatel'skogo politekhnicheskogo universiteta. Sotsial'no-ekonomicheskiye nauki = Bulletin of the Perm National Research Polytechnic University. Socio-economic sciences*. 2019;(4):44–60 (in Russian).
  17. Prisyazhnyuk D. I. Social well-being of families raising children with disabilities in modern Russia. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta = Bulletin of Tomsk State University*. 2018;437:93–103 (in Russian).
  18. Kantemirova I. B. Social distance between older students and their peers with disabilities: Findings from a comparative study. *Gumanitarnyye, sotsial'no-ekonomicheskiye i obshchestvennyye nauki = Humanities, Socio-Economic and Social Sciences*. 2019;(9):48–51 (in Russian).
  19. Feofanov V. N., Konstantinova N. P., Koroleva Yu. A. Features of interpersonal relations of preschoolers with disabilities with their peers in the context of inclusive education. *Obrazovaniye i nauka = Education and Science*. 2020;22(5):67–89 (in Russian).

Сабаяев А. В., Пасечник О. А.

## АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В РЕЗУЛЬТАТЕ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЯ ЗА 2011—2020 гг.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644099, г. Омск

*Цель исследования — изучение динамики показателя смертности населения Сибирского федерального округа в результате токсического действия алкоголя за 2011—2020 гг., а также сравнительный анализ коэффициентов смертности населения регионов Сибирского федерального округа с общеокружными значениями.*

*В исследовании использованы статистические материалы Федеральной службы государственной статистики РФ. Проведен анализ показателей смертности населения РФ, Сибирского федерального округа и его регионов: Республики Алтай, Республики Тыва, Республики Хакасия, Алтайского края, Красноярского края, Иркутской, Кемеровской, Новосибирской, Омской, Томской областей — в результате токсического действия алкоголя, сравнительный анализ региональных и общеокружных показателей смертности. При статистической обработке материала использованы традиционные методы вычисления экстенсивных и интенсивных показателей, средней ошибки показателя, оценки достоверности различий.*

*За период 2011—2020 гг. смертность населения Сибирского федерального округа в результате токсического действия алкоголя снизилась в 3,3 раза, снижение регистрируется во всех регионах. Наиболее быстрыми темпами снижение уровня смертности населения произошло в Алтайском крае (в 7,7 раза), Республике Тыва (в 7,0 раза), Красноярском крае (в 6,4 раза). Изучение динамики смертности населения регионов Сибирского федерального округа в результате токсического действия алкоголя позволяет выявить особенности токсикологической ситуации на региональном уровне и определить стратегические направления региональной политики химической безопасности и охраны здоровья населения.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* смертность населения; токсическое воздействие алкоголя.

*Для цитирования:* Сабаяев А. В., Пасечник О. А. Анализ динамики показателя смертности населения Сибирского федерального округа в результате токсического действия алкоголя за 2011—2020 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):203—207. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-203-207>

*Для корреспонденции:* Сабаяев Александр Владимирович, д-р мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный токсиколог Омской области и Сибирского федерального округа, e-mail [alesabaev@yandex.ru](mailto:alesabaev@yandex.ru)

Sabaev A. V., Pasechnik O. A.

## THE ANALYSIS OF DYNAMICS OF INDICATOR OF MORTALITY OF POPULATION OF THE SIBERIAN FEDERAL OKRUG RESULTED FROM TOXIC IMPACT OF ALCOHOL IN 2011–2020

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Omsk State Medical University” of  
Minzdrav of Russia, 644099, Omsk, Russia

*The purpose of the study is to investigate dynamics of mortality of population of the Siberian Federal Okrug resulted from toxic impact of alcohol in 2011–2020 and to comparatively analyze mortality of population of the regions of the Siberian Federal Okrug with general Okrug values.*

*The study uses statistical data of the Federal State Statistics Service of the Russian Federation. The analysis was applied to mortality of population of the Russian Federation, the Siberian Federal Okrug and the regions of the Siberian Federal Okrug (the Republic of Altai, the Republic of Tuva, the Republic of Khakassia, the Altai Kray, the Krasnoyarsk Kray, Irkutsk, Kemerovo, Novosibirsk, Omsk and Tomsk Oblast) resulted from toxic impact of alcohol. The comparative analysis of regional and general Okrug indicators of mortality was implemented. The statistical processing of data included common methods of calculating extensive and intensive indicators, indicator average error and evaluation of reliability of differences. It was established that in 2011–2020, mortality of population of the Siberian Federal Okrug resulted from toxic impact of alcohol decreased by 3.3 times. The decrease of mortality of the population was registered in all regions of the Siberian Federal Okrug. The fastest decreasing of mortality of population occurred in the Altai Kray (7.7 times), the Republic of Tuva (7.0 times), the Krasnoyarsk Kray (6.4 times). The investigation of dynamics of mortality of population in the regions of the Siberian Federal Okrug resulted from toxic impact of alcohol permits to identify characteristics of toxicological situation at the regional level and to determine strategic directions of the regional policy of chemical safety and population health protection.*

*К е y w o r d s:* mortality; population; toxic impact; alcohol.

*For citation:* Sabaev A. V., Pasechnik O. A. The analysis of dynamics of indicator of mortality of population of the Siberian Federal Okrug resulted from toxic impact of alcohol in 2011–2020. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):203–207 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-203-207>

*For correspondence:* Sabaev A. V., doctor of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Omsk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: [alesabaev@yandex.ru](mailto:alesabaev@yandex.ru)

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

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support.

Received 27.05.2023

Accepted 02.11.2023

### Введение

Злоупотребление алкоголем — важнейшая проблема общественного здоровья, причина катастро-

фически высокого уровня смертности в РФ. Основные его последствия включают сверхсмертность, снижение продолжительности жизни, потерю здо-

ровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей, деградацию социальной и духовно-нравственной среды, распад семей [1, 2].

Антиалкогольная концепция, принятая в РФ в 2009 г. (Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р), с 2010 по 2018 г. привела к снижению потребления алкоголя на 30% [3, 4].

Изучение динамики показателей смертности в результате острых отравлений и токсических воздействий позволяет оценить токсикологическую ситуацию и определить стратегические направления профилактической работы в сфере химической безопасности на региональном и федеральном уровнях [5, 6].

За период 2010—2019 гг. в РФ смертность населения в результате токсического действия алкоголя снизилась с 13,3 до 6,7 случая на 100 тыс. населения [7—9].

В целом по стране и во многих ее субъектах на фоне роста потребления алкоголя зафиксировано снижение уровня смертности, связанной с потреблением алкоголя, в том числе от острых отравлений алкоголем [10]. Это снижение связывают со стабилизацией социально-экономической ситуации в стране и принимаемыми в регионах мерами по снижению масштабов злоупотребления алкоголем, профилактике и лечению алкоголизма (законодательное и нормативно-правовое противодействие нелегальному производству и обороту алкогольной продукции, ограничение мест и времени продажи алкогольной продукции, запрет рекламы, проведение целевых среднесрочных программ, направленных на пропаганду здорового образа жизни, включая массовые мероприятия) [11—13].

Целью настоящего исследования стали изучение динамики показателя смертности населения Сибирского федерального округа (СФО) в результате токсического действия алкоголя с 2011 по 2020 г., а также сравнительный анализ коэффициентов смертности населения регионов СФО и общеокружных значений.

### Материалы и методы

В исследовании использованы статистические материалы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации. Проведены анализ показателей смертности населения РФ, СФО и регионов СФО (республик Алтай, Тыва и Хакасия, Алтайского и Красноярского краев, Иркутской, Кемеровской, Новосибирской, Омской, Томской областей) в результате токсического действия алкоголя, сравнение региональных показателей с общеокружными показателями смертности. Исследование носит лонгитюдный характер, является продолжением наблюдения динамики уровня смертности населения СФО в результате токсического действия алкоголя [14].

При статистической обработке материала использованы традиционные методы вычис-

ления экстенсивных и интенсивных показателей, среднюю ошибку показателя ( $m$ ) вычисляли по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{pq}{n}},$$

где  $p$  — показатель смертности (на 100 тыс. населения);  $q$  —  $100\ 000 - p$ ;  $n$  — численность соответствующего населения.

Значимость различий ( $t$ ) по критерию Стьюдента определяли посредством формулы:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 - m_2^2}},$$

где  $P_1$  и  $P_2$  — сравниваемые показатели смертности населения;  $m_1$  и  $m_2$  — ошибки показателей смертности населения; различия показателей смертности существенны при  $t \geq 2,0$ ;  $p \leq 0,05$ .

### Результаты исследования

В 2020 г. в РФ зарегистрировано 50 435 смертей, обусловленных алкоголем, что составило 2,4% всех умерших (2 138 586 случаев). Смертность от причин, обусловленных алкоголем, составила 34,5 случая на 100 тыс. населения. В структуре причин смерти, обусловленных алкоголем, 75,6% приходилось на три основные причины: алкогольную кардиомиопатию (34,4%; 17 359 случаев), алкогольную болезнь печени — цирроз, гепатит, фиброз (21%; 10 571 случай), случайное отравление алкоголем (20,2%; 10 206 случаев).

Многолетняя динамика смертности населения РФ от токсического действия алкоголя характеризовалась умеренной тенденцией к снижению, за анализируемый период смертность населения сократилась на 62,8% (с 11,4 случая на 100 тыс. населения в 2011 г. до 7,0 случая на 100 тыс. населения в 2020 г.;  $t=44$ ,  $p=0,0000$ ; рис. 1).

Динамика смертности населения СФО в результате токсического действия алкоголя за изучаемый период имела аналогичную общероссийской тенденции к снижению, вместе с тем среднегодовой показатель смертности в СФО в 1,3 раза превышал среднероссийский показатель (12,9 и 9,5 на

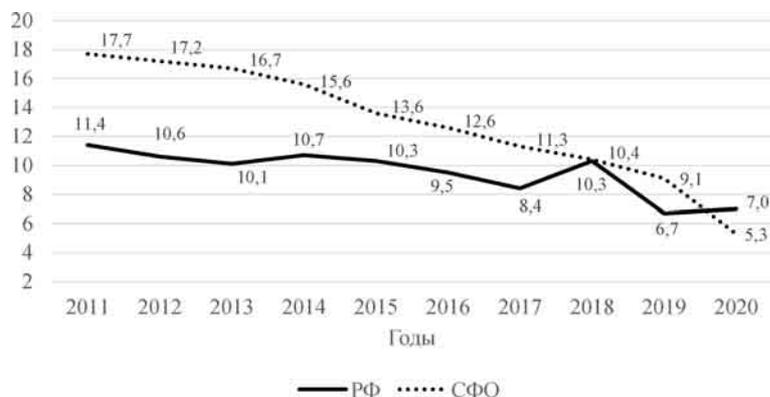


Рис. 1. Динамика показателя смертности населения РФ и СФО в результате токсического действия алкоголя за 2011—2020 гг. (на 100 тыс. населения).

Здоровье и общество

100 тыс. населения соответственно;  $t=3,6$ ;  $p=0,001$ ).

Смертность населения СФО снизилась в 3,3 раза (с 17,7 до 5,3 случая на 100 тыс. населения;  $t=36,4$ ;  $p=0,0000$ ).

Территориальное распределение среднесноголетнего показателя смертности населения субъектов СФО от токсического действия алкоголя характеризовалось значительной вариабельностью: от 7,2 случая на 100 тыс. населения в Иркутской области до 24,6 случая на 100 тыс. населения в Республике Тыва (рис. 2)

Почти половина (45%) случаев смерти от токсического действия алкоголя приходится на три субъекта СФО: Республику Тыва (24,6 на 100 тыс. населения), Кемеровскую область (19,1), Республику Алтай (18,93). Наименьшее количество случаев смерти зарегистрировано в Иркутской области (7,2 на 100 тыс. населения), Алтайском крае (7,6), Томской области (8,42).

Смертность населения Республики Алтай в 2011—2019 гг. носила волнообразный характер. Так, с 2014 г. регистрируется ежегодное снижение значения показателя, сменяющееся незначительным (на 11,3%) приростом в 2017 г. и двукратным приростом в 2019 г. К 2020 г. уровень смертности населения достиг минимального значения за весь период наблюдения ( $5,8 \pm 1,6$  случая на 100 тыс. населения). Таким образом, показатель смертности населения Республики Алтай в результате токсического действия алкоголя за исследуемый период снизился в 5,2 раза ( $t=6,0$ ;  $p=0,0000$ ).

В Республике Тыва в 2013 г. зарегистрирован самый высокий уровень смертности населения в результате токсического действия алкоголя на территории СФО ( $47,2 \pm 3,8$  случая на 100 тыс. населения). Однако в последующие годы изучаемого периода отмечено ежегодное ее снижение: минимальное значение показателя зарегистрировано в 2020 г. —  $5,7 \pm 1,3$  случая на 100 тыс. населения. Таким образом, смертность населения Республики Тыва за

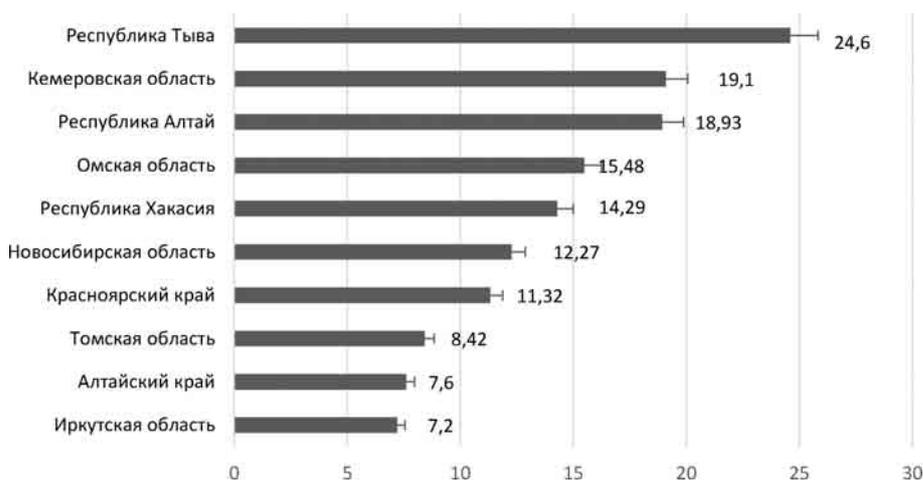


Рис. 2. Среднесноголетние показатели смертности населения СФО от токсического действия алкоголя за 2011—2020 гг. (на 100 тыс. населения).

2009—2020 гг. снизилась в 7,0 раза ( $t=9,1$ ;  $p=0,0000$ ; см. таблицу).

В Республике Хакасия динамика показателя смертности населения в результате токсического действия алкоголя за 2011—2014 гг. характеризовалась чередованием периода спада и подъема заболеваемости, однако с 2015 г. наблюдалось ежегодное его снижение, достигшее минимального значения за весь наблюдаемый период в 2020 г. ( $5,2 \pm 0,9$  случая на 100 тыс. населения). В целом за исследуемый период смертность населения Республики Хакасия в результате токсического действия алкоголя снизилась в 3,6 раза ( $t=6,8$ ;  $p=0,0000$ ).

Максимальный уровень смертности населения Алтайского края в результате токсического действия алкоголя регистрировали в 2011 г. —  $13,2 \pm 0,7$  случая на 100 тыс. населения. В последующие годы отмечено постепенное снижение с небольшими колебаниями коэффициента смертности, минимум зарегистрировался в 2020 г. —  $1,7 \pm 0,2$  случая на 100 тыс. населения. За период 2011—2020 гг. коэффициент смертности населения Алтайского края в результате токсического действия алкоголя снизился в 7,7 раза ( $t=16,0$ ;  $p=0,0000$ ). К концу изучаемого периода в этом регионе регистрировался самый низкий уровень смертности населения в результате токсического действия алкоголя среди регионов Сибири.

Показатели смертности населения регионов СФО в результате токсического действия алкоголя за 2011—2020 гг. (на 100 тыс. населения;  $M \pm m$ )

Регион	Год									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Республика Алтай	30,5±3,8	31,5±3,8	26,0±3,5	21,6±3,1	20,5±3,0	11,5±2,3	12,8±2,4	10,0±2,1	19,1±2,9	5,8±1,6
Республика Тыва	39,5±3,5	37,0±3,4	47,2±3,8	26,5±2,9	23,5±2,7	23,0±2,7	14,6±2,1	14,3±2,1	14,7±2,1	5,7±1,3
Республика Хакасия	18,9±1,8	23,0±2,0	18,0±1,8	19,6±1,9	15,1±1,6	12,0±1,5	10,4±1,4	10,4±1,4	10,3±1,3	5,2±0,9
Алтайский край	13,2±0,7	10,2±0,6	8,2±0,5	7,2±0,5	8,0±0,5	8,7±0,6	6,9±0,5	7,0±0,5	4,9±0,4	1,7±0,2
Красноярский край	22,7±0,9	23,7±0,9	18,1±0,8	12,0±0,6	8,2±0,5	6,4±0,4	7,2±0,5	6,6±0,4	4,8±0,4	3,5±0,3
Иркутская область	11,2±0,6	9,0±0,6	10,3±0,6	7,2±0,5	5,5±0,4	8,0±0,5	6,6±0,5	5,3±0,4	4,5±0,4	4,4±0,4
Кемеровская область	23,6±0,9	21,0±0,8	22,5±0,9	24,2±0,9	20,5±0,8	19,0±0,8	17,9±0,8	16,0±0,7	14,7±0,7	11,5±0,6
Новосибирская область	12,3±0,6	14,2±0,7	17,4±0,8	18,1±0,8	16,4±0,7	13,0±0,6	8,8±0,5	9,2±0,5	8,6±0,5	4,7±0,4
Омская область	20,4±1,0	17,9±0,9	18,1±0,9	19,9±1,0	21,1±1,0	16,3±0,9	7,1±0,6	14,6±0,8	12,6±0,8	6,8±0,6
Томская область	3,6±0,5	4,5±0,6	7,6±0,8	9,2±0,9	6,9±0,8	6,6±0,7	11,5±1,0	17,1±1,2	14,0±1,1	3,2±0,5

Показатели смертности населения Красноярского края в результате токсического действия алкоголя были выше аналогичных данных по Алтайскому краю в период 2011—2014 гг. Максимальное значение уровня смертности наблюдалось в 2011 г. —  $22,7 \pm 0,9$  случая на 100 тыс. населения. С 2015 г. отмечено снижение уровня смертности на 31,6%, в последующие годы показатель продолжил снижение с незначительными колебаниями значений. Минимальный уровень смертности населения данного региона зарегистрирован в 2020 г. —  $3,5 \pm 0,3$  случая на 100 тыс. населения. Таким образом, коэффициент смертности населения Красноярского края в результате токсического действия алкоголя за исследуемый период снизился в 6,4 раза ( $t=21,3$ ;  $p=0,0000$ ).

Смертность населения Иркутской области в результате токсического действия алкоголя за исследуемый период снизилась в 2,5 раза ( $t=9,4$ ;  $p=0,0000$ ). Динамика смертности населения Иркутской области в результате токсического действия алкоголя имела волнообразный характер и характеризовалась умеренной тенденцией к снижению, максимальное значение показателя смертности зарегистрировалось в 2011 г. ( $11,2 \pm 0,6$  случая на 100 тыс. населения), минимального значения показатель достиг в 2020 г. ( $4,4 \pm 0,4$  случая на 100 тыс. населения).

При изучении динамики смертности населения в результате алкогольных отравлений в Кемеровской области следует отметить как особенность высокий уровень коэффициента на протяжении всего периода наблюдения. Так, максимум значения показателя смертности зарегистрирован в 2011 г. ( $23,6 \pm 0,9$  случая на 100 тыс. населения). С 2011 по 2015 г. показатель смертности населения в этом регионе превышал значения 20 случаев на 100 тыс. населения. Устойчивая тенденция к снижению смертности появилась в 2016 г., к концу изучаемого периода смертность достигла минимального значения за весь период наблюдения —  $11,5 \pm 0,6$  случая на 100 тыс. населения. Таким образом, за период с 2011 по 2020 г. смертность населения Кемеровской области в результате токсического действия алкоголя снизилась в 2,0 раза ( $t=12,1$ ;  $p=0,0000$ ).

Смертность населения Новосибирской области в результате токсического действия алкоголя за исследуемый период снизилась в 2,6 раза ( $t=10,8$ ;  $p=0,0000$ ). Максимальное значение показателя зарегистрировано в 2014 г. ( $18,1 \pm 0,8$  случая на 100 тыс. населения), минимальный уровень смертности отмечен в 2020 г. ( $4,7 \pm 0,4$  случая на 100 тыс. населения). В целом динамика показателя смертности населения в данном регионе носит волнообразный характер.

В Омской области показатель смертности в результате токсического действия алкоголя в начале исследования составлял  $20,4 \pm 1,0$  случая на 100 тыс. населения. В 2012 г. коэффициент снизился на 12,2% и достиг значения  $17,9 \pm 0,9$  случая на 100 тыс. населения. С 2013 г. регистрировался рост показателя смертности населения региона, достигшего вто-

рого «пика» в 2015 г. ( $21,1 \pm 1,0$  случая на 100 тыс. населения). В последующие годы происходили периоды спада и подъема смертности, а в 2020 г. показатель смертности достиг минимального значения —  $6,8 \pm 0,6$  случая на 100 тыс. населения. В целом смертность населения Омской области в результате токсического действия алкоголя за период 2011—2020 гг. снизилась в 3,0 раза ( $t=12,3$ ;  $p=0,0000$ ).

Динамика показателя смертности населения Томской области в результате токсического действия алкоголя существенно отличалась от ситуации в других регионах СФО. Так, за период 2011—2018 гг. смертность населения данного региона в результате патологии выросла в 4,7 раза и достигла максимального значения за весь период наблюдения —  $17,1 \pm 1,2$  случая на 100 тыс. населения. В начале исследования уровень смертности населения Томской области в результате токсического действия алкоголя был самым низким в СФО. Незначительные волнообразные изменения показателя в период 2011—2016 гг. сменились резким подъемом в 2017 г. (в 1,7 раза) и последующим приростом показателя на 48,6% в 2018 г. Однако в конце изучаемого периода уровень смертности населения в результате токсического действия алкоголя достиг минимума ( $3,2 \pm 0,5$  случая на 100 тыс. населения). В целом наблюдаемое снижение уровня смертности населения региона в результате токсического действия алкоголя на 11,1% носит статистически недостоверный характер ( $t=0,3$ ;  $p=0,7642$ ).

### Выводы

За период с 2011 по 2020 г. смертность населения СФО в результате токсического действия алкоголя снизилась в 3,3 раза.

Снижение смертности населения в результате токсического действия алкоголя регистрировали во всех субъектах СФО, при этом наиболее выраженными темпами оно произошло в Алтайском крае (в 7,7 раза), Республике Тыва (в 7,0 раза), Красноярском крае (в 6,4 раза).

Изучение динамики смертности населения регионов СФО в результате токсического действия алкоголя позволяет выявить особенности токсикологической ситуации на региональном уровне и определить стратегические направления по региональной химической безопасности на перспективу.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, В. А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 944 с.
2. Сахаров А. В., Говорин Н. В. Показатели смертности от острых отравлений алкоголем в Забайкальском крае. *Вопросы наркологии*. 2012;(1):11—8.
3. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019—2024 гг. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 75 с.
4. Шельгин К. В., Самбурская Е. В., Козлова Т. В. Смертность от отравлений алкоголем на европейском Севере России: динамика, структура, прогноз. *Наркология*. 2010;9(1):39—45.

Здоровье и общество

5. Медицинская токсикология: национальное руководство. Под ред. Е. А. Лужникова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012. 928 с.
6. Сабаев А. В. Концепция организации медицинской помощи при воздействии токсических веществ на уровне субъекта Российской Федерации. Омск; 2017. 365 с.
7. Сабаев А. В. Смертность населения Российской Федерации в результате токсического действия алкоголя за 2010—2019 гг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;(6):1574—7.
8. Сабаев А. В. Смертность населения Омской области в результате острых алкогольных отравлений за 2002—2011 гг. *Российские медицинские вести*. 2014;19(2):46—8.
9. Разводовский Ю. Е., Прокопчик Н. И. Алкоголь как причина смертности населения. *Наркология*. 2010;9(1):76—9.
10. Остапенко Ю. Н. Токсикологическая помощь населению Российской Федерации: состояние проблемы. *Токсикологический вестник*. 2014;(3):2—8.
11. Редько А. Н. Смертность населения от острых отравлений алкоголем как проблема общественного здоровья. *Бюллетень национального НИИ общественного здоровья РАМН*. 2005;(1):33—6.
12. Сабаев А. В., Голева О. П. Динамика смертности населения Российской Федерации в результате острых алкогольных отравлений. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(4):21—3.
13. Масленникова Г. Я., Лепехин В. А., Оганов Р. С. Алкоголизм в Российской Федерации: время принятия решений. *Профилактическая медицина* 2012;15(2):46—9.
14. Сабаев А. В., Голева О. П. Смертность населения Сибирского федерального округа в результате случайных алкогольных отравлений за 2009—2018 гг. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2020;40(5):122—6.
3. Ulumbekova G. E. Healthcare of Russia. What should be done. Status and offers. 2019–2024 [*Zdravoohranenie Rossii. Chto nado delat'. Sostoyaniye i predlozheniya. 2019–2024 gg.*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 75 p. (in Russian).
4. Shelygin K. V., Samburskaya E. V., Kozlova T. V. Deaths from alcohol poisoning in the European North of Russia: dynamics, structure, prediction. *Narkologiya*. 2010;9(1):39–45 (in Russian).
5. Medical toxicology: national guidance [*Medicinskaya toksikologiya: nacional'noe rukovodstvo*]. Ed. E. A. Luzhnikov. Moscow: GEOTAR-Media; 2012. 928 p. (in Russian).
6. Sabaev A. V. The Concept of organization of medical care under the influence of toxic substances at the level of the subject of the Russian Federation [*Koncepciya organizacii medicinskoj pomoshchi pri vozdeystvii toksicheskikh veshchestv na urovne sub'ekta Rossijskoj Federacii*]. Omsk; 2017. 365 p. (in Russian).
7. Sabaev A. V. Mortality of the population of the Russian Federation as a result of the toxic effects of alcohol in 2010–2019. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;(6):1574–7 (in Russian).
8. Sabaev A. V. Mortality of the population of Omsk region as a result of acute alcohol poisoning in 2002–2011. *Rossijskie medicinskie vesti*. 2014;19(2):46–8 (in Russian).
9. Razvodovskij Yu. E., Prokopchik N. I. Alcohol as a cause of mortality. *Narkologiya*. 2010;9(1):76–9 (in Russian).
10. Ostapenko Yu. N. Toxicological assistance to the population of the Russian Federation: state of the problem. *Toksikologicheskij vestnik*. 2014;(3):2–8 (in Russian).
11. Red'ko A. N. Mortality from acute alcohol poisoning as a public health problem. *Byulleten' nacional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ya RAMN*. 2005;(1):33–6 (in Russian).
12. Sabaev A. V., Goleva O. P. Dynamics of mortality in the Russian Federation as a result of acute alcohol poisoning. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(4):21–3 (in Russian).
13. Maslennikova G. Ya., Lepexhin V. A., Oganov R. S. Alcoholism in the Russian Federation: decision-making time. *Profilakticheskaya meditsina*. 2012;15(2):46–9 (in Russian).
14. Sabaev A. V., Goleva O. P. Mortality of the population of the Siberian Federal District as a result of accidental alcohol poisoning in 2009–2018. *Sibirskij nauchnyj meditsinskij zhurnal*. 2020;40(5):122–6 (in Russian).

Поступила 27.05.2023  
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

Казберов П. Н.

## ПРОБЛЕМЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России», 119991, г. Москва

Рассмотрена проблема организации профилактики и лечения больных ВИЧ подозреваемых, обвиняемых и осужденных в местах лишения свободы. Лица с данным заболеванием в местах лишения свободы находятся в ситуации повышенного риска, что создает объективную потребность в углубленном изучении этого явления. Целью проведенного анализа явилось определение специфических особенностей организации сопровождения ВИЧ-инфицированных, выявление путей заражения и основных факторов риска инфицирования как среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, так и среди персонала пенитенциарного учреждения, а также выделение основных аспектов, влекущих отказ осужденных от приема препаратов и лечения, с последующей разработкой рекомендаций по оптимизации общей и частной профилактики данных негативных явлений. Сделан вывод о возможности использования комплексных методов в процессе мотивации к лечению таких осужденных. Некоторые из этих методов могут включать в себя медико-социально-психологические мероприятия организационно-управленческого характера: подготовку специалистов, участие больных ВИЧ в комплексных превентивных программах, поддержку группы больных ВИЧ осужденных, использование позитивного подкрепления; индивидуальный подход

**Ключевые слова:** осужденные, больные ВИЧ-инфекцией; лечение; профилактика; мотивирование; места лишения свободы.

**Для цитирования:** Казберов П. Н. Проблемы противодействия ВИЧ-инфекции и ее профилактики в местах лишения свободы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):208–214. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-208-214>

**Для корреспонденции:** Казберов Павел Николаевич, канд. психол. наук. ведущий научный сотрудник ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России», e-mail: [mr.kazberov@mail.ru](mailto:mr.kazberov@mail.ru)

Kazberov P. N.

## THE PROBLEMS OF COUNTERACTION TO HIV-INFECTION AND ITS PREVENTION IN PLACES OF IMPRISONMENT

The Federal State Institution “The Research Institute of Federal Penitentiary Service of Russia”, 119991, Moscow, Russia

The article considers the problem of organizing prevention and treatment of HIV-infection in suspected, accused and convicted persons in places of deprivation of liberty. The HIV-infected individuals in places of deprivation of liberty are in situation of increased risk that creates objective necessity for in-depth study of this phenomenon. The purpose of the study was to determine specific characteristics of organization of support of HIV-infected individuals, to identify ways of contamination and its main risk factors among both suspected, accused and convicted persons and penitentiary institution personnel. The study provided sorting out of main aspects that resulting in convicts' refusal to receive drugs and treatment. The corresponding recommendations for optimizing general and particular prevention of these negative phenomena were developed.

The conclusion was made that it is possible to apply complex methods to motivate convicted HIV patients for treatment. Some of these methods can include such medical social psychological measures of organizational managerial character as training of specialists; participation of HIV patients in comprehensive preventive programs; group support of convicted HIV patients; positive reinforcement application; individual approach.

**Keywords:** convicted person; HIV-infection; treatment; prevention; motivation; place of deprivation of liberty.

**For citation:** Kazberov P. N. The problems of counteraction to HIV-infection and its prevention in places of imprisonment. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):208–214 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-208-214>

**For correspondence:** Kazberov P. N., candidate of psychological sciences, the Leading Researcher of the Federal State Institution “The Research Institute of Federal Penitentiary Service of Russia”, e-mail: [mr.kazberov@mail.ru](mailto:mr.kazberov@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 28.04.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

Отношение к проблеме ВИЧ-инфекции в цивилизованном мире обнаруживает все большую тенденцию к изменениям в сторону серьезного изучения связанных с ней проблем и активации мероприятий по профилактике, лечению, уходу, социальной и трудовой адаптации инфицированных лиц и больных СПИДом. По решению Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу с 2001 г. правительства ведущих стран проводят зна-

чительную работу, чтобы остановить эпидемию ВИЧ-инфекции и добиться затем существенного сокращения темпов ее распространения. Для этого выделяются значительные финансовые ресурсы, в частности через Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Разрабатываются широкие комплексные мероприятия по профилактике передачи ВИЧ-инфекции при потреблении наркотиков, вводимых в организм инъекционным путем. Вместе с тем проблема отказа от приема антиретровирусных препаратов актуальна во всем

## Здоровье и общество

мире. Особую озабоченность общества вызывает проблема распространения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы. Это связано прежде всего с тем, что в них, как правило, сосредоточена самая неблагополучная, социально неадаптированная часть населения, часто с низкими морально-нравственными установками и негативным отношением не только к окружающим, более благополучным соотечественникам, но нередко и к самим себе.

Кроме того, сами условия содержания осужденных в исправительных учреждениях: условия отряда, необходимость жить рядом с больными подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными (ПОО), нехватка витаминов, воздействие пенитенциарного стресса — не всегда благоприятны для здоровья. Серьезной проблемой остается неформальная нормативно-ценностная субкультура взаимоотношений ПОО с ее традициями, социальной стратификацией, культивированием недоверия к сотрудникам исправительного учреждения, в том числе медицинским работникам. Проблемы связаны и с дефектами организации и оказания медицинской помощи в исправительных учреждениях из-за удаленности от крупных медицинских центров, недостатка узких специалистов, перерывов в лечении, приводящих к повышению устойчивости вируса к лекарственным средствам, часто необоснованной или вынужденной замены лекарственных препаратов).

### Материалы и методы

Исследование организации лечения и профилактики распространенности ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы проводили на базе центра ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России» (НИИ ФСИН). Проведен анализ научной литературы, правовых и статистических материалов. В качестве вторичных данных выступали результаты анонимного социологического исследования в пенитенциарных учреждениях 790 ПОО, а также экспертный опрос 340 сотрудников, непосредственно работающих с ВИЧ-инфицированными. Для обозначения проблемы формирования приверженности и мотивации к лечению ВИЧ-инфицированных ПОО применен описательный метод, исследуемые были анкетированы с помощью авторской анкеты и протестированы «Я-структурным тестом» Аммона (авт. Гюнтер Аммон и др., 1997, адаптация — Тупицын Ю. А. и др.; 2003). Использован также социокультурный подход как универсальный инструмент, позволяющий рассматривать процесс организации лечения ВИЧ-инфицированных ПОО в комплексе определяющих факторов: организационно-структурных, медико-социально-психологических и социокультурных. В процессе составления материала проанализированы числовые, интервальные, номинальные и ранговые данные ВИЧ-инфицированных ПОО. Результатами данной работы стали: выделение преимуществ для создания оптимальных условий, способствующих выявлению и лечению ВИЧ-инфицированных больных; определение типичных про-

блемных аспектов и специфики профилактики и предотвращения распространения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы, а также мероприятий, реализация которых позволит повысить эффективность проводимой работы.

### Результаты исследования

С учетом стрессогенности пенитенциарной среды ПОО с ВИЧ-инфекцией находятся в группе повышенного риска. Организация лечебно-профилактических мероприятий с ВИЧ-инфицированными ПОО в пенитенциарных учреждениях носит комплексный и повсеместный характер. Вместе с тем многолетнее углубленное изучение аспектов организации денного процесса показывает, что официальные отказы от лечения больных ВИЧ/СПИДом наблюдаются среди ПОО крайне редко, однако на практике значительная часть их принимают антиретровирусные препараты нерегулярно, отмечено прекращение приема при появлении побочных эффектов, больные и инфицированные ВИЧ под разными предлогами откладывают лечение на неопределенное будущее. Иными словами, речь идет об отсутствии у ПОО внутренней убежденности в необходимости лечебно-профилактических мероприятий антиретровирусной терапии. Это не только угрожает жизни и здоровью самого ВИЧ-инфицированного, но и причиняет ущерб здоровью окружающих: снижается мотивация к лечению других ПОО, неэффективное использование дорогостоящих препаратов наносит существенный экономический ущерб, такое поведение больных приводит к формированию устойчивых к лекарству штаммов вируса иммунодефицита.

Данные авторского исследования ВИЧ-инфицированных ПОО в исправительных учреждениях различных территориальных органов ФСИН России свидетельствуют, что подавляющее число заражений их ВИЧ-инфекцией произошло не в местах изоляции от общества, а на свободе, при этом основной путь заражения связывается с потреблением инъекционных наркотиков. Косвенно это подтверждает факт, что подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных ПОО судимы именно по «наркотическим» статьям (ст. 228—229 УК РФ). Из этого следует, что пенитенциарной медицине, в отличие от учреждений Министерства здравоохранения, в значительной мере удалось сохранить свою профилактическую направленность [1]. Не вызывает сомнения необходимость сочетания лекарственной терапии ВИЧ-инфицированных ПОО с комплексным воздействием, формирующим адекватное их отношение к процессу лечения и осознание его необходимости. В арсенале медицинских работников и сотрудников отделов и служб пенитенциарного учреждения (психологов, воспитателей, социальных работников) насчитывается значительное количество методов и средств, способных изменить мотивацию пациента к лечению [2, 3].

В местах лишения свободы, согласно официальным данным Министерства юстиции Российской

Федерации, на конец первого полугодия 2022 г. со-держалось более 10,0% ВИЧ-инфицированных ПОО [4—6] (по России — 48,7 на 100 тыс. населения) [7]. Столь высокий показатель свидетельствует о серьезности проблемы в смысле поступления в исправительные учреждения уже инфицированных и часто не обследованных на наличие ВИЧ лиц (свыше 50% ВИЧ-инфицированных впервые выявляются, попадая в следственный изолятор) [8]. Это также говорит о качественной профилактической работе медицинских специалистов уголовно-исполнительной системы по их выявлению. При этом следует учитывать, что значительная часть прибывающего в исправительные учреждения контингента даже не подозревали, что являются носителями ВИЧ-инфекции, и никогда по этому поводу не обследовались. Существует высокая вероятность, что некоторые осужденные, уже зная о своем заболевании, могут не раскрывать свой ВИЧ-положительный статус из-за боязни потерять некоторые формальные и неформальные привилегии (выполнение работ по хозяйственному обслуживанию, в частности на объектах питания) или по иным соображениям, что создает дополнительные и наиболее опасные условия для распространения инфекции уже внутри исправительного учреждения.

Актуальность проблем выявления и лечения ВИЧ-инфицированных ПОО, отбывающих наказание в местах лишения свободы, обусловлена рядом факторов:

- высокой распространенностью и контагиозностью ВИЧ-инфекции, поражающей в первую очередь наиболее активную и трудоспособную часть населения — лиц преимущественно молодого возраста;
- особенностью контингента, содержащегося в местах лишения свободы, характеризующегося индивидуальными особенностями, способствующими распространению ВИЧ-инфекции и затрудняющими проведение лечебно-профилактических мероприятий (психическими аномалиями, асоциальными морально-нравственными установками, низкой адаптационной способностью к жизни в социуме) [9];
- отрядной системой содержания осужденных в отличие от «тюремной», а также наличием специфической «субкультуры» с ее обычаями и неформальными санкциями, предусматривающими жесткую стратификацию осужденных [10, 11];
- значительным ущербом (высокой смертностью, значительной стоимостью лечения, необходимостью широких профилактических мероприятий), который причиняет это заболевание не только обществу в целом, но самому больному и его ближайшему окружению [12];
- общественным мнением, которое, зачастую не имея достоверной информации, опирается на обрывочные или произвольно трактуемые в определенном контексте статистические данные, приводимые некоторыми правозащитни-

ками в собственных интересах, и нередко склонными к обвинению пенитенциарной системы в «рассадничестве СПИДа»;

- распространенным среди основной массы самих ВИЧ-инфицированных осужденных мнением о том, что в условиях мест лишения свободы лечение от СПИДа невозможно, вследствие чего оно откладывается до выхода на свободу, несмотря на длительные сроки наказания.

Благодаря активной санитарно-просветительской деятельности медицинских служб исправительных учреждений ПОО имеют достаточно высокую осведомленность в отношении действительных способов передачи ВИЧ-инфекции.

Так, по результатам проводимых нами с 2013 г. по настоящее время исследований, выяснилось, что 89% осужденных осведомлены о том, что ВИЧ-инфекция передается через шприц, которым пользовался кто-то другой, 87% знают о возможности заражения через иглы для татуировок при неоднократном их использовании в условиях невозможности надежной стерилизации инструмента, 86% знают о ВИЧ-опасности пользования общими бритвенными принадлежностями, 71% известно, что при каждом половом контакте следует использовать средства защиты. К сожалению, подобная осведомленность далеко не в полной мере решает обозначенную нами проблему [8].

Исследования тех же ПОО показали, что среди употребляющих инъекционные наркотики 34% применяли использованные другими лицами иглы, шприцы или их заменители, 28% ни разу не очищали шприцы, иглы, 35% делали это лишь в единичных случаях, а 30% очищали их доступными способами (кипячение, промывка водой, обработка спиртом, прокалывание, обработка хлоркой, одеколоном, перекисью водорода). Серьезную озабоченность опасностью распространения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы в связи с потреблением инъекционных наркотиков высказывают зарубежные и отечественные исследователи [3, 9, 10, 13]. Проведенные среди ВИЧ-инфицированных ПОО опросы свидетельствуют, что более 90% из них связывают собственное заражение ВИЧ-инфекцией с использованием загрязненных шприцев при вводе наркотического препарата, часто в совершенно антисанитарных условиях.

Потенциальную опасность в распространении ВИЧ-инфекции среди ПОО представляет татуирование с многократным использованием одного и того же инструмента в условиях невозможности полноценно его стерилизовать. Нанесение татуировок широко распространено в пенитенциарных учреждениях всего мира, несмотря на запрещения, риск ВИЧ-инфицирования и опасность передачи гепатита С. Наличие татуировок в наших исследованиях отмечали 61,0% обследованных, при этом 16% сделали татуировку уже в данной колонии. В 28% случаев выборки при нанесении татуировки применялась уже использованная игла. Как правило, иглы

## Здоровье и общество

при нанесении татуировки редко (в 36% случаев) очищались перед повторным использованием. Из общего числа опрошенных 11% ПОО признали, что пользовались чужими бритвенными станками или машинками для бритья.

Следовательно, потенциальная опасность распространения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы остается актуальной, а наличие знаний об основных путях распространения ВИЧ-инфекции еще не является для значительной части ПОО достаточным условием, формирующим безопасное поведение. Для лиц, уже являющихся носителями вируса иммунодефицита человека, по-прежнему сохраняется проблема формирования приверженности лечению и адекватному поведению, так как для преодоления психологических мотивов, лежащих в основе рискованных форм поведения, превалирующих над здравым смыслом и инстинктом самосохранения, одной санитарно-просветительской работы в условиях мест лишения свободы недостаточно [13, 14].

Проведенные исследования ПОО, в том числе ВИЧ-инфицированных, позволили выявить ряд новых проблем, касающихся психологии ВИЧ-инфицированного больного, в частности проблему отказа части ВИЧ-инфицированных ПОО от лечения и низкой комплаентности тех из них, которые желали бы лечиться и «строго выполнять все лечебные назначения», но по разным причинам отказались от лечения или лечились не систематически.

Во-первых, невысокой комплаентности ВИЧ-инфицированных ПОО в местах лишения свободы способствуют такие механизмы психологической защиты, как «отрицание» и «рационализация», являющиеся превалирующими в структуре психологических защит этой категории ПОО в отличие от неинфицированных лиц, отбывающих наказание.

Во-вторых, обнаружены психологические феномены и психические отклонения, влияющие на отношение к лечению, связанные как с изначальными личностными особенностями, так и являющиеся следствием воздействия на них ВИЧ-инфекции и наркомании, поражающих различные системы и органы человеческого организма. Эти воздействия, формирующиеся механизмами психологической защиты и психологическими личностными особенностями, а также влиянием на психику заболевания и наркомании, всегда проявляются комплексно, однако для облегчения понимания сути проблемы рассмотрим их по отдельности.

Проведенные нами исследования показали, что подавляющая часть ВИЧ-инфицированных ПОО, оказавшись в местах лишения свободы, «быстро успокоились и остро не переживают» наличие у себя ВИЧ-инфекции, лишь незначительная часть испытывают по этому поводу тревогу, страх, депрессию. Еще менее характерны суицидальные мысли, часто встречающиеся, например, у больных с другими относительно длительно текущими заболеваниями с неблагоприятным для жизни прогнозом [15].

Как показывают результаты обследования с помощью «Я-структурного теста» Г. Аммона, у ВИЧ-инфицированных ПОО отмечается значительное недоразвитие Я-функции тревоги. При дефицитарном состоянии функции «тревоги—страха» страдает не только регуляторный, но и экзистенциально важный сигнальный компонент тревоги. В поведении дефицитарный страх проявляется неспособностью почувствовать страх вообще, т. е. объективная опасность полностью игнорируется и не воспринимается сознанием как реальность.

При опросе ВИЧ-инфицированных осужденных женщин 25,3% выказали спокойную уверенность, что со временем избавятся от своего заболевания, а 9,3% вообще не придают ему никакого значения, 8% никогда о будущем не задумывались, а 13,3% заявили, что не будут лечиться ни в исправительном учреждении, ни на свободе. Объясняя причину такого отношения к лечению, наиболее показательным высказалась осужденная К.: *«До момента изобретения стопроцентного препарата моего иммунитета не хватит»*. Имели место и более резкие высказывания: *«Я не верю во всю эту бурду. На своем опыте знаю, если человек хочет жить, стремится к чему-либо, у него это получится без всякой химиотерапии, а жрать эти беспонтовые колеса, которые, как я слышала, печат одно, а калечат другое, создают депрессию, неуравновешенное психическое состояние, и, в конце концов, я не подопытная крыса!!!»* (стилистика и экспрессивная лексика сохранены полностью).

Часть ВИЧ-инфицированных ПОО вообще считали диагноз ошибочным, так как не ощущали болезненных проявлений, и рассчитывали на свободе (иногда несмотря на предстоящий длительный срок отбывания наказания) повторить тестирование на ВИЧ-инфекцию. Оценка такого отношения к смертельно опасной болезни предполагает также возможность доминирования у ВИЧ-инфицированных ПОО такого психологического механизма защиты, как отрицание, т. е. особой формы психологического сопротивления, когда ПОО не признает у себя наличия этой угрозы для здоровья, тем более что на первых этапах зараженность ВИЧ-инфекцией не проявляет себя каким-либо соматическим неблагополучием. Более того, имеющиеся болезненные ощущения у лиц, принимающих антиретровирусную терапию, с абсолютной уверенностью приписываются побочным действиям лекарств, а не болезни, что приводит к отказу от лечения и появлению предвзятой информации среди ПОО о «неправильном» лечении, отсутствии нужных лекарств [16]. Не предпринимают они и усилий, направленных на собственное оздоровление, а при значительном ухудшении здоровья возлагают вину на окружающих, в том числе медицинских работников, которые «неправильно лечили», «не оказали должного внимания», «сознательно вредили его здоровью» (например, появление чрезвычайно опасных для окружающих сверхценных или бредовых идей у психически нездоровых субъектов).

Профилактика распространения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы является прерогативой не только медицинской службы учреждения, а разъяснительная работа должна проводиться не только среди ПОО (инфицированных или нет), но и среди сотрудников. Для сотрудников исправительных учреждений существует опасность заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитами В или С. Чаще всего риск получения инфицирования имеет место при травмировании, например при личном досмотре, при оказании неотложной помощи в случаях травм, сопровождающихся кровопотерей (на производстве, во время конфликтов и нападений, при демонстративно-шантажных реакциях, суицидах, членовредительстве), если кожные покровы сотрудника повреждены или поражены.

### Выводы

На наш взгляд, эффективность профилактики и лечения при ВИЧ в местах лишения свободы могут повысить следующие медико-психологические мероприятия.

#### 1. Организационно-управленческого характера:

- повышение уровня компетенции сотрудников всех отделов и служб путем проведения систематических занятий по профилактике ВИЧ-инфекции в рамках служебной подготовки и повышения квалификации;
- внедрение форм и методов оптимизации взаимодействия между сотрудниками различных подразделений и медицинскими работниками, касающейся выявления признаков отказа от лечения ВИЧ-инфекции и методов профилактики ее распространения в среде ПОО;
- повышение осознания ПОО важности получения медицинской помощи и следования антиретровирусной терапии, что может быть достигнуто через индивидуальные консультации или групповые занятия, которые позволяют обсудить последствия и осложнения, связанные с отказом от лечения;
- участие самих ПОО в комплексных информационно-образовательных превентивных программах, например проведение программ по профилактике ВИЧ и здоровому образу жизни, где сами ПОО могут не только получить информацию о ВИЧ, методах передачи и профилактике, но и информировать других ПОО об этих направлениях;
- разработка актуальных информационно-образовательных материалов по вопросам профилактики и лечения при ВИЧ-инфекции.

#### 2. Организационно-методического характера на уровне деятельности медицинских работников:

- выстраивание оптимальной стратегии медицинской сопровождения ВИЧ-инфицированных ПОО;

- регулярное тематическое усовершенствование по актуальным вопросам ВИЧ-инфекции, выявлению, диагностике, способам и методам его лечения и профилактики;
- в случае необходимости или недостаточных знаний медицинского работника направление ПОО к профильному специалисту;
- организация комплексного сопровождения ВИЧ-инфицированного ПОО различными службами пенитенциарного учреждения (психологической, воспитательной, социальной, режимной);
- инструктирование сотрудников пенитенциарного учреждения и руководства о трудностях и специфических особенностях мотивирования к лечению ВИЧ-инфицированных для согласования действий, нацеленных на оказание им поддержки и помощи;
- использование индивидуального подхода при мотивировании к лечению, учитывающего особенности каждого человека (ПОО).

#### 3. Комплексного социально-психологического характера:

- всемерная поддержка позитивного имиджа медицинского работника и сотрудника Управления исполнения наказаний;
- изучение социально-психологической обстановки в группах и среде ПОО пенитенциарного учреждения, своевременное вмешательство в деструктивные процессы, происходящие в среде ПОО (конфликты, слухи, сплетни), принятие мер по разрешению различного рода недостоверной информации, конфликтов и оказание помощи их участникам;
- проведение групповых занятий с больными ВИЧ, что способно помочь ПОО почувствовать себя менее изолированными и более поддерживаемыми, а также в борьбе с негативными эмоциями, связанными с диагнозом и лечением.
- использование позитивного подкрепления с целью повысить мотивацию ПОО к лечению (например, использовать поощрение в виде небольших привилегий).

Таким образом, одним из инструментов для формирования приверженности лечению ВИЧ-инфицированных ПОО является комплекс мероприятий (психологических, санитарно-просветительских, социальных), дополняющих непосредственно лечебный процесс. Предложенные мероприятия могут повысить эффективность через формы подготовки персонала, сочетание медицинской помощи и комплексной поддержки ПОО сотрудниками пенитенциарного учреждения. Это включает в себя организацию комплексных превентивных программ профилактики, групповые занятия, индивидуальные программы, декларацию и практическое воплощение ценности жизни и здоровья, признание важности укрепления психического благополучия ПОО и

Здоровье и общество

разработку перечня ежегодных мероприятий в этом направлении.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1175н «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74896001/#:~:text=10%20декабря%202020-,Приказ%20Министерства%20здравоохранения%20РФ%20от%2029%20октября%202020%20г.,document%20не%20вступил%20в%20силу>
2. Казберов П. Н., Москвитина М. М., Новиков В. В. Психологическая комплаентность ВИЧ-инфицированных осужденных в местах лишения свободы. *NovalInfo.Ru*. 2015;1(34):311—5.
3. Адылин Д. М. Общественная опасность преступности осужденных, связанной с заражением ВИЧ-инфекцией в местах лишения свободы. *Вестник Самарского юридического института*. 2019;4(35):9—16.
4. РБК: Данные ФСИН выявили регионы с более чем 20% больных ВИЧ среди заключенных. Сколько больных заключенных не доживают до освобождения. Режим дступа: <https://www.rbc.ru/society/24/09/2021/614c69869a794750745e840b>
5. Сведения о результатах медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы за четвертый квартал 2021 г. Режим доступа: [https://Statanalitic](https://statanalitic.ru)
6. Федеральная служба государственной статистики. Женщины и мужчины России. 2022. Стат. сб. Росстат. М.; 2022. 208 с. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Woman%202022.pdf>
7. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2021 г. Режим доступа: <http://www.hivruussia.info/wp-content/uploads/2022/03/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2021-g.pdf>
8. Казберов П. Н. Специфика коррекционной работы с ВИЧ-инфицированными подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными в местах лишения свободы. *Образование и право*. 2023;(1):278—85. doi: 10.24412/2076-1503-2023-1-278-285
9. Собчик Л. Н., Спасенников Б. А., Кулакова С. В. Криминологические аспекты агрессивности. *Психология и право*. 2022;12(1):209—25. doi: 10.17759/psylaw.2022120116
10. Смирнов Б. В., Полянцева А. С. Психосоциальные проблемы содержания ВИЧ-инфицированных подследственных и осужденных. В кн.: Актуальные проблемы оказания социально-психологической помощи в уголовно-исполнительной системе: материалы научно-практической конференции 22—23 апреля 2008 г. в г. Владимир. Владимир; 2009. С. 176—81.
11. Кузнецова А. С., Юсуфов Р. Ш. Актуальные вопросы борьбы с ВИЧ/СПИДом в учреждениях уголовно-исполнительной системы России. В кн.: Сборник материалов Международной интернет-конференции «Профилактика ВИЧ-инфекции и других социально-значимых заболеваний» 22 апреля 2006 г. Москва — Рязань: НИИ ФСИН России; «СПИД Фонд Восток-Запад»; Академия права и управления ФСИН России; 2006. С. 97—101.
12. Егорычев А. М., Фомина С. Н., Цветов С. В., Алиев Ш. И. Социальное здоровье человека как комплексная междисциплинарная проблема. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):377—82. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-377-382
13. Ziegler D. K., Mosier M. C., Buenaver M. How Much Information About Adverse Effects of Medication Do Patients Want from Physicians? *Arch. Intern. Med.* 2001;161(5):706—13.
14. Островская И. В., Аллахвердиева Ф. А., Камынина Н. Н. Проблемы поддержания работоспособности сестринского персонала в связи с агрессивным поведением пациентов. *Проблемы*

*социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S2):1368—73. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-s2-1368-1373

15. Хабриев Р. У., Кулакова С. В., Пертли Л. Ф., Спасенников Б. А. Смертность от внешних причин у лиц группы риска. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(1):4—8. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-1-4-8
16. Музычук Т. Л., Кулакова С. В., Суслов Ю. Е., Самойлова А. А. Криминально-личностные особенности осужденных женщин фертильного возраста, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России. *Всероссийский криминологический журнал*. 2018;12(4):525—30. doi: 10.17150/2500-4255.2018.12(4).525-530

Поступила 28.04.20230  
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

1. Order of the Ministry of Health of Russia dated October 29, 2020 No. 1175n “On approval of the Rules for conducting compulsory medical examination of persons in prison for the detection of human immunodeficiency virus (HIV infection)”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74896001/#:~:text=10%20декабря%202020-,Приказ%20Министерства%20здравоохранения%20РФ%20от%2029%20октября%202020%20г.,document%20не%20вступил%20в%20силу> (in Russian).
2. Kazberov P. N., Moskvitina M. M., Novikov V. V. Psychological compliance of HIV-infected convicts in places of deprivation of liberty. *NovalInfo.Ru*. 2015;1(34):311—5 (in Russian).
3. Adylin D. M. Social danger of criminality of convicts associated with HIV infection in places of detention. *Vestnik Samarskogo yuridicheskogo instituta*. 2019;4(35):9—16 (in Russian).
4. RBC: Federal Penitentiary Service data revealed regions with more than 20% of HIV patients among prisoners. Available at: <https://www.rbc.ru/society/24/09/2021/614c69869a794750745e840b> (in Russian).
5. Information on the results of medical examinations to detect HIV infection in institutions and bodies of the penal system for the fourth quarter of 2021. Available at: [https://Statanalitic](https://statanalitic.ru) (in Russian).
6. Federal State Statistics Service. Women and men of Russia. 2022: Stat. Sat. Rosstat [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Women and men of Russia. 2022: Stat. sb. Rosstat]. Moscow; 2022. 208 p. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Woman%202022.pdf> (in Russian).
7. HIV infection in the Russian Federation as of December 31 2021. Available at: <http://www.hivruussia.info/wp-content/uploads/2022/03/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2021-g.pdf> (in Russian).
8. Kazberov P. N. The specifics of correctional work with HIV-infected suspects, accused and convicted in places of deprivation of liberty. *Obrazovanie i pravo*. 2023;(1):278—85. doi: 10.24412/2076-1503-2023-1-278-285 (in Russian).
9. Sobchik L. N. Spasennikov B. A., Kulakova S. V. Criminological aspects of aggressiveness. *Psikhologiya i pravo*. 2022;12(1):209—25. doi: 10.17759/psylaw.2022120116 (in Russian).
10. Smirnov B. V., Polyantsev A. S. Psychosocial problems of the maintenance of HIV-infected persons under investigation and convicts. In: Current problems of providing socio-psychological assistance in the penal system: materials of the scientific and practical conference on April 22—23, 2008 in Vladimir [Aktual'nye problemy okazaniya sotsial'no-psikhologicheskoy pomoshchi v ugolovno-ispolnitel'noy sisteme: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii 22—23 aprelya 2008 g. v g. Vladimir]. Vladimir; 2009. P. 176—81 (in Russian).
11. Kuznetsova A. S., Yusufov R. Sh. Actual issues of combating HIV / AIDS in institutions of the penitentiary system of Russia. In: Collection of materials of the International Internet conference “Prevention of HIV infection and other socially significant diseases”. April 22, 2006 [Sbornik materialov Mezhdunarodnoy internet-konferentsii Profilaktika VICH-infektsii i drugih sotsial'no-znachimykh zabolevaniy. 22 aprelya 2006 g.]. Moscow — Rязань: NII FSIN Rossii; “SPID Fond Vostok-Zapad”; Akademiya prava i upravleniya FSIN Rossii; 2006. P. 97—101 (in Russian).

12. Egorychev A. M., Fomina S. N., Tsvetov S. V., Aliev Sh. I. Human social health as a complex interdisciplinary problem. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(3):377–82. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-377-382 (in Russian).
13. Ziegler D. K., Mosier M. C., Buenaver M. How Much Information About Adverse Effects of Medication Do Patients Want from Physicians? *Arch. Intern. Med.* 2001;161(5):706–13.
14. Ostrovskaia I. V., Allakhverdieva F. A., Kamynina N. N. Problems of maintaining the health of nursing staff in connection with the aggressive behavior of patients. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(S2):1368–73. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-s2-1368-1373 (in Russian).
15. Khabriev R. U., Kulakova S. V., Pertli L. F., Spasennikov B. A. Mortality from external causes in individuals at risk. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(1):4–8. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-1-4-8 (in Russian).
16. Muzychuk T. L., Kulakova S. V., Suslov Yu. E., Samoylova A. A. Criminal and personal characteristics of convicted women of child-bearing age held in penitentiary institutions of Russia. *Vserossiyskiy kriminologicheskii zhurnal*. 2018;12(4):525–30. doi: 10.17150/2500-4255.2018.12(4).525-530 (in Russian).

**Тюфилин Д. С., Чигрина В. П., Кобякова О. С., Деев И. А.**

## **МИРОВОЙ ОПЫТ МОНИТОРИНГА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

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

Удовлетворенность пациентов — один из ключевых показателей, используемых для оценки качества оказания медицинской помощи и ее эффективности с точки зрения достижения результатов, ориентированных на пациента. В последние годы использование инструментов оценки удовлетворенности пациентов распространено во всем мире. Для лучшего понимания динамики показателя и возможного прогнозирования его уровня в нашей стране необходимо оценить мировой опыт мониторинга удовлетворенности населения медицинской помощью.

Цель исследования — анализ существующих национальных систем мониторинга показателя удовлетворенности пациентов медицинской помощью и выявление тенденций, полученных с использованием указанных инструментов.

Поиск публикаций, находящихся в свободном доступе, осуществлялся в базах данных PubMed, Google Scholar, Research Gate и eLibrary. В качестве маркеров применены ключевые слова: удовлетворенность, национальный мониторинг, тренды удовлетворенности, patient satisfaction, national level, trend in patient satisfaction. Всего использованы данные 55 публикаций.

По данным проведенного анализа литературы выявлено, что измерение уровня удовлетворенности и опыта пациента во многих странах уже стало рутинной практикой и неотъемлемой частью оценки результатов деятельности отдельных медицинских организаций, так и систем здравоохранения в целом. Исходный уровень удовлетворенности медицинской помощью зависит от множества популяционных факторов: преобладающей расы, культуры и национальности населения, половозрастной структуры, социально-экономического положения, уровня доходов, преобладания городского или сельского населения. Динамика уровня удовлетворенности в большинстве стран демонстрирует устойчивый, но медленный и статистически незначимый рост показателей, не одинаковый для различных доменов удовлетворенности.

Выявленные в настоящем обзоре факторы должны быть приняты во внимание как на федеральном уровне для формирования корректных выводов по результатам проведения национального опроса населения в соответствии с Приказом Минздрава России № 495 от 19.07.2022 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя „Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент“» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в Национальный проект «Здравоохранение», так и на региональном уровне для разработки соответствующих мер.

**Ключевые слова:** обзор; удовлетворенность медицинской помощью; пациент; мониторинг; инструменты оценки.

**Для цитирования:** Тюфилин Д. С., Чигрина В. П., Кобякова О. С., Деев И. А. Мировой опыт мониторинга удовлетворенности медицинской помощью: аналитический обзор. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):215–222. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-215-222>

**Для корреспонденции:** Чигрина Валерия Петровна, ведущий специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: [chigrinavr@mednet.ru](mailto:chigrinavr@mednet.ru)

**Tyufilin D. S., Chigrina V. P., Kobyakova O. S., Deev I. A.**

## **THE WORLD EXPERIENCE OF MONITORING OF SATISFACTION WITH MEDICAL CARE: THE ANALYTICAL REVIEW**

The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia”, 127254, Moscow, Russia

The satisfaction of patients is one of key indicators used to assess quality of medical care and its effectiveness from point of view of achieving patient-oriented results. Nowadays, the tools assessing patient satisfaction with medical care are largely applied all over the world. The world experience of monitoring satisfaction of population with medical care is necessary for better understanding of dynamics of indicator and possible forecasting of its level in Russia. The purpose of the study is to analyze existing national systems of monitoring satisfaction of patient with medical care and to identify particular established trends.

The search for free access publications was implemented using such databases as PubMed, Google Scholar, ResearchGate and eLibrary. The keywords patient satisfaction, national monitoring, satisfaction trends, The sampling included 55 publications. The analysis established that in many countries measurement of degree of satisfaction of patient with medical care become routine practice and integral part of of evaluation of efficacy of both medical organizations and health care in a whole. The initial level of satisfaction with medical care depends on multitude of population variables, including predominant race, culture and nationality of population, gender and age structure, social economic conditions, level of incomes and prevalence of urban or rural population. The dynamics of satisfaction level in most countries demonstrates steady, but slow and statistically insignificant increasing of indicators, though different in various domains of satisfaction. The identified factors are to be considered both at the Federal level to formulate correct conclusions and at the regional level to develop corresponding measures.

**Keywords:** review; satisfaction; medical care; patient; monitoring; assessment tools.

**For citation:** Tyufilin D. S., Chigrina V. P., Kobyakova O. S., Deev I. A. The world experience of monitoring of satisfaction with medical care: the analytical review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):215–222 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-215-222>

**For correspondence:** Chigrina V. P., the Leading Specialist of the Department of Strategic Development of Health Care of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia”. e-mail: [chigrinavp@mednet.ru](mailto:chigrinavp@mednet.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 15.05.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

Концепция удовлетворенности пациентов медицинской помощью на протяжении десятилетий находилась в центре внимания исследователей в сфере организации здравоохранения, а в последние годы ее значимость только возросла, поскольку современные системы здравоохранения развиваются в направлении пациентоориентированных моделей оказания медицинской помощи [1].

Удовлетворенность пациентов стала одним из ключевых параметров, используемых для оценки качества оказания медицинской помощи и ее эффективности с точки зрения достижения результатов, ориентированных на пациента, его потребности и нужды [2]. История измерения названного показателя берет начало в 1960-х годах, когда впервые были разработаны анкеты для оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Изначально это были нестандартизованные опросники, разработанные на уровне отдельных медицинских организаций, однако со временем данные измерения стали проводить на национальном уровне, что позволило централизованно собирать мнения пациентов о работе системы здравоохранения в масштабах страны, получать ценную информацию о восприятии ими медицинской помощи и предоставлять обратную связь медицинским работникам и организаторам в сфере здравоохранения для повышения качества медицинских услуг [3, 4].

В последние годы использование инструментов оценки удовлетворенности пациентов распространено во всем мире. Многие страны разработали собственные анкеты для измерения уровня удовлетворенности пациентов услугами здравоохранения, существуют также международные опросы для сравнения показателя в разных странах [5, 6].

С учетом того, что в Российской Федерации с 2022 г. измерение уровня удовлетворенности населения медицинской помощью инициировано в рамках Федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения», необходимо оценить мировой опыт мониторинга данного индикатора для лучшего понимания динамики его значений и возможного прогнозирования уровня удовлетворенности населения медицинской помощью в нашей стране.

Цель настоящего исследования — анализ существующих национальных систем мониторинга показателя удовлетворенности пациентов медицинской помощью и выявление тенденций, полученных с использованием указанных инструментов.

## Материалы и методы

Настоящий обзор включает в себя исследования, опубликованные за период 1958—2022 гг. Поиск публикаций по выбранной теме, находящихся в свободном доступе, осуществлялся в базах данных PubMed, Google Scholar, Research Gate и eLibrary. Критерием включения публикаций в настоящее исследование являлось описание результатов анализа удовлетворенности пациентов медицинской помощью на национальном уровне при помощи стандартизированных методов с горизонтом измерения не менее 3 лет. Критерий исключения — отсутствие раскрытия исследуемого вопроса в публикации.

В качестве маркеров поиска применены следующие ключевые слова: удовлетворенность, национальный мониторинг, тренды удовлетворенности, patient satisfaction, national level, trend in patient satisfaction. В обзор были включены исследования, проведенные в 10 странах. Всего использованы данные 55 публикаций, наиболее репрезентативно с точки зрения дизайна исследования демонстрирующие тренды уровня удовлетворенности населения медицинской помощью в пределах страны.

### *Национальные мониторинги удовлетворенности медицинской помощью и используемые в них инструменты*

Опросник Пикера (Picker Patient Questionnaire, PPQ) — первая в истории здравоохранения систематическая оценка опыта пациента при получении им медицинской помощи в стационарных условиях. Инструмент разработан в США в 1987 г., а с 1998 г. активно применяется по всей Европе [6]. Первоначально анкета содержала 40 вопросов, сформулированных по результатам систематических обзоров литературы, консультаций экспертов, проведения фокус-групп и глубинных интервью с пациентами об их опыте лечения [7]. Текущий вариант опросника, пересмотренный в 2002 г., представляет собой переработанную и сокращенную версию, содержащую 15 пунктов [6]. Данный инструмент предназначен для определения проблемных аспектов пребывания пациентов в медицинской организации, оказывающей помощь в стационарных условиях, которые, по мнению самих пациентов, нуждаются в улучшении. С этой целью в анкете используется дихотомический способ оценки, указывающий на наличие или отсутствие проблемы. На основании внешней валидности все вопросы в инструменте были сгруппированы по восьми параметрам, которые представляют собой наиболее важные аспекты

Здоровье и общество

при получении пациентами медицинской помощи в стационарных условиях [6].

Еще один инструмент — Опросник опыта пациента (Patient Experience Questionnaire, PEQ), разработанный в Норвегии в 2000 г. для оценки качества оказания медицинской помощи в стационарных условиях с упором на отношение между врачом и пациентом [5]. Исходный вариант анкеты включал 18 вопросов по пяти аспектам, с помощью которых измерялась удовлетворенность пациентов во время их пребывания в медицинских организациях. Впоследствии, в 2005 г., в сотрудничестве с двумя крупными национальными медицинскими страховыми компаниями (Allgemeine Ortskrankenkasse, АОК, и Barmer) и Фондом Bertelsmann была разработана модифицированная версия опросника, которая используется с ноября 2011 г. по настоящее время на регулярной основе [5].

В США применяется несколько инструментов для оценки уровня удовлетворенности медицинской помощью, основным из которых является Больничный опрос пациентов по оценке медицинских работников и системы здравоохранения (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, HCAHPS). Он разработан в 2002 г. Центрами услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), состоит из 29 вопросов и проводится на непрерывной основе, а результаты публикуются ежеквартально [8].

Еще один регулярно проводимый мониторинг удовлетворенности в США — опрос Оценка медицинских работников и системы здравоохранения (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS) — в зависимости от версии содержит обычно от 20 до 50 вопросов. Опросник разработан в 1995 г. Агентством исследований и качества в области здравоохранения (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), он проводится ежегодно или после каждого обращения пациента за медицинской помощью [9]. Анкета CAHPS представляет собой стандартизированный опросник, который включает вопросы об общении медицинских работников с пациентами, доступе к медицинской помощи, координации и других аспектах медицинского обслуживания. Американский опросник Press Ganey Press в зависимости от версии содержит от 20 до 50 вопросов, разработан в 1985 г. компанией Press Ganey Associates, проводится на непрерывной основе, а результаты публикуются ежеквартально [10].

В Великобритании в основном используются два инструмента измерения уровня удовлетворенности медицинской помощью: Тест семьи и друзей (Friends and Family Test) и Программа опросов Национального института здоровья (NHS Patient Survey Programme). Первый состоит всего из двух вопросов, разработан в 2013 г. Департаментом здоровья и социальной помощи и проводится после каждого случая оказания медицинской помощи [11, 12]. Второй, в зависимости от версии, состоит из 10—70 вопросов, разработан в 2002 г. Департаментом здоровья и социальной помощи; опрос проводится

ежегодно или после каждого случая оказания медицинской помощи [13, 14].

Канадский опросник опыта пациентов (Canadian Patient Experiences Survey, CPES) содержит 61 вопрос, разработан в 2013 г. Канадским институтом информации о здоровье, проводится ежегодно. Опросник предназначен для оценки опыта пациентки при получении первичной медико-санитарной помощи и уходе на дому [15].

Анкета по опыту пациентов (Patient Experience Survey, PES) — это инструмент, используемый для сбора отзывов пациентов об их опыте получения медицинских услуг в Австралии. Она разработана в 2014 г. Австралийским институтом здравоохранения и социального обеспечения (Australian Institute of Health and Welfare, AIHW) и в зависимости от срока проведения опроса содержит от 20 до 50 вопросов; опрос проводится ежегодно или после каждого обращения за медицинской помощью [16, 17].

В Германии с 2005 г. отчеты об управлении качеством оказания медицинской помощи являются обязательными и должны публиковаться всеми медицинскими организациями любых форм собственности для предоставления возможности пациентам сравнительного анализа [18, 19]. В связи с этим опрос по удовлетворенности пациентов медицинской помощью ежегодно проводится страховыми медицинскими организациями в сотрудничестве с компанией Weisse Liste при помощи анкеты PEQ, адаптированной для немецкого языка, при этом формируются рейтинги страховых компаний [20, 21]. Опросник удовлетворенности пациентов (The Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, FPZ) разработан в 1998 г. и с тех пор используется в различных медицинских организациях Германии и других немецкоязычных стран [22, 23].

В Скандинавских странах накоплен достаточный опыт оценки показателя удовлетворенности пациентов, однако измерения в основном проводятся на локальном уровне [24]. Для возможности сопоставления показателей, полученных в Скандинавских странах, с мировыми данными в 2007 г. был разработан Северный опросник для оценки опыта пациентов, получавших медицинскую помощь в стационарных условиях (Nordic Patient Experiences Questionnaire, NORPEQ) [25]. NORPEQ прошел валидацию на норвежском языке, а затем был переведен и валидирован на другие скандинавские языки [24]. Помимо NORPEQ, в Скандинавских странах используются и другие диагностические инструменты для оценки опыта пациентов, в том числе PEQ, PPE-15, а также широкий спектр национальных опросников, адаптированных для конкретных групп пациентов [5, 6, 26]. Швеция начала ежегодный сбор данных об опыте пациентов в 2001 г. В 2009 г. был дополнительно внедрен стандартизированный национальный опрос пациентов Nationella Patientenkäten, который собирает данные об опыте и удовлетворенности пациентов на уровне поставщиков медицинских услуг [27]. В Финляндии с 2017 г. проводится национальный опрос пациентов о здо-

ровые и благополучии, включающий вопросы об их опыте взаимодействия с системой здравоохранения [28, 29].

*Динамика уровня удовлетворенности медицинской помощью в соответствии с данными национальных мониторингов в разных странах*

Опрос HCAHPS в США внедрен в практику с 2006 г., за эти годы было проведено несколько исследований, в которых изучались тренды показателей HCAHPS. В большинстве из них выявлено, что показатель удовлетворенности может увеличиваться при реализации определенных инициатив, направленных на те или иные домены [30]. Например, E. Pérez и соавт. (2021) показали, что при внедрении модели коммуникации в отделении интенсивной терапии, при которой в обходе врача медсестра берет на себя роль консультанта пациентов и родственников, наблюдается рост удовлетворенности по домену «Коммуникации» опросника HCAHPS в среднем на 4 процентных пункта (п. п.). При этом общий балл HCAHPS вырос незначимо ( $p>0,05$ ) [31]. Исследовательский коллектив A. K. Jha и соавт. (2008), по результатам анализа данных от 4032 больниц в США, сообщил, что более высокое соотношение числа среднего медицинского персонала и койко-дней привело к повышению уровня удовлетворенности пациентов (первый квартиль против четвертого квартиля: 63,5% против 70,2%;  $p<0,001$ ), в то время как другие ключевые характеристики медицинской организации существенно не повлияли на вышеуказанный показатель [32]. Позднее A. Seiler и соавт. (2012) показали, что общая удовлетворенность пациентов медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, была почти одинаковой, без различий между конкретными аспектами удовлетворенности, включая коммуникативные навыки и поведение врача (4,24 против 4,20 балла;  $p=0,04$ ) [33].

Вторым важным тезисом в исследованиях тренда удовлетворенности по HCAHPS является то, что данный показатель в контексте долгосрочного измерения остается на стабильном уровне. Так, в работе M. N. Elliot и соавт. (2015), в рамках которой проанализированы результаты опроса 4 822 960 взрослых пациентов, выписанных с июля 2007 г. по июнь 2008 г. или с июля 2010 г. по июнь 2011 г. из 3541 больницы США, показано, что оценки HCAHPS увеличились всего на 2,8 п. п. с 2008 по 2011 г. [34]. Согласно данным I. Paranicolas и соавт. (2017), в период с 2008 по 2014 г. средний балл по 3452 больницам увеличился на 6,1 п. п. (с 64,3 до 70,4%). При этом авторы показали, что динамика показателя не была связана с внедрением комплексной программы ценностно-ориентированной оплаты медицинской помощи, которая осуществлялась по всей стране в то время ( $p>0,05$  при сравнении медицинских организаций с внедренной и не внедренной программой) [35].

Также важным является факт, что базовый уровень удовлетворенности по HCAHPS зависит от ря-

да демографических, социологических и инфраструктурных параметров. Например, C. D. Donaldson и соавт. (2022) показали, что, по сравнению с англоговорящими белыми пациентами неиспаноязычного происхождения, испаноговорящие латиноамериканцы чаще сообщали о положительном опыте взаимодействия с медицинскими сестрами, врачами и больничной средой и о лучшем понимании ухода после выписки, а также в целом были более удовлетворены оказываемой им медицинской помощью ( $p<0,03$ ) [36—38].

Значения параметров, получаемых в США с помощью другого опросника — CAHPS — также показывают стабильные результаты с течением времени с вариабельностью изменений по отдельным доменам [39—42]. В работе L. S. Morales и соавт. (2001) проанализировано 28 354 анкеты и показано, что, в отличие от HCAHPS, базовые значения по опросу CAHPS не отличаются в этнических и демографических группах ( $p>0,1$ ) [43].

Исследования, проведенные в США с помощью опросника Press Ganey Survey, также показывают, что существующие различия показателя в этнических и половозрастных группах пациентов сохраняются с течением времени и остаются примерно на одном и том же уровне [44].

Регулярный опрос Национальной службы здоровья Великобритании (National Health Service, NHS), проведенный в 2021 г., показал, что большинство пациентов положительно оценивали общение с врачами и медицинскими сестрами, чувствовали уверенность, доверие и уважение к ним (73; 73 и 81% соответственно). Пациенты также сообщали о том, что чувствуют себя вовлеченными в процесс лечения и беседы с врачами, а также ясно понимают ответы на заданные вопросы. При этом перечисленные выше показатели несущественно снизились по сравнению с 2020 г. (75; 74 и 84% соответственно) [45]. В 2015 г. были опубликованы результаты оценки уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью в Великобритании за 10 лет: на основании анализа 840 077 анкет показано, что наблюдалось статистически значимое ( $p<0,001$ ) увеличение числа положительных ответов на 35 вопросов, значительное ухудшение ответов на 8 вопросов и отсутствие изменений на 7 вопросов стандартной анкеты NHS [46].

В исследовании [47] в Канаде с участием 5795 респондентов — пациентов, госпитализированных по поводу ишемической болезни сердца, за 2014—2020 гг., — продемонстрировано, что женщины имели более низкий процент положительных ответов на 26 вопросов анкеты, при этом общий средний уровень удовлетворенности был стабильным и не выходил за пределы 5% погрешности за 6 лет.

В работе [48] проанализированы анкеты 312 334 пациентов в Австралии за 3-летний период (2011—2014) и показано, что социально-демографические профили пациентов существенно влияли на их оценку удовлетворенности ( $p<0,05$ ). Кроме того, значимым фактором базового уровня удовлетво-

## Здоровье и общество

ренности оказалось место проживания пациентов (штат/территория, район удаленного доступа;  $p < 0,05$ ). При этом существенных различий между показателями 2014 и 2011 гг. не отмечалось.

В исследовании [49] изучены данные 300 200 анкет пациентов из 999 больниц. Выявлено, что пациенты из восточной части Германии, а также те, кто получал помощь в небольших медицинских организациях и государственных больницах, имели больший базовый уровень удовлетворенности. По данным ряда исследований, показатели удовлетворенности по итогам опросов в Германии демонстрировали устойчивый, но статистически незначимый рост на протяжении последних нескольких лет, что согласуется с соответствующими данными из США и Великобритании [21, 50, 51].

Ежегодный национальный опрос пациентов (National Hospital Patient Experience Survey) проводится во Франции с 2005 г. Министерством здравоохранения Франции с помощью адаптированной версии HCAHPS [52]. С 2019 г. программа оценки уровня удовлетворенности претерпела изменения, в связи с чем оценка динамики показателя за несколько лет затруднена [53].

В Норвегии, Финляндии и Швеции на национальном уровне публикуется широкий спектр агрегированных данных на государственных веб-сайтах, однако часть информации доступна только после регистрации с использованием идентификационного номера национального банка пользователя. Это означает, что посетители веб-сайта из-за рубежа не могут видеть информацию [54—57].

Норвежский институт общественного здравоохранения с 2015 г. проводит ежегодный национальный опрос об опыте и удовлетворенности пациентов, при этом, по результатам анализа 2019 г., показано, что уровень удовлетворенности не изменился значимо по сравнению с 2015 г. по всем критериям, которые были сопоставимы в рамках измерения [58].

По итогам опроса 2021 г. в Швеции отмечено статистически незначимое увеличение удовлетворенности медицинской помощи по сравнению с 2016 г. по всем доменам. Так, зафиксировано увеличение удовлетворенности у пациентов, получавших специализированную медицинскую помощь, по таким доменам, как общее впечатление (90,0% в 2016 г. и 90,9% в 2021 г.), доступность (88,1 и 90,6% соответственно), информация и обучение (82,2 и 85,6% соответственно), преемственность и координация (85,4 и 88,9% соответственно), отношение персонала и уважение (89,3 и 91,0% соответственно), вовлечение и участие в принятии решений (81,3 и 89,4% соответственно), эмоциональная атмосфера (83,6 и 86,5% соответственно;  $p > 0,05$  при всех сравнениях) [27].

Полные отчеты об опросах в Финляндии имеются в открытом доступе на финском и английском языке, однако в настоящее время данных для оценки динамики показателей недостаточно: единствен-

ные результаты представлены за 2020 г.: 75,8% участников опроса отметили, что имели положительный опыт при взаимодействии с системой здравоохранения [59].

## Обсуждение

Проведенный анализ литературы, посвященный национальным мониторингам уровня удовлетворенности медицинской помощью, позволяет сделать ряд важных выводов для дальнейшей работы в данном направлении в нашей стране.

Во-первых, измерение уровня удовлетворенности и опыта пациента во многих странах уже стало рутинной практикой и неотъемлемой частью оценки результативности отдельных медицинских организаций и систем здравоохранения в целом. Это отмечено во многих сходных обзорных работах, в частности, в исследовании [60].

Во-вторых, изначальный уровень удовлетворенности медицинской помощью зависит от множества популяционных факторов: преобладающей расы, культуры и национальности населения, половозрастной структуры, социально-экономического положения, уровня доходов, преобладания городского или сельского населения. Понимание этих факторов важно при планировании мероприятий и программ, направленных на повышение уровня удовлетворенности, а также построения рейтинга удовлетворенности, в том числе по регионам одной страны.

В-третьих, динамика уровня удовлетворенности в большинстве стран демонстрирует устойчивый, но медленный и статистически незначимый рост показателей, при этом рост не одинаков для различных доменов удовлетворенности (доступность, взаимодействие с персоналом и другие). Это может свидетельствовать о том, что повышение уровня удовлетворенности было достигнуто за счет реализации конкретных мероприятий по определенному домену на уровне медицинских организаций. Однако данные изменения позволяют лишь поддерживать общий уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью и обеспечивают его незначительный рост.

## Заключение

Выявленные в настоящем обзоре факторы должны быть приняты во внимание как на федеральном уровне для формирования корректных выводов по результатам проведения национального опроса населения в соответствии с Приказом Минздрава России № 495, так и на региональном уровне для разработки соответствующих мер.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Reynolds A. Patient-centered Care. *Radiol Technol.* 2009;81(2): 133—47.
2. Kravitz R. Patient satisfaction with health care: critical outcome or trivial pursuit? *J. Gen. Intern. Med.* 1998;13(4):280—2. doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00084.x

3. Lebow J. L. Consumer assessments of the quality of medical care. *Med. Care.* 1974;12(4):328—37. doi: 10.1097/00005650-197404000-00004
4. Prakash B. Patient satisfaction. *J. Cutan. Aesthet. Surg.* 2010;3(3):151—5. doi: 10.4103/0974-2077.74491
5. Pettersen K. I., Veenstra M., Guldvog B., Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int. J. Qual. Health Care.* 2004;16(6):453—63. doi: 10.1093/intqhc/mzh074
6. Jenkinson C., Coulter A., Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int. J. Qual. Health Care.* 2002;14(5):353—8. doi: 10.1093/intqhc/14.5.353
7. Fitzpatrick R. Surveys of patient's satisfaction: I — Important general considerations. *BMJ.* 1991;302(6781):887—9. doi: 10.1136/bmj.302.6781.887
8. HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey. CMS. Режим доступа: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospital-HCAHPS> (дата обращения 16.03.2023).
9. Holt J. M. Patient Experience in Primary Care: A Systematic Review of CG-CAHPS Surveys. *J. Patient Exp.* 2019;6(2):93—102. doi: 10.1177/2374373518793143
10. Presson A. P., Zhang C., Abtahi A. M., Kean J., Hung M., Tysler A. R. Psychometric properties of the Press Ganey Outpatient Medical Practice Survey. *Health Qual. Life Outcomes.* 2017;15(1):32. doi: 10.1186/s12955-017-0610-3
11. Mcintyre L., Davies K., Fox C., Taft J. Implementing the Friends and Family Test. *Nurs Times.* 2014;110(45):12—4.
12. Manacorda T., Erens B., Black N., Mays N. The Friends and Family Test in general practice in England: a qualitative study of the views of staff and patients. *Br. J. Gen. Pract.* 2017;67(658):e370—6. doi: 10.3399/bjgp17X690617
13. Campbell J., Smith P., Nissen S., Bower P., Elliott M., Roland M. The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK — development and psychometric characteristics. *BMC Fam. Pract.* 2009;10:57. doi: 10.1186/1471-2296-10-57
14. Powell J., Atherton H., Williams V. Using online patient feedback to improve NHS services: the INQUIRE multimethod study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; Oct 2019.
15. Davidson M. J., Lacroix J., McMartin S., Kudhail R., Hart K., Diestelkamp N. Patient Experiences in Canadian Hospitals. *Healthc Q.* 2019;22(3):12—4. doi: 10.12927/hcq.2019.26024
16. Jones C. H., Woods J., Brusco N. K., Sullivan N., Morris M. E. Implementation of the Australian Hospital Patient Experience Question Set (AHPEQS): a consumer-driven patient survey. *Aust. Health Rev.* 2021;10.1071/AH20265. doi: 10.1071/AH20265
17. Gardner K., Parkinson A., Banfield M., Sargent G. M., Desborough J., Hehir K. K. Usability of patient experience surveys in Australian primary health care: a scoping review. *Aust. J. Prim Health.* 2016;22(2):93—9. doi: 10.1071/PY14179
18. Qualitätsberichte der Krankenhäuser — Gemeinsamer Bundesausschuss. Режим доступа: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaets-sicherung/datenerhebung-zur-qualitaets-sicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/> (дата обращения 25.04.2023).
19. GKV-Spitzenverband. Qualitätsberichte der Krankenhäuser. GKV-Spitzenverband. Режим доступа: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet\\_1/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet_1/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp) (дата обращения 25.04.2023).
20. Luque Ramos A., Hoffmann E., Spreckelsen O. Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18(1):191. doi: 10.1186/s12913-018-3000-6
21. Versichertenbefragung (PEQ) | AOK — Die Gesundheitskasse. Режим доступа: <https://www.aok.de/pk/cl/uni/inhalt/versichertenbefragung-peq/> (дата обращения 25.04.2023).
22. Della Casa A. Questionnaire on Treatment Satisfaction in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry (FBZ-KJP) — Results of a Swiss Pilot Study. *Jugendpsychiatr. Psychother.* 2023;51(2):153—65.
23. Gebhardt S., Wolak A. M., Huber M. T. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients — the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr Psychiatry.* 2013;54(1):53—60. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.03.016
24. Skudal K. E., Garratt A. M., Eriksson B., Leinonen T., Simonsen J., Bjertnaes O. A. The Nordic Patient Experiences Questionnaire (NORPEQ): cross-national comparison of data quality, internal consistency and validity in four Nordic countries. *BMJ Open.* 2012;2(3):e000864. Epub 2012 May 30. doi: 10.1136/bmjopen-2012-000864
25. Oltedal S., Garratt A., Bjertnaes O., Bjørnsdottir M., Freil M., Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian in-patient survey. *Scand. J. Public Health.* 2007;35(5):540—7. doi: 10.1080/14034940701291724
26. Sjetne I. S., Bjertnaes O. A., Olsen R. V., Iversen H. H., Bukholm G. The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ): identification of core items from a survey in Norway. *BMC Health Serv. Res.* 2011;11:88. doi: 10.1186/1472-6963-11-88
27. Specialiserad sjukhusvård öppen 2021. Режим доступа: <https://resultat.patientenkart.se/Specialiserad%20sjukhusv%C3%A5rd%20%C3%B6ppen/2021> (дата обращения 25.04.2023).
28. Healthy Finland Survey — THL. Finnish Institute for Health and Welfare. Режим доступа: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/healthy-finland-survey> (дата обращения 25.04.2023).
29. National FinSote Survey — THL. Finnish Institute for Health and Welfare. Режим доступа: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/national-finsote-survey> (дата обращения 25.04.2023).
30. Matthews M., Cretella G., Nicholas W. Improving HCAHPS Scores with Advances in Digital Radiography. *Radiol. Manage.* 2016;38(1):38—44.
31. Pérez E., Dzubyay D. P. A scheduling-based methodology for improving patient perceptions of quality of care in intensive care units. *Health Care Manag. Sci.* 2021;24(1):203—15. doi: 10.1007/s10729-021-09544-6
32. Jha A. K., Orav E. J., Zheng J., Epstein A. M. Patients' perception of hospital care in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2008;359(18):1921—31. doi: 10.1056/NEJMsa0804116
33. Seiler A., Visintainer P., Brzostek R. Patient satisfaction with hospital care provided by hospitalists and primary care physicians. *J. Hosp. Med.* 2012;7(2):131—6. doi: 10.1002/jhm.973
34. Elliott M. N., Cohea C. W., Lehrman W. G. Accelerating Improvement and Narrowing Gaps: Trends in Patients' Experiences with Hospital Care Reflected in HCAHPS Public Reporting. *Health Serv. Res.* 2015;50(6):1850—67. doi: 10.1111/1475-6773.12305
35. Papanicolas I., Figueroa J. F., Orav E. J., Jha A. K. Patient Hospital Experience Improved Modestly, But No Evidence Medicare Incentives Promoted Meaningful Gains. *Health Aff. (Millwood).* 2017;36(1):133—40. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0808
36. Rodriguez-Homs L. G., Hammill B. G., Ryser M. D., Phillips H. R., Mosca P. J. Relationship Between HCAHPS Scores and Survey Response Rate Is Linked to Hospital Size. *J. Patient Exp.* 2020;7(6):1543—8. doi: 10.1177/2374373520932458
37. Donaldson C. D., Bharadwaj A., Giafalone B., Patton P., Fortier M. A., Kain Z. N. Ethnicity and Language Differences in Patient Experience: an Analysis of the HCAHPS Survey. *J. Racial Ethn. Health Disparities.* 2022;9(3):899—908. doi: 10.1007/s40615-021-01029-0
38. Abdelgadir J., Ong E. W., Abdalla S. M. Demographic Factors Associated with Patient-Reported Outcome Measures in Pain Management. *Pain Physician.* 2020;23(1):17—24.
39. McCaffrey R., Hale D., Kunupakaphun S., Kaufman L., Eamrannond P. A Multifaceted Approach to Improve Physician Communication Scores. *J. Patient Exp.* 2020;7(4):522—6. doi: 10.1177/2374373519860041
40. Section 5: Determining Where to Focus Efforts to Improve Patient Experience. Режим доступа: <https://www.ahrq.gov/cahps/quality-improvement/improvement-guide/5-determining-focus/index.html> (дата обращения 18.03.2023).
41. Brenner B. How to Improve HCAHPS Scores. MedPro Disposal. 2017. Режим доступа: <https://www.medprodisposal.com/improve-hcahps-scores/> (дата обращения 18.03.2023).
42. Weinick R. M., Quigley D. D., Mayer L. A., Sellers C. D. Use of CAHPS patient experience surveys to assess the impact of health care innovations. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* 2014;40(9):418—27. doi: 10.1016/s1553-7250(14)40054-0
43. Morales L. S., Elliott M. N., Weech-Maldonado R., Spritzer K. L., Hays R. D. Differences in CAHPS adult survey reports and ratings by race and ethnicity: an analysis of the National CAHPS benchmarking data 1.0. *Health Serv. Res.* 2001;36(3):595—617.
44. Takeshita J., Wang S., Loren A. W. Association of Racial/Ethnic and Gender Concordance Between Patients and Physicians With Patient Experience Ratings. *JAMA Netw. Open.* 2020;3(11):e2024583. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.24583

Здоровье и общество

45. Adult inpatient survey 2021 — Care Quality Commission. Режим доступа: <https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/adult-inpatient-survey> (дата обращения 21.04.2023).
46. Reeves R., West E. Changes in inpatients' experiences of hospital care in England over a 12-year period: a secondary analysis of national survey data. *J. Health Serv. Res. Policy.* 2015;20(3):131–7. doi: 10.1177/1355819614564256
47. Kemp K. A., Norris C. M., Steele B., Fairie P., Santana M. J. Sex Differences in the Care Experiences of Patients Hospitalized Due to Ischemic Heart Disease in Alberta, Canada. *CJC Open.* 2021;3(12 Suppl):S36–S43. doi: 10.1016/j.cjco.2021.08.011
48. Narayanan A., Greco M. Patient Experience of Australian General Practices. *Big Data.* 2016;4(1):31–46. doi: 10.1089/big.2016.0010
49. Kraska R. A., Weigand M., Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect.* 2017;20(4):593–600. doi: 10.1111/hex.12485
50. Stahl K. Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstrumentes. *Z. Für Med. Psychol. IOS Press.* 2012;21(1):11–20.
51. Schoenfelder T., Klexer J., Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int. J. Qual. Health Care.* 2011;23(5):503–9. doi: 10.1093/intqhc/mzr038
52. Labarère J., Fourny M., Jean-Phillippe V., Marin-Pache S., Patrice F. Refinement and validation of a French in-patient experience questionnaire. *Int. J. Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh. Health Serv.* 2004;17(1):17–25. doi: 10.1108/09526860410515909
53. Professionnels. Haute Autorité de Santé. Режим доступа: [https://www.has-sante.fr/jcms/fc\\_2873790/fr/professionnels](https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels) (дата обращения 25.04.2023).
54. Helsedata. Finn helsedata. Режим доступа: <https://helsedata.no/> (дата обращения 28.04.2023).
55. Finnish Institute for Health and Welfare. Statistics and Data. Режим доступа: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics-and-data> (дата обращения 28.04.2023).
56. Socialstyrelsen. Öppna Jämförelser av Hälsooch Sjukvård. Режим доступа: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/halso-och-sjukvard/> (дата обращения 28.04.2023).
57. Sveriges Kommuner och Regioner. Hälso- och Sjukvårdsbarometern. Режим доступа: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html> (дата обращения 28.04.2023).
58. Folkehelseinstituttet. 2023. Режим доступа: <https://www.fhi.no/> (дата обращения 25.04.2023).
59. Frontrage — Sotkanet.fi Statistics and Indicator Bank. Режим доступа: <https://sotkanet.fi/sotkanet/en/index> (дата обращения 25.04.2023).
60. Friedel A. L., Siegel S., Kirstein C. F. Measuring Patient Experience and Patient Satisfaction—How Are We Doing It and Why Does It Matter? A Comparison of European and U. S. American Approaches. *Healthcare (Basel).* 2023;11(6):797. doi: 10.3390/healthcare11060797
61. HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey. CMS. Available at: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS> (accessed 16.03.2023).
62. Holt J. M. Patient Experience in Primary Care: A Systematic Review of CG-CAHPS Surveys. *J. Patient Exp.* 2019;6(2):93–102. doi: 10.1177/2374373518793143
63. Presson A. P., Zhang C., Abtahi A. M., Kean J., Hung M., Tysler A. R. Psychometric properties of the Press Ganey Outpatient Medical Practice Survey. *Health Qual. Life Outcomes.* 2017;15(1):32. doi: 10.1186/s12955-017-0610-3
64. McIntyre L., Davies K., Fox C., Taft J. Implementing the Friends and Family Test. *Nurs Times.* 2014;110(45):12–4.
65. Manacorda T., Erens B., Black N., Mays N. The Friends and Family Test in general practice in England: a qualitative study of the views of staff and patients. *Br. J. Gen. Pract.* 2017;67(658):e370–6. doi: 10.3399/bjgp17X690617
66. Campbell J., Smith P., Nissen S., Bower P., Elliott M., Roland M. The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK — development and psychometric characteristics. *BMC Fam. Pract.* 2009;10:57. doi: 10.1186/1471-2296-10-57
67. Powell J., Atherton H., Williams V. Using online patient feedback to improve NHS services: the INQUIRE multimethod study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; Oct 2019.
68. Davidson M. J., Lacroix J., McMartin S., Kudhail R., Hart K., Diestelkamp N. Patient Experiences in Canadian Hospitals. *Healthc Q.* 2019;22(3):12–4. doi: 10.12927/hcq.2019.26024
69. Jones C. H., Woods J., Brusco N. K., Sullivan N., Morris M. E. Implementation of the Australian Hospital Patient Experience Question Set (AHPEQS): a consumer-driven patient survey. *Aust. Health Rev.* 2021;10.1071/AH20265. doi: 10.1071/AH20265
70. Gardner K., Parkinson A., Banfield M., Sargent G. M., Desborough J., Hehir K. K. Usability of patient experience surveys in Australian primary health care: a scoping review. *Aust. J. Prim Health.* 2016;22(2):93–9. doi: 10.1071/PY14179
71. Qualitätsberichte der Krankenhäuser — Gemeinsamer Bundesausschuss Available at: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetsicherung/datenerhebung-zur-qualitaetsicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/> (accessed 25.04.2023).
72. GKV-Spitzenverband. Qualitätsberichte der Krankenhäuser. GKV-Spitzenverband. Available at: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet\\_1/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet_1/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp) (accessed 25.04.2023).
73. Luque Ramos A., Hoffmann F., Spreckelsen O. Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18(1):191. doi: 10.1186/s12913-018-3000-6
74. Versichertenbefragung (PEQ) | AOK — Die Gesundheitskasse. Available at: <https://www.aok.de/pk/cl/uni/inhalt/versichertenbefragung-peq/> (accessed 25.04.2023).
75. Della Casa A. Questionnaire on Treatment Satisfaction in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry (FBZ-KJP) — Results of a Swiss Pilot Study. *Jugendpsychiatr. Psychother.* 2023;51(2):153–65.
76. Gebhardt S., Wolak A. M., Huber M. T. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients — the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr Psychiatry.* 2013;54(1):53–60. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.03.016
77. Skudal K. E., Garratt A. M., Eriksson B., Leinonen T., Simonsen J., Bjertnaes O. A. The Nordic Patient Experiences Questionnaire (NORPEQ): cross-national comparison of data quality, internal consistency and validity in four Nordic countries. *BMJ Open.* 2012;2(3):e000864. Epub 2012 May 30. doi: 10.1136/bmjopen-2012-000864
78. Oltedal S., Garratt A., Bjertnaes Ø., Bjørnsdottir M., Freil M., Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand. J. Public Health.* 2007;35(5):540–7. doi: 10.1080/14034940701291724
79. Sjetne I. S., Bjertnaes O. A., Olsen R. V., Iversen H. H., Bukholm G. The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ): identification of core items from a survey in Norway. *BMC Health Serv. Res.* 2011;11:88. doi: 10.1186/1472-6963-11-88
80. Specialiserad sjukhusvård öppen 2021. Available at: <https://resultat.patientenkatt.se/Specialiserad%20sjukhusv%C3%A5rd%20%C3%B6ppen/2021> (accessed 25.04.2023).
81. Healthy Finland Survey — THL. Finnish Institute for Health and Welfare. Available at: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/healthy-finland-survey> (accessed 25.04.2023).

Поступила 15.05.2023  
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

1. Reynolds A. Patient-centered Care. *Radiol Technol.* 2009;81(2):133–47.
2. Kravitz R. Patient satisfaction with health care: critical outcome or trivial pursuit? *J. Gen. Intern. Med.* 1998;13(4):280–2. doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00084.x
3. Lebow J. L. Consumer assessments of the quality of medical care. *Med. Care.* 1974;12(4):328–37. doi: 10.1097/00005650-197404000-00004
4. Prakash B. Patient satisfaction. *J. Cutan. Aesthet. Surg.* 2010;3(3):151–5. doi: 10.4103/0974-2077.74491
5. Pettersen K. I., Veenstra M., Guldvog B., Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int. J. Qual. Health Care.* 2004;16(6):453–63. doi: 10.1093/intqhc/mzh074
6. Jenkinson C., Coulter A., Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from inpatient surveys in five countries. *Int. J. Qual. Health Care.* 2002;14(5):353–8. doi: 10.1093/intqhc/14.5.353
7. Fitzpatrick R. Surveys of patient's satisfaction: I — Important general considerations. *BMJ.* 1991;302(6781):887–9. doi: 10.1136/bmj.302.6781.887
8. HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey. CMS. Available at: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS> (accessed 16.03.2023).
9. Holt J. M. Patient Experience in Primary Care: A Systematic Review of CG-CAHPS Surveys. *J. Patient Exp.* 2019;6(2):93–102. doi: 10.1177/2374373518793143
10. Presson A. P., Zhang C., Abtahi A. M., Kean J., Hung M., Tysler A. R. Psychometric properties of the Press Ganey Outpatient Medical Practice Survey. *Health Qual. Life Outcomes.* 2017;15(1):32. doi: 10.1186/s12955-017-0610-3
11. McIntyre L., Davies K., Fox C., Taft J. Implementing the Friends and Family Test. *Nurs Times.* 2014;110(45):12–4.
12. Manacorda T., Erens B., Black N., Mays N. The Friends and Family Test in general practice in England: a qualitative study of the views of staff and patients. *Br. J. Gen. Pract.* 2017;67(658):e370–6. doi: 10.3399/bjgp17X690617
13. Campbell J., Smith P., Nissen S., Bower P., Elliott M., Roland M. The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK — development and psychometric characteristics. *BMC Fam. Pract.* 2009;10:57. doi: 10.1186/1471-2296-10-57
14. Powell J., Atherton H., Williams V. Using online patient feedback to improve NHS services: the INQUIRE multimethod study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; Oct 2019.
15. Davidson M. J., Lacroix J., McMartin S., Kudhail R., Hart K., Diestelkamp N. Patient Experiences in Canadian Hospitals. *Healthc Q.* 2019;22(3):12–4. doi: 10.12927/hcq.2019.26024
16. Jones C. H., Woods J., Brusco N. K., Sullivan N., Morris M. E. Implementation of the Australian Hospital Patient Experience Question Set (AHPEQS): a consumer-driven patient survey. *Aust. Health Rev.* 2021;10.1071/AH20265. doi: 10.1071/AH20265
17. Gardner K., Parkinson A., Banfield M., Sargent G. M., Desborough J., Hehir K. K. Usability of patient experience surveys in Australian primary health care: a scoping review. *Aust. J. Prim Health.* 2016;22(2):93–9. doi: 10.1071/PY14179
18. Qualitätsberichte der Krankenhäuser — Gemeinsamer Bundesausschuss Available at: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetsicherung/datenerhebung-zur-qualitaetsicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/> (accessed 25.04.2023).
19. GKV-Spitzenverband. Qualitätsberichte der Krankenhäuser. GKV-Spitzenverband. Available at: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet\\_1/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet_1/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp) (accessed 25.04.2023).
20. Luque Ramos A., Hoffmann F., Spreckelsen O. Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18(1):191. doi: 10.1186/s12913-018-3000-6
21. Versichertenbefragung (PEQ) | AOK — Die Gesundheitskasse. Available at: <https://www.aok.de/pk/cl/uni/inhalt/versichertenbefragung-peq/> (accessed 25.04.2023).
22. Della Casa A. Questionnaire on Treatment Satisfaction in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry (FBZ-KJP) — Results of a Swiss Pilot Study. *Jugendpsychiatr. Psychother.* 2023;51(2):153–65.
23. Gebhardt S., Wolak A. M., Huber M. T. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients — the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr Psychiatry.* 2013;54(1):53–60. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.03.016
24. Skudal K. E., Garratt A. M., Eriksson B., Leinonen T., Simonsen J., Bjertnaes O. A. The Nordic Patient Experiences Questionnaire (NORPEQ): cross-national comparison of data quality, internal consistency and validity in four Nordic countries. *BMJ Open.* 2012;2(3):e000864. Epub 2012 May 30. doi: 10.1136/bmjopen-2012-000864
25. Oltedal S., Garratt A., Bjertnaes Ø., Bjørnsdottir M., Freil M., Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand. J. Public Health.* 2007;35(5):540–7. doi: 10.1080/14034940701291724
26. Sjetne I. S., Bjertnaes O. A., Olsen R. V., Iversen H. H., Bukholm G. The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ): identification of core items from a survey in Norway. *BMC Health Serv. Res.* 2011;11:88. doi: 10.1186/1472-6963-11-88
27. Specialiserad sjukhusvård öppen 2021. Available at: <https://resultat.patientenkatt.se/Specialiserad%20sjukhusv%C3%A5rd%20%C3%B6ppen/2021> (accessed 25.04.2023).
28. Healthy Finland Survey — THL. Finnish Institute for Health and Welfare. Available at: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/healthy-finland-survey> (accessed 25.04.2023).

29. National FinSote Survey — THL. Finnish Institute for Health and Welfare. Available at: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/national-finsote-survey> (accessed 25.04.2023).
30. Matthews M., Cretella G., Nicholas W. Improving HCAHPS Scores with Advances in Digital Radiography. *Radiol. Manage.* 2016;38(1):38–44.
31. Pérez E., Dzubyay D. P. A scheduling-based methodology for improving patient perceptions of quality of care in intensive care units. *Health Care Manag. Sci.* 2021;24(1):203–15. doi: 10.1007/s10729-021-09544-6
32. Jha A. K., Orav E. J., Zheng J., Epstein A. M. Patients' perception of hospital care in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2008;359(18):1921–31. doi: 10.1056/NEJMsa0804116
33. Seiler A., Visintainer P., Brzostek R. Patient satisfaction with hospital care provided by hospitalists and primary care physicians. *J. Hosp. Med.* 2012;7(2):131–6. doi: 10.1002/jhm.973
34. Elliott M. N., Cohea C. W., Lehrman W. G. Accelerating Improvement and Narrowing Gaps: Trends in Patients' Experiences with Hospital Care Reflected in HCAHPS Public Reporting. *Health Serv. Res.* 2015;50(6):1850–67. doi: 10.1111/1475-6773.12305
35. Papanicolaos I., Figueroa J. F., Orav E. J., Jha A. K. Patient Hospital Experience Improved Modestly, But No Evidence Medicare Incentives Promoted Meaningful Gains. *Health Aff. (Millwood)*. 2017;36(1):133–40. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0808
36. Rodriguez-Homs L. G., Hammill B. G., Ryser M. D., Phillips H. R., Mosca P. J. Relationship Between HCAHPS Scores and Survey Response Rate Is Linked to Hospital Size. *J. Patient Exp.* 2020;7(6):1543–8. doi: 10.1177/2374373520932458
37. Donaldson C. D., Bharadwaj A., Giagfaglione B., Patton P., Fortier M. A., Kain Z. N. Ethnicity and Language Differences in Patient Experience: an Analysis of the HCAHPS Survey. *J. Racial Ethn. Health Disparities.* 2022;9(3):899–908. doi: 10.1007/s40615-021-01029-0
38. Abdelgadir J., Ong E. W., Abdalla S. M. Demographic Factors Associated with Patient-Reported Outcome Measures in Pain Management. *Pain Physician.* 2020;23(1):17–24.
39. McCaffrey R., Hale D., Kunupakaphun S., Kaufman L., Eamrannond P. A Multifaceted Approach to Improve Physician Communication Scores. *J. Patient Exp.* 2020;7(4):522–6. doi: 10.1177/2374373519860041
40. Section 5: Determining Where to Focus Efforts to Improve Patient Experience. Available at: <https://www.ahrq.gov/cahps/quality-improvement/improvement-guide/5-determining-focus/index.html> (accessed 18.03.2023).
41. Brenner B. How to Improve HCAHPS Scores. MedPro Disposal. 2017. Available at: <https://www.medprodisposal.com/improve-cahps-scores/> (accessed 18.03.2023).
42. Weinick R. M., Quigley D. D., Mayer L. A., Sellers C. D. Use of CAHPS patient experience surveys to assess the impact of health care innovations. *J. Comm. J. Qual. Patient Saf.* 2014;40(9):418–27. doi: 10.1016/s1553-7250(14)40054-0
43. Morales L. S., Elliott M. N., Weech-Maldonado R., Spritzer K. L., Hays R. D. Differences in CAHPS adult survey reports and ratings by race and ethnicity: an analysis of the National CAHPS benchmarking data 1.0. *Health Serv. Res.* 2001;36(3):595–617.
44. Takeshita J., Wang S., Loren A. W. Association of Racial/Ethnic and Gender Concordance Between Patients and Physicians With Patient Experience Ratings. *JAMA Netw. Open.* 2020;3(11):e2024583. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.24583
45. Adult inpatient survey 2021 — Care Quality Commission. Available at: <https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/adult-inpatient-survey> (accessed 21.04.2023).
46. Reeves R., West E. Changes in inpatients' experiences of hospital care in England over a 12-year period: a secondary analysis of national survey data. *J. Health Serv. Res. Policy.* 2015;20(3):131–7. doi: 10.1177/1355819614564256
47. Kemp K. A., Norris C. M., Steele B., Fairie P., Santana M. J. Sex Differences in the Care Experiences of Patients Hospitalized Due to Ischemic Heart Disease in Alberta, Canada. *CJC Open.* 2021;3(12 Suppl):S36–S43. doi: 10.1016/j.cjco.2021.08.011
48. Narayanan A., Greco M. Patient Experience of Australian General Practices. *Big Data.* 2016;4(1):31–46. doi: 10.1089/big.2016.0010
49. Kraska R. A., Weigand M., Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect.* 2017;20(4):593–600. doi: 10.1111/hex.12485
50. Stahl K. Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstrumentes. *Z. Für Med. Psychol. IOS Press.* 2012;21(1):11–20.
51. Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int. J. Qual. Health Care.* 2011;23(5):503–9. doi: 10.1093/in-qtch/mzr038
52. Labarère J., Fourny M., Jean-Phillippe V., Marin-Pache S., Patrice F. Refinement and validation of a French in-patient experience questionnaire. *Int. J. Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh. Health Serv.* 2004;17(1):17–25. doi: 10.1108/09526860410515909
53. Professionnels. Haute Autorité de Santé. Available at: [https://www.has-sante.fr/jcms/fc\\_2873790/fr/professionnels](https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels) (accessed 25.04.2023).
54. Helsedata. Finn helsedata. Available at: <https://helsedata.no/> (accessed 28.04.2023).
55. Finnish Institute for Health and Welfare. Statistics and Data. Available at: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics-and-data> (accessed 28.04.2023).
56. Socialstyrelsen. Öppna Jämförelser av Hälsooch Sjukvård. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/halso-och-sjukvard/> (accessed 28.04.2023).
57. Sveriges Kommuner och Regioner. Hälsooch Sjukvårdsbarometern. Available at: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/hal-soochsjukvardsbarometern.758.html> (accessed 28.04.2023).
58. Folkehelseinstituttet. 2023. Available at: <https://www.fhi.no/> (accessed 25.04.2023).
59. Frontpage — Sotkanet.fi Statistics and Indicator Bank. Available at: <https://sotkanet.fi/sotkanet/en/index> (accessed 25.04.2023).
60. Friedel A. L., Siegel S., Kirstein C. F. Measuring Patient Experience and Patient Satisfaction-How Are We Doing It and Why Does It Matter? A Comparison of European and U. S. American Approaches. *Healthcare (Basel).* 2023;11(6):797. doi: 10.3390/healthcare11060797

**Курылёва М. А.<sup>1</sup>, Кирицина И. А.<sup>1</sup>, Солонина А. В.<sup>1</sup>, Михайлова В. Н.<sup>1</sup>, Крашенинников А. Е.<sup>2,3</sup>**

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК МЕТОДОЛОГИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ДЕТЕЙ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, 614990, г. Пермь;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;

<sup>3</sup>АНО «Национальный научный центр фармаконадзора», 105005, г. Москва

*Фармацевтическая грамотность — необходимый элемент обеспечения качества жизни человека, и ее формирование необходимо начинать с раннего возраста. В представленной публикации показано, что ключевым направлением развития грамотности в вопросах здоровья выступает фармацевтическое просвещение с привлечением фармацевтических работников. Авторы обосновывают необходимость развития фармацевтической грамотности у детей посредством подключения к процессу фармацевтического просвещения педагогических работников и родителей / законных представителей ребенка. В публикации приведен анализ нормативных правовых документов, регламентирующих стратегические направления государственной и международной политики в сфере охраны здоровья и прав несовершеннолетних граждан / детей, регламентирующих организацию фармацевтической и образовательной деятельности и требования к фармацевтическим и педагогическим работникам в рамках осуществления их профессиональной роли. Авторами обнаружены проблемные зоны в организации фармацевтического консультирования несовершеннолетних граждан и подтверждена необходимость повышения профессиональной компетентности фармацевтических и педагогических работников в части организации фармацевтического просвещения детей дошкольного и школьного возраста. Результаты социологического исследования несовершеннолетних граждан и их родителей показали недостаточный уровень фармацевтической грамотности респондентов. На основе проведенного исследования авторами сформирована структурная модель взаимодействия участников фармацевтического просвещения детей (фармацевтические работники — родители — педагогические работники) и обоснованы коммуникативные связи на этапе передачи фармацевтических знаний несовершеннолетней личности. Основным результатом данной работы выступает сформированная авторами структурно-функциональная модель организации фармацевтического просвещения детей, в рамках которой реализован междисциплинарный подход к формированию фармацевтических знаний у детей дошкольного и школьного возраста, определены этапы взаимодействия участников и профессиональные задачи фармацевтических и педагогических специалистов в процессе обучения детей навыкам фармацевтической безопасности.*

**Ключевые слова:** фармацевтическое просвещение; фармацевтический работник; педагогический работник; дети; лекарственные препараты; междисциплинарный подход; фармацевтическая грамотность.

**Для цитирования:** Курылёва М. А., Кирицина И. А., Солонина А. В., Михайлова В. Н., Крашенинников А. Е. Междисциплинарный подход как методология фармацевтического просвещения детей: от теории к практике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):223—230. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-223-230>

**Для корреспонденции:** Кирицина Ирина Анатольевна, д-р фарм. наук, доцент, доцент кафедры управления и экономики фармации ФГБОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, e-mail: [irina.kirshina@mail.ru](mailto:irina.kirshina@mail.ru)

**Kuryleva M. A.<sup>1</sup>, Kirshchina I. A.<sup>1</sup>, Solonina A. V.<sup>1</sup>, Mikhailova V. N.<sup>1</sup>, Krashennnikov A. E.<sup>2,3</sup>**

## **THE INTERDISCIPLINARY APPROACH AS TOOL OF PHARMACEUTICAL EDUCATION OF CHILDREN: FROM THEORY TO PRACTICE**

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Perm State Pharmaceutic Academy” of Minzdrav of Russia, 614990, Perm, Russia;

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

<sup>3</sup>The Autonomous Non-Profit Organization “The National Scientific Center of the Pharmkomnadzor”, 105005, Moscow, Russia

*The pharmaceutical literacy is a necessary element of ensuring quality of human life that is to be formed at early age. The article demonstrates that key direction of development of health literacy is pharmaceutical education involving pharmaceutical workers. The necessity of development of pharmaceutical literacy in children through involvement into process of pharmaceutical education pedagogues and parents/legal representatives of child. The article presents analysis of normative legal documents regulating strategic directions of state and international policy in the field of protection of health and rights of minor citizen/children that regulate organization of pharmaceutical and educational activities and requirements to pharmaceutical and pedagogical workers within the framework of their professional role. The problematic zones in organization of pharmaceutical counseling of minors citizen were discovered. The necessity to improve professional competence of pharmaceutical and pedagogical workers in organization of pharmaceutical education of children of preschool and school age is established. The results of sociological survey of minor citizen and their parents demonstrated inadequate level of pharmaceutical literacy of respondents. On the basis of research results structural model of interaction of participants of pharmaceutical education of children (pharmaceutical workers — parents — pedagogues). The communication relations at the stage of transferring pharmaceutical knowledge to minor personality were revealed. The main result of the study is original structural functional model of organization of pharmaceutical education of children implementing interdisciplinary approach in forming pharmaceutical knowledge in children of preschool and school age. The stages of interaction of participants and professional tasks of pharmaceutical and pedagogical specialists in process of teaching children skills of pharmaceutical safety are determined.*

**Keywords:** pharmaceutical education; pharmaceutical worker; pedagogical worker; children; medication; interdisciplinary approach; pharmaceutical literacy.

**For citation:** Kuryleva M. A., Kirshchina I. A., Soloninina A. V., Mikhailova V. N., Krasheninnikov A. E. The interdisciplinary approach as tool of pharmaceutical education of children: from theory to practice. *Problemi socialnoi gigieni, zdoravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):223–230 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-223-230>

**For correspondence:** Kirshchina I. A., doctor of pharmacological sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Management and Economics of Pharmacy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Perm State Pharmaceutic Academy” of Minzdrav of Russia. e-mail: [irina.kirshchina@mail.ru](mailto:irina.kirshchina@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 22.05.2023

Accepted 02.11.2023

## Введение

Одним из важнейших показателей социально-культурного развития населения является уровень функциональной грамотности. Согласно определению, предложенному основателем отечественной психолингвистической школы А. А. Леонтьевым, «функциональная грамотность (ФГ) — это способность человека использовать приобретаемые в течение жизни знания для решения широкого диапазона жизненных задач в различных сферах человеческой деятельности, общения и социальных отношений» [1].

Согласно существующему мнению, «функционально грамотный человек должен иметь не только определенный круг академических знаний, но и навыки их применения для поиска решений в различных жизненных ситуациях, общественных и социальных отношениях. ФГ реализуется в готовности человека добывать, оценивать и применять необходимые знания в разных условиях в течение всей жизни» [2]. Используя полученные знания и приобретенные навыки для преодоления повседневных проблем, функционально грамотный человек способен адекватно оценивать предлагаемую ситуацию, адаптироваться к изменяющимся условиям и принимать обоснованные решения в различных сферах человеческой жизни. Очевидно, что рост ФГ способствует повышению эффективности использования человеческих ресурсов на благо развития конкретной личности и общества в целом, поскольку развитие ФГ выступает детерминантой повышения качества жизни человека и формирования предпосылок для создания цивилизованного общества. Закономерно, что развитие функциональных компетенций населения является неотъемлемой частью государственной политики и реализуется посредством различных государственных программ. Так, в настоящее время в России уделяется значительное внимание повышению финансовых знаний населения, развитию компьютерных и информационных компетенций, формированию правовой, психологической и других видов грамотности. Развитие перечисленных компетенций направлено на формирование современной личности, способной к активной плодотворной коммуникации в социуме и решению задач повседневной жизни. Весомым компонентом функциональных компетенций является релевантный уровень санитарной грамотности личности, позволяющий результативно удовлетворять личные

запросы, связанные с обеспечением качества жизни человека в отношении здоровья.

Поддержание здоровья в большинстве случаев достигается посредством ведения здорового образа жизни, однако значимый аспект здоровьесбережения ассоциирован с использованием лекарственных препаратов (ЛП) и других товаров аптечного ассортимента (ТАА). Учитывая, что формирование ФГ имеет приоритет в воспитании адекватной адаптивности личности для решения различных жизненных задач, развитие фармацевтических компетенций можно рассматривать как процесс, направленный на повышение ФГ потенциальных потребителей ЛП и других ТАА с целью предупреждения рисков для здоровья пациента/покупателя при их применении.

Согласно принятому определению, ЛП используется «для профилактики, диагностики, лечения заболеваний, реабилитации...»<sup>1</sup>, в том числе в рамках ответственного самолечения. Вместе с тем ЛП необходимо рассматривать не только как социально значимый компонент, применяемый для сохранения здоровья, но и как потенциальный источник опасности для здоровья человека. Данный аргумент положен в основу формирования первоначальной гипотезы исследования, которая состоит в необходимости целенаправленного просвещения населения для профилактики негативных исходов использования ЛП, сопряженных с недостаточным уровнем фармацевтических знаний в обществе.

В результате анализа доступных исследований обнаружено, что большинство нарушений правил использования ЛП зачастую приводит к нежелательным реакциям и серьезным отравлениям граждан и ассоциируются с недостаточным уровнем ФГ общества [3–6]. Особую настороженность вызывают проблемы, связанные с обеспечением фармацевтической безопасности в детской среде, так как, согласно исследованию [7], на долю детских обращений в аптечную организацию (АО) приходится около 6% общего числа покупателей, что создает предпосылки для развития фармацевтических рисков в отношении несовершеннолетних граждан в случаях неграмотного использования ЛП. Следует отметить, что нормативными правовыми документами не установлены ограничения на реализацию ЛП детям<sup>2, 3, 4, 5, 6</sup>. Вопросы возрастной дифференциации детей в части отпуска ТАА рассмотрены нами ранее

<sup>1</sup> Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

## Здоровье и общество

и не являются предметом настоящего исследования [8]. В то же время анализ сведений токсикологических центров иллюстрирует, что до 20% всех токсикологических поражений в детском возрасте приходится на отравления ЛП, что подтверждает необходимость формирования навыков фармацевтической безопасности в детской среде [3, 5, 9].

Очевидно, что воспитание активной жизненной позиции по отношению к здоровью следует начинать с детского возраста путем объединения усилий взрослых, которые окружают ребенка с ранних лет. В большинстве стран, в том числе в Российской Федерации, ребенком «признается лицо, не достигшее возраста восемнадцати лет (совершеннолетия)»<sup>7, 8, 9</sup>, данная категория населения будет выступать основным объектом дальнейшей дискуссии.

Ввиду физической и умственной незрелости ребенок нуждается в специальной «заботе и правовой защите». Согласно установленным нормам, родители «обязаны воспитывать и заботиться о здоровье и развитии своих детей», в том числе путем формирования первоначальных знаний о здоровье и навыков безопасного поведения. В семье формируется базовое мировоззрение личности, включая отношение к собственному здоровью, и закладываются ключевые детерминанты, формирующие мышление и образ жизни человека на долгие годы. С поступлением ребенка в общеобразовательные учреждения к процессу развития личности подключаются педагогические работники (ПР), формирующие основы безопасного поведения в обществе в рамках организованной образовательно-воспитательной деятельности. Таким образом, развитие фармацевтической безопасности в детской среде — это моральная и профессиональная задача ответственных специально подготовленных взрослых, имеющих целью формирование зрелой личности.

Ключевым направлением развития ФГ выступает фармацевтическое просвещение населения с привлечением независимых специалистов сферы здравоохранения. Важным принципом формирования ФГ у детей является фокусировка на возрастных (физиологических и социально-психологических) особенностях развития личности, что подразумевает подключение ПР и родителей как официальных законных представителей детей. Таким образом, для достижения положительных результатов в области

фармацевтического просвещения детей дошкольного и школьного возраста необходимо использовать комплексный, междисциплинарный подход, в основе которого создание единого воспитательно-образовательного пространства «фармацевтический работник — педагогический работник — родители — дети» (ФПРД).

## Материалы и методы

Исследование носит научно-аналитический характер, в его ходе использованы контент-анализ, методы системного, структурного, логического анализа, метод обобщения.

При проведении исследования источниками информации служили нормативные правовые документы, регламентирующие основные направления государственной политики в сфере охраны здоровья и прав детей, организацию фармацевтической и педагогической деятельности, научные материалы по теме исследования, статистические данные Росстата (с целью анализа нежелательных реакций и отравлений ЛП), результаты собственных исследований (с целью изучения существующей ситуации относительно посещаемости детьми АО, оценки уровня санитарной грамотности всех участников воспитательно-образовательного пространства ФПРД).

## Результаты исследования

Результаты анализа российских [10] и международных [11—15] требований к организации фармацевтической помощи (ФП) выявили приоритетное направление просвещения населения (всех возрастных групп) по вопросам рационального использования и правильного хранения ЛП в домашних условиях. В документах, регламентирующих трудовые функции фармацевтических работников (ФР)<sup>10</sup>,<sup>11, 12, 13</sup>, предписано «предоставление фармацевтического консультирования населению по способу при-

<sup>2</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ, ст. 21, 27, 28.

<sup>3</sup> Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

<sup>4</sup> Постановление Правительства РФ от 31.12.2020 № 2463 «Об утверждении Правил продажи товаров по договору розничной купли-продажи, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование потребителя о безвозмездном предоставлении ему товара, обладающего этими же основными потребительскими свойствами, на период ремонта или замены такого товара, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, а также о внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».

<sup>6</sup> Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1093н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, в том числе порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов».

<sup>7</sup> Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989).

<sup>8</sup> Федеральный закон от 29.12.1995 № 223-ФЗ «Семейный кодекс Российской Федерации».

<sup>9</sup> Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

<sup>10</sup> Приказ Минздрава России от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».

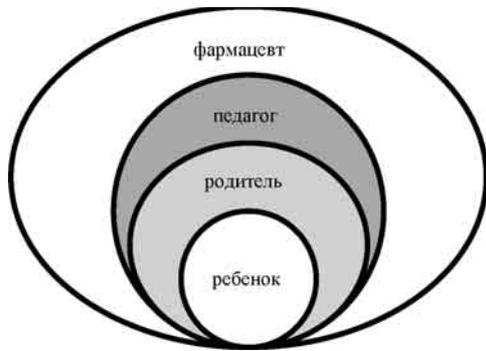


Рис. 1. Структурная модель взаимодействия участников передачи фармацевтических знаний несовершеннолетней личности.

менения ЛП и других ТАА, противопоказаниям, побочным действиям, взаимодействию с пищей и другими группами ЛП».

В российских регламентирующих документах в сфере образования акцентируется внимание на необходимости «содействия формированию у обучающихся убежденности в необходимости выбора здорового образа жизни» и «формированию представлений о современных угрозах для жизни и здоровья людей»<sup>14</sup> в рамках образовательного процесса путем вовлечения в этот процесс работников здравоохранения и участников образовательного процесса<sup>15</sup>: ПР, обучающихся, родителей.

В документах, регламентирующих трудовые функции ПР<sup>16</sup>, предписана необходимость «формирования у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни». В Семейном кодексе<sup>17</sup> обозначена обязанность родителей «воспитывать и заботиться о здоровье и развитии своих детей», включая формирование знаний и навыков, способствующих здоровьесбережению ребенка.

Таким образом, объединение профессиональных задач ФР и ПР в части просветительской деятельности по фармацевтическим вопросам предполагает необходимость пропаганды основ фармацевтической безопасности для предупреждения возникновения рисков угрозы здоровью ребенка при неграмотном использовании ЛП. В то же время задача фармацевтического просвещения несовершен-

нолетних граждан находит поддержку в семейных нормах и правилах, закрепленных на государственном уровне. Безусловно, влияние всех участников процесса происходит поступательно на протяжении взросления личности.

Идея последовательного вовлечения участников фармацевтического просвещения ребенка реализована нами при построении структурной модели взаимодействия участников передачи фармацевтических знаний несовершеннолетней личности. Для визуализации процесса коллаборации членов команды по организации фармацевтического просвещения несовершеннолетнего гражданина мы использовали диаграмму Эйлера (рис. 1).

Так, на первом уровне взаимодействия ребенок получает информацию только от родителей, затем подключается ПР и завершает круг взаимодействия ФР как носитель специальных фармацевтических знаний. Модель отражает основную сущность организации процесса передачи фармацевтических знаний ребенку, генезис которой кроется в системно-упорядоченном взаимодействии всех участников модели для формирования фармацевтических знаний, адаптированных для ребенка.

Для эффективного взаимодействия следует выстроить поступательное взаимодействие в системе «ребенок — родитель — педагог — фармацевт». В данном процессе родитель обучает только ребенка, педагог обучает ребенка и родителя, но фармацевт формирует фармацевтические знания у всех участников: ребенка, родителя, педагога. Учитывая, что интерпретация фармацевтической информации требует наличия специальных знаний, развитие ФГ взрослых, влияющих на образованность ребенка в вопросах фармацевтической безопасности, имеет принципиальное значение для качества фармацевтических знаний, полученных ребенком от родителей и педагогов на ранних этапах развития.

Общение с детьми имеет определенные особенности, обусловленные возрастными характеристиками данной категории населения [16, 17]. Закономерно предположить, что формирование доверительного общения в среде «фармацевт — ребенок» может иметь определенные сложности, поскольку ФР не владеет педагогическими знаниями и навыками, необходимыми для построения эффективной коммуникации с формирующейся личностью. Выдвинутая гипотеза подтверждается результатами изучения реальной фармацевтической практики.

Социологический опрос ФР показал, что специалисты регулярно сталкиваются с необходимостью оказания ФП несовершеннолетним гражданам, включая консультации по использованию ЛП. В процессе исследования установлен ряд специфических особенностей, затрудняющих оказание ФП несовершеннолетним посетителям АО. По мнению ФР, наиболее значимая проблема фармацевтического консультирования несовершеннолетних граждан заключается в необходимости преодоления коммуникативно-ситуативных барьеров, связанных с недостаточностью знаний психологических особенно-

<sup>11</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 09.03.2016 № 91н «Об утверждении профессионального стандарта «Провизор».

<sup>12</sup> Приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 647н «Об утверждении правил аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».

<sup>13</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2021 № 349н «Об утверждении профессионального стандарта «Фармацевт»».

<sup>14</sup> Приказ Министерства просвещения РФ от 31.05.2021 № 287 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования».

<sup>15</sup> Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

<sup>16</sup> Приказ Минтруда России от 18.10.2013 № 544н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)»».

<sup>17</sup> Федеральный закон от 29.12.1995 № 223-ФЗ «Семейный кодекс Российской Федерации».

## Здоровье и общество

стей детей. Большинство (72%) респондентов отметили необходимость получения дополнительных знаний и навыков для улучшения качества коммуникации с детьми при оказании им фармацевтических услуг.

Изучение существующей ситуации через призму ПР и близких людей ребенка, наблюдающих развитие и обеспечивающих базовую безопасность несовершеннолетней личности, подтверждает актуальность недостаточности фармацевтических знаний у детей и их окружения.

Опрос ПР на предмет актуальности фармацевтического просвещения детей показал, что большинство (93%) респондентов считают необходимым формирование навыков фармацевтической безопасности у детей с дошкольного возраста. Изучение показало, что 10% респондентов наблюдали случаи отравлений ЛП у детей в процессе собственной профессиональной жизни. Вместе с тем только 43% опрошенных педагогов обсуждают с детьми и их родителями вопросы безопасного обращения с ЛП во время проведения обучающих занятий или собраний. Кроме того, выбор тем для фармацевтического просвещения ограничен ввиду специфичности фармацевтической информации, что требует повышения профессионального уровня подготовки ПР по фармацевтическим вопросам с позиции грамотного проведения образовательных мероприятий для детей и их родителей.

Результаты опросов законных представителей / родителей выявили недостаточный уровень ФГ взрослых. В ходе анализа установлено, что большинство (83%) родителей иницируют общение со своими детьми на предмет предупреждения рисков для здоровья при обращении с опасными предметами, однако с правилами фармацевтической (лекарственной) безопасности знакомят лишь 12% опрошенных. Настоящая ситуация связана как со специфичностью фармацевтических знаний, так и с недостаточным уровнем педагогических навыков для формирования мотивации у детей приобретения знаний и навыков по фармацевтической безопасности. Вместе с тем исследование показало, что 63% респондентов считают допустимым обращение ребенка старше 7 лет в АО по письменной и/или устной просьбе родителей с целью приобретения ЛП/ТАА для нужд семьи, но не всегда оценивают это с позиции безопасности для ребенка.

По результатам анализа установлено, что с увеличением возраста ребенка возрастает вероятность самостоятельного применения ЛП. Очевидно, что дети 5—10 лет в случае недомогания практически всегда обращаются к родителям или ПР, но поведение более взрослых детей ассоциируется с проявлением самостоятельности. Отмечено, что в подростковом и юношеском возрасте около  $\frac{1}{3}$  опрошенных принимают самостоятельные решения относительно использования ЛП. Основными источниками фармацевтической информации для детей являются советы из сети Интернет, что подтверждает необходимость наличия элементарных фармацевтических

знаний у этой категории граждан с целью критической оценки полученной информации. Изучение потребительского поведения детей (15—17 лет) в отношении применения фармацевтической информации, представленной в инструкции по медицинскому применению ЛП, показало, что 41% опрошенных не имеют адекватной настороженности к соблюдению правил использования и хранения ЛП, что выражается в нарушении схемы приема, дозировки ЛП и организации хранения ЛП в домашних условиях. Установлено, что несовершеннолетние граждане (73%) заинтересованы в получении достоверной информации по вопросам фармацевтической безопасности.

## Обсуждение

На основе обобщения изученного теоретического материала и результатов собственных исследований нами обоснована целесообразность междисциплинарного подхода к фармацевтическому просвещению детей дошкольного и школьного возраста с позиций снижения фармацевтических рисков для здоровья ребенка.

Установлено, что санитарное просвещение детей, в том числе фармацевтическое,— это многофункциональная задача, находящаяся на стыке нескольких дисциплин — фармации, педагогики и социальной гигиены,— для решения которой следует привлекать работников системы здравоохранения, педагогов и родителей / законных представителей несовершеннолетних граждан. Очевидно, что в центре решения данной задачи находится собственно здоровье ребенка.

Вышесказанное предполагает необходимость развития эффективных технологий повышения ФГ несовершеннолетних граждан с учетом современных возможностей развития общества, достижение которых возможно посредством реализации новых профессиональных ролей отдельных специалистов и общества в целом. Междисциплинарный подход строится на основе консолидированной работы общественных институтов, отдельных граждан и специалистов различных отраслей. Согласно понятию, предложенному профессором философии И. Т. Касавиным, «междисциплинарное (не предполагающее при этом жестких границ каждой вовлеченной дисциплины) взаимодействие есть естественное состояние науки, предельным случаем которого являются относительно строгие дисциплинарные структуры, границы которых задаются не столько системами знания, сколько институциональными формами» [18]. Современная наука выделяет три класса институциональных форм междисциплинарного взаимодействия: соцелевые, общецелевые и «смешанные», в основе дифференциации которых лежит принцип соотношения целей деятельности взаимодействующих субъектов [19]. Безусловно, основным прикладным предметом принципов междисциплинарности на основе создания институциональных форм взаимодействия принято считать сферу экономики и социально-экономи-

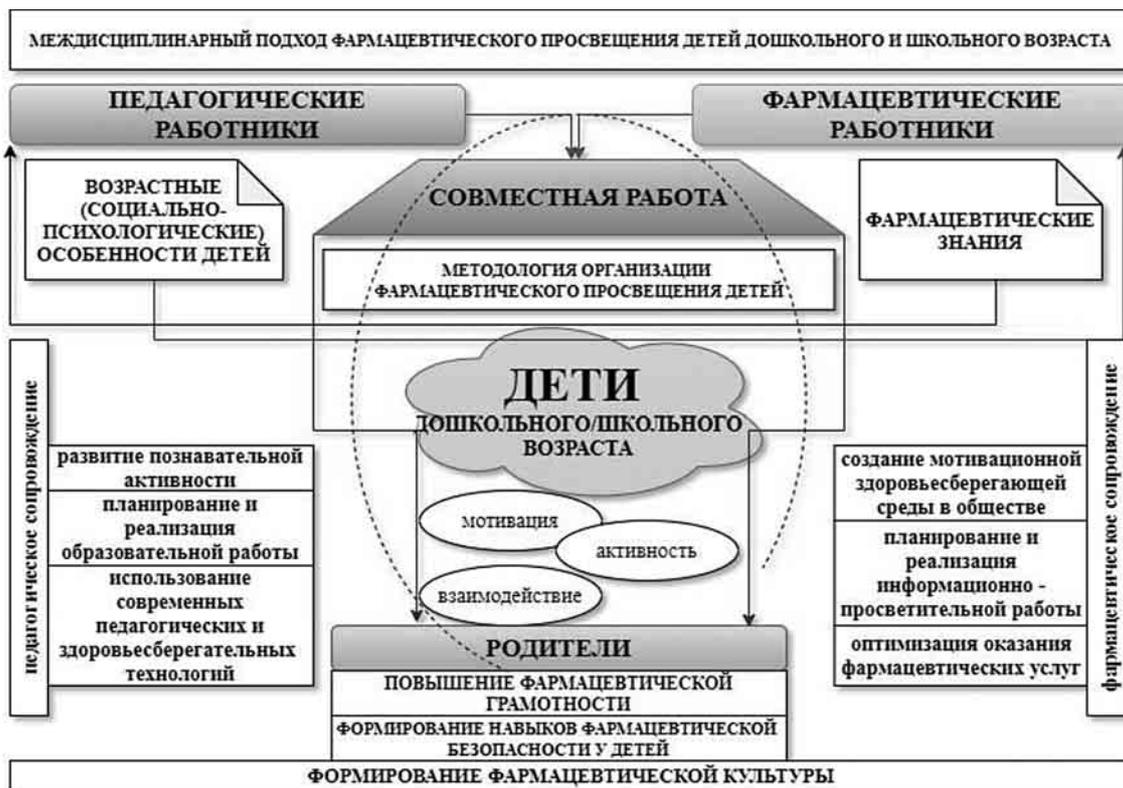


Рис. 2. Структурно-функциональная модель реализации междисциплинарного подхода к фармацевтическому просвещению детей дошкольного и школьного возраста.

ческие проблемы [20—22], но в настоящем исследовании мы будем рассматривать апробацию данного подхода на благо здоровья, поскольку находим эту методологию универсальной для решения смежных задач, возникающих на стыке различных дисциплин.

В нашем случае целесообразно говорить об общецелевых институциональных формах взаимодействия, под которыми следует понимать *все виды* [23] и *формы* [24] коммуникации ребенка с профессионально подготовленными взрослыми людьми для решения задач фармацевтического просвещения несовершеннолетней личности.

При разработке проблемы мы используем дефиницию «фармацевтическое просвещение», под которой понимаем предоставление несовершеннолетним гражданам любых познавательных возможностей с учетом их возрастных (физиологических и психологических) особенностей для выработки правил поведения, привычек и принятия обоснованных решений при обращении ЛП и других ТАА, в том числе в рамках самолечения.

Повышение ФГ детей происходит путем междисциплинарного взаимодействия фармацевтических и педагогических специалистов при участии законных представителей детей (родителей), направленного на содействие в получении достоверных фармацевтических знаний, понимании фармацевтической информации и соблюдении правил безопасного использования ЛП / других ТАА. Концепция междисциплинарного взаимодействия при органи-

зации фармацевтического просвещения отражена в структурно-функциональной модели реализации этого процесса, где объектом дискуссии являются дети дошкольного и школьного возраста (рис. 2).

Как видно из рис. 2, определены роль и функции каждого участника воспитательно-образовательного процесса формирования навыков фармацевтической безопасности. С целью фармацевтического просвещения детей ФР осуществляет информационно-просветительную деятельность не только в АО, но и на площадках других организаций, разрабатывая тематическое содержание образовательных мероприятий для всех участников системы, создает мотивационную здоровьесберегающую среду, оказывает фармацевтическую помощь, включая фармацевтическое просвещение, несовершеннолетним посетителям с учетом возрастных особенностей детей.

Учитывая, что образование детей — процесс специфический, требующий особых знаний и навыков, фармацевтическое просвещение детей целесообразно осуществлять с участием ПР на всех этапах образовательного процесса. Участие ПР включает организацию образовательной работы с детьми и их родителями / законными представителями, с учетом возрастных особенностей детей посредством интеграции различных видов детской деятельности и мер профилактики утомления на основе применения различных педагогических и здоровьесберегающих технологий учебно-воспитательного процесса.

## Здоровье и общество

Разработку методологии организации фармацевтического просвещения детей с учетом возрастных (психологических) особенностей целесообразно осуществлять посредством применения специальных коммуникативных технологий, подразумевающих активный обмен профессиональным мнением фармацевтов и педагогов для поиска оптимальных подходов к организации и формированию содержательного фармацевтического компонента образовательного процесса детей. В связи с этим нами предложена оптимальная форма профессионального взаимодействия, которую мы назвали междисциплинарный практикум «Два специалиста». Общение происходит в формате круглого стола, где специалисты фармацевтического и педагогического профиля имеют возможность обмениваться специфическими знаниями, формировать единый подход к повышению ФГ детей с позиций информационного наполнения образовательных материалов (ФР) и выбора образовательных технологий для достижения максимальной эффективности обучения (ПР).

По мнению ПР, формирование мотивации для развития ФГ целесообразно осуществлять посредством использования различных форм, средств и методов. Так, в результате коллаборации педагогов и фармацевтов нами для каждого возрастного периода разработаны основные модули образовательных мероприятий, их информационное содержание, сформирован дидактический материал по рассматриваемой тематике (плакаты, иллюстрированные брошюры, буклеты), где кратко и схематично изложены основные правила фармацевтической безопасности с учетом потребностей и интересов детской аудитории.

Семья как основной институт социального воспитания играет весомую роль в формировании основ безопасного поведения личности. Данное обстоятельство обуславливает необходимость вовлечения родителей в образовательный процесс детей по вопросам фармацевтического просвещения с позиций связующего звена коммуникативного взаимодействия ребенка посредством различных институциональных форм общения с ним. С целью обеспечения преемственности в познании правил фармацевтической безопасности в детской среде необходимо формировать активную вовлеченность родителей в развитие коммуникации с фармацевтическими и педагогическими специалистами. Системный подход будет способствовать повышению ФГ заинтересованных взрослых и формированию практических навыков в обучении детей правилам фармацевтической (лекарственной) безопасности вне образовательного учреждения.

### Заключение

Формирование фармацевтической безопасности выступает как элемент ФГ, обеспечивающей базовую безопасность личности. Поиск оптимальных решений для развития ФГ с раннего возраста — значимый позитивный предиктор профилактики фармацевтических рисков на протяжении всей жизни

человека. В связи с этим практика междисциплинарного взаимодействия специалистов смежных отраслей с вовлечением значимых для ребенка взрослых (родителей, законных представителей) с целью развития ФГ несовершеннолетней личности — важный шаг в деле охраны здоровья детей и сохранения здоровья населения страны в долгосрочной перспективе.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев А. А. Образовательная система «Школа 2100». Педагогика здравого смысла. М.: Баласс; 2003. 35 с.
2. Горобец Л. Н., Бирюков И. В., Попова Т. П. Функциональная грамотность как основной тренд современного обучения. *Мир науки, культуры, образования*. 2022;(3):84—86. doi: 10.24412/1991-5497-2022-394-84-86
3. Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F. European report on child injury prevention. 2009. Режим доступа: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-europeu-sobre-prevencao-dos-acidentes-nas-criancas-pdf.aspx>
4. Шиваджи Н., Рустамов М., Лим М., Атаева М., Данияров Н. Лекарственные отравления у детей и методы их профилактики. *Журнал гепатогастроэнтерологических исследований*. 2020;3(1):59—62. doi: 10.26739/2181-1008-2020-3-14
5. Москаленко С. В., Моисеев А. М., Гриненко Д. В. Наиболее частые лекарственные отравления у детей. *Здоровье ребенка*. 2007;3(6):85—92.
6. Эфендиев И. Н., Гусейнова Н. А. Острые отравления у детей и возможные пути их профилактики. *Eurasian Journal of Clinical Sciences*. 2018;1(4):8—15. doi: 10.24110/0031-403X-2018-97-5-189-193
7. Курьлёва М. А., Кирицина И. А., Михайлова В. Н. К вопросу о фармацевтическом консультировании несовершеннолетних покупателей в аптечных организациях. *Вестник ПГФА*. 2019;24:29—32.
8. Курьлёва М. А., Кирицина И. А., Солонина А. В. Методологическое обоснование возрастной дифференциации несовершеннолетних покупателей при реализации лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента. *Вопросы обеспечения качества лекарственных средств*. 2021;2(32):23—33. doi: 10.34907/JPQAI.2021.96.87.005
9. Смелов П. А. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб. Росстат. М.; 2021. 171 с.
10. Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю., Концевая А. В., Драпкина О. М. Ответственное самолечение — основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2018;14(1):101—110. doi: 10.20996/1819-6446-2018-14-1-101-110
11. Developing pharmacy practice. A focus on patient care/ Geneva: WHO; 2006. Режим доступа: [https://www.medicines/publications/WHOPAR\\_2006.5.pdf](https://www.medicines/publications/WHOPAR_2006.5.pdf)
12. Всемирная организация здравоохранения. Стратегия ВОЗ в области лекарственных средств. Женева; 2001.
13. Всемирная организация здравоохранения. Содействие рациональному использованию лекарственных средств: ключевые моменты. Перспективы политики ВОЗ в области лекарственных препаратов. Женева; 2002.
14. Всемирная организация здравоохранения. Прогресс в рациональном использовании лекарственных средств WNA60.16. Женева; 2017.
15. Medication Without Harm — Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Режим доступа: [https://eish.eu/wp-content/uploads/2023/03/WHO-MEDICATION-WITHOUT-HARM\\_2017.pdf](https://eish.eu/wp-content/uploads/2023/03/WHO-MEDICATION-WITHOUT-HARM_2017.pdf)
16. Волков Б. С. Психология возраста. От младшего школьника до старости. Логические схемы. М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС; 2013. 511 с.
17. Болотова А. К., Молчанова О. Е. Психология развития и возрастная психология. М.: Издательский дом Высшей школы экономики; 2012. 526 с.
18. Касавин И. Т. Философия познания и идея междисциплинарности. *Эпистемология и философия науки*. 2004;2(2):5—14. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=15581702>

19. Еременко Г. А. Роль агентских отношений в сфере науки и инноваций. *Управление наукой и наукометрия*. 2008;(4):313—28. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-agentstskih-otnosheniy-v-sfere-nauki-i-innovatsiy>
  20. Артамонов А. Д. Институциональные формы государственного регулирования экономики. *Российское предпринимательство*. 2008;5(2):10—4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnye-formy-gosudarstvennogo-regulirovaniya-ekonomiki>
  21. Липов В. В. Институциональная комплементарность как фактор формирования социально-экономических систем. *Journal of institutional studies*. 2012;4(1):25—42.
  22. Гриценко А. А., Липов В. В. Информационные платформы как сетевая институциональная трансформация. *Journal of Institutional Studies*. 2020;12(2):132—48. doi: 10.17835/2076-6297.2020.12.2.132-148. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/informatsionnye-platformy-kak-setevaya-institutsionalnaya-transformatsiya>
  23. Якупов П. В. Коммуникация: определение понятия, виды коммуникации и ее барьеры. *Вестник ГУУ*. 2016;(10):261—6. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikatsiya-opredelenie-ponyatiya-vidy-kommunikatsii-i-ee-barieri>
  24. Соколова Г. Е. Коммуникативные основы педагогического общения. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Педагогика*. 2019;(4):52—8. doi: 10.18384/2310-7219-2019-4-52-58. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnye-osnovy-pedagogicheskogo-obscheniya>
- Поступила 22.05.2023  
Принята в печать -02.11.2023
- #### REFERENCES
1. Leont'ev A. A., ed. Educational system "School 2100". Pedagogy of common sense [Образовательная система «Школа 2100». Педагогика здравого смысла]. Moscow: Balass; 2003. 35 p. (in Russian).
  2. Gorobec L. N., Birjukov I. V., Popova T. P. Functional literacy as the main trend of modern education. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya*. 2022;3(94):84—6. doi: 10.24412/1991-5497-2022-394-84-86 (in Russian).
  3. Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F. European report on child injury prevention. 2009. Available at: [www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-europeu-sobre-prevencao-dos-acidentes-nas-criancas-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-europeu-sobre-prevencao-dos-acidentes-nas-criancas-pdf.aspx)
  4. Shivadshi N., Rustamov M., Lim M., Ataeva M., Danijarov N. Drug poisoning in children and methods of their prevention. *Zhurnal gepatogastrojenterologicheskikh issledovaniy*. 2020;3(1):59—62. doi: 10.26739/2181-1008-2020-3-14 (in Russian).
  5. Moskalenko S. V., Moiseev A. M., Grinenko D. V. The most common drug poisoning in children. *Zdorov'e rebenka*. 2007;3(6):85—92 (in Russian).
  6. Jefendiev I. N., Gusejnova N. A. Acute poisoning in children and possible ways of their prevention. *Eurasian Journal of Clinical Sciences*. 2018;1(4):8—15. doi: 10.24110/0031-403X-2018-97-5-189-193 (in Russian).
  7. Kuryljova M. A., Kirshhina I. A., Mihajlova V. N. On the issue of pharmaceutical counseling of underage buyers in pharmacy organizations. *Vestnik PGFA*. 2019;24:29—32 (in Russian).
  8. Kuryljova M. A., Kirshhina I. A., Soloninina A. V. Methodological substantiation of the age differentiation of underage buyers in the sale of medicines and other pharmacy products. *Voprosy obespecheniya kachestva lekarstvennykh sredstv*. 2021;2(32):23—33. doi: 10.34907/JPQAI.2021.96.87.005 (in Russian).
  9. Smelov P. A. Healthcare in Russia. 2021: Stat. sat. Rosstat. Moscow; 2021. 171 p. (in Russian).
  10. Tolpygina S. N., Marcevic S. Ju., Koncevaja A. V., Drapkina O. M. Responsible self-medication — fundamental principles and place in the modern healthcare system. *Racional'naja farmakoterapija v kardiologii*. 2018;14(1):101—10. doi: 10.20996/1819-6446-2018-14-1-101-110 (in Russian).
  11. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Geneva: WHO; 2006. Available at: [https://www.medicines/publications/WHO-PAR\\_2006.5.pdf](https://www.medicines/publications/WHO-PAR_2006.5.pdf)
  12. World Health Organization. WHO Medicines strategy. Geneva; 2001.
  13. World Health Organization. Promoting the rational use of medicines: key points. WHO drug policy perspectives. Geneva; 2002.
  14. World Health Organization. Progress in the rational use of medicines WHA60.16. Geneva; 2017.
  15. Medication Without Harm — Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Available at: [https://eiqsh.eu/wp-content/uploads/2023/03/WHO-MEDICATION-WITHOUT-HARM\\_2017.pdf](https://eiqsh.eu/wp-content/uploads/2023/03/WHO-MEDICATION-WITHOUT-HARM_2017.pdf)
  16. Volkov B. S. From a junior high school student to old age. Logic circuits [Psikhologiya vozrasta. Ot mladshego shkol'nika do starosti. Logicheskiye skhemy]. Moscow: Gumanitarnyj izd. centr VLADOS; 2013. 511 p. (in Russian).
  17. Bolotova A. K., Molchanova O. E. Developmental psychology and age psychology [Psikhologiya razvitiya i vozrastnaya psikhologiya]. Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics; 2012. 526 p. (in Russian).
  18. Kasavin I. T. The philosophy of cognition and the idea of interdisciplinarity. *Jepistemologija i filosofija nauki*. 2004;2(2):5—14. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=15581702> (in Russian).
  19. Eremenko G. A. The role of agency relations in science and innovation. *Upravlenie naukoj i naukoimetrija*. 2008;(4):313—28. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-agentstskih-otnosheniy-v-sfere-nauki-i-innovatsiy> (in Russian).
  20. Artamonov A. D. Institutional forms of state regulation of the economy. *Rossijskoe predprinimatel'stvo*. 2008;5(2):10—4. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnye-formy-gosudarstvennogo-regulirovaniya-ekonomiki> (in Russian).
  21. Lipov V. V. Institutional complementarity as a factor in the formation of socio-economic systems. *Journal of Institutional Studies*. 2012;4(1):25—42 (in Russian).
  22. Gricenko A. A., Lipov V. V. Information platforms as a network institutional transformation. *Journal of Institutional Studies*. 2020;12(2):132—48. doi: 10.17835/2076-6297.2020.12.2.132-148 Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/informatsionnye-platformy-kak-setevaya-institutsionalnaya-transformatsiya> (in Russian).
  23. Jakupov P. V. Communication: definition of the concept, types of communication and its barriers. *Vestnik GUU*. 2016;(10):261—6. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikatsiya-opredelenie-ponyatiya-vidy-kommunikatsii-i-ee-barieri> (in Russian).
  24. Sokolova G. E. Communicative foundations of pedagogical communication. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Serija: Pedagogika*. 2019;(4):52—8. doi: 10.18384/2310-7219-2019-4-52-58. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnye-osnovy-pedagogicheskogo-obscheniya> (in Russian).

Царев С. А.<sup>1</sup>, Скворцова Е. С.<sup>2</sup>

## АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН РОСТА ВЕЛИЧИНЫ СТОИМОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ НАРКОМАНИИ В РЕГИОНЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОВТОРНОЙ ОЦЕНКИ

<sup>1</sup>ГБУЗ «Самарский областной клинический наркологический диспансер» Минздрава Самарской области, 443085, г. Самара;

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

*В настоящей статье предприняты попытки оценить, какие факторы могли внести существенные изменения в величину и структуру социальной стоимости наркопотребления в регионе, на основе анализа процессов, произошедших в государственной и негосударственной сферах, при сохранившихся основных принципах оценки. Цель — проведение анализа основных причин динамики величины социальной стоимости наркопотребления при проведении повторной оценки.*

*Проведена повторная оценка величины социальной стоимости наркопотребления в Самарской области в 2017—2020 гг. (первая оценка — 2007—2010 гг.). На основе полученных результатов дан анализ основных причин роста ее величины.*

*Вследствие финансовых и структурных изменений в государственных и негосударственных сферах в регионе произошел рост величины социальной стоимости наркопотребления с 18,0 млрд руб. до 25,4 млрд руб. в год. При этом доля этой стоимости в величине валового регионального продукта снизилась с 2,9 до 1,6%. В большей степени в общей структуре расходов изменилась доля социальных последствий наркомании (рост с 17,8 до 26,1%) и расходов потребителей наркотиков (снижение с 69,7 до 62,3%).*

*Рост абсолютных значений финансовых расходов региона на проблемы, связанные с наркопотреблением, обусловленный произошедшими в обществе финансовыми и структурными изменениями, сопровождается снижением доли социальной стоимости наркопотребления в величине валового регионального продукта. Основной причиной динамики ее является существенный рост валового регионального продукта.*

**Ключевые слова:** социальная стоимость наркомании; расходы общества; оценка величины социальной стоимости наркопотребления в динамике.

**Для цитирования:** Царев С. А., Скворцова Е. С. Анализ основных причин роста величины стоимости социальных последствий наркомании в регионе по результатам повторной оценки. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):231—236. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-231-236>

**Для корреспонденции:** Царев Сергей Анатольевич, канд. мед. наук, заместитель главного врача ГБУЗ «Самарский областной клинический наркологический диспансер» Минздрава Самарской области, e-mail: [tsa Sergey@yandex.ru](mailto:tsa Sergey@yandex.ru)

Tsarev S. A.<sup>1</sup>, Scvortsova E. S.<sup>2</sup>

## THE ANALYSIS OF MAIN CAUSES OF INCREASING OF COST OF SOCIAL AFTERMATH OF DRUG ADDICTION IN THE REGION ACCORDING TO RESULTS OF REPEATED EVALUATION

<sup>1</sup>The State Budget Institution “The Samara Oblast Clinical Narcological Dispensary” of Minzdrav of the Samara Oblast, 443085, Samara, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia”, 127254, Moscow, Russia

*The article presents an attempt to evaluate what factors could contribute into significant changes of both amount and structure of social cost of drug consumption in the region. The analysis, based on preserved basic principles of assessment, was applied to processes that occurred in both state and non-state spheres. The purpose of the study was to analyze main causes of dynamics of social cost of drug consumption during re-assessment. Materials and methods. The social cost of drug consumption in the Samara Oblast was re-assessed in 2017–2020 (first assessment was implemented in 2007–2010). The main causes of increasing of social cost of drug consumption were analyzed on the basis of the study results. Results. In Samara Oblast, due to financial and structural changes in state and non-state spheres, occurred increasing of social cost of drug consumption from 18.0 billion to 25.4 billion rubles per year. At that, percentage of social cost of drug consumption in the gross domestic product decreased from 2.9% to 1.6%. In general structure of expenses greatest changes affected percentage of social aftermath of drug addiction (increase from 17.8% to 26.1%) and expenses of drug consumers (decrease from 69.7% to 62.3%).*

*Conclusions. The increase of absolute values of financial expenditures of the Oblast related to drug consumption conditioned by financial and structural changes in society, is accompanied by decreasing of percentage of social cost of drug consumption in value of gross domestic product. The main cause of its dynamics is significant increasing of gross regional product.*

**Keywords:** social cost; drug addiction; expenses of society; assessment; value of social cost of drug consumption; dynamics.

**For citation:** Tsarev S. A., Scvortsova E. S. The analysis of main causes of increasing of cost of social aftermath of drug addiction in the region according to results of repeated evaluation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):231—236 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-231-236>

**For correspondence:** Tsarev S. A., candidate of medical sciences, the Deputy of the Chief Physician of the State Budget Institution “The Samara Oblast Clinical Narcological Dispensary” of Minzdrav of the Samara Oblast. e-mail: [tsa Sergey@yandex.ru](mailto:tsa Sergey@yandex.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

## Введение

Стоимость социальных последствий потребления наркотиков широко изучается во многих странах. При этом оценки величины подобных последствий носят, как правило, моментный<sup>1</sup> характер. При этом в обзорах авторы проводят сравнение результатов оценок на различных территориях (регионы страны, государства) [1, 2]. Достаточно редко встречаются примеры проведения повторной оценки величины социальной стоимости наркомании (ССН) на одной и той же территории с использованием ранее использованных подходов [3]. В этом плане Россия либо ее регион, как полигон повторной оценки, интересны, поскольку являются динамичной с точки зрения происходящих в модели: «наркопотребление—наркополитика» изменений в достаточно короткие временные отрезки территории.

В 2012 г. в Самарской области была проведена оценка величины и структуры ССН в период с 2007 по 2010 г. В соответствии с данной оценкой доля финансового бремени общества от потребления наркотиков в регионе составляла в среднем 2,9% валового регионального продукта (ВРП). В абсолютных величинах размер социальной стоимости составлял в среднем 18,0 млрд руб. [4].

Целью настоящего исследования стало проведение анализа основных причин изменения величины ССН в регионе при проведении повторной оценки.

## Материалы и методы

Исследование является описательным. Используются статистический и аналитический методы. Расчет величины ССН в Самарской области в 2017—2020 гг. произведен с использованием подходов, которые применялись для проведения оценки в период 2007—2010 гг. [4]. Для сравнения полученных результатов использовали средние значения расходов (*M*), рассчитанные в двух временных диапазонах: 2007—2010 гг. (оценка 1) и 2017—2020 гг. (оценка 2).

## Результаты исследования

Причины изменения величины ССН (в абсолютных и относительных величинах) могут быть различными.

Все предпосылки к изменению величины ССН условно можно разделить на финансовые и структурные (не финансовые). Финансовые изменения, влияющие на величину ССН, могут быть обусловлены изменением финансирования каких-либо структур (чаще в государственной сфере) или принципов оплаты услуг и ростом финансовых расходов на приобретение наркотиков и прекурсоров, который может быть следствием изменения их доступности.

Значительно больший интерес представляет анализ не сугубо экономических факторов, связанных в первую очередь с инфляционными процессами, а иных причин, в основе которых могут лежать как изменения в числе различных индикаторов, от которых зависит формирование расходов (общее число наркопотребителей; число больных, прошедших курс лечения и реабилитации от наркомании; число преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков — НОН; число лиц, отбывающих наказание за преступления в сфере НОН; другие показатели), так и изменения структуры государственных органов, связанных с НОН, приводящих к изменениям финансовых потоков и в итоге к изменению величины ССН.

Структурные изменения, лежащие в основе динамики величины ССН, также могут быть разделены по уровням на федеральные (изменение самих государственных структур, их ликвидация или преобразование, изменения законодательства) и региональные или муниципальные (изменения целого ряда индикаторов: числа потребителей наркотиков, структуры потребляемых наркотиков, числа отбывающих наказание в системе Федеральной службы исполнения наказаний и т. д.).

Для понимания механизмов, приводящих к изменению величины и структуры ССН, необходимо отметить значимые процессы и события, произошедшие с момента последней оценки, которые потенциально могли бы к данной динамике привести.

Основными событиями, произошедшими в период с 2010 г. (окончание оценки 1) до 2017 г. (начало оценки 2) на федеральном и региональном уровнях, были:

1. Упразднение Федеральной службы по контролю за незаконным оборотом наркотических веществ России (ФСКН), передача ее функции и полномочий в систему Министерства внутренних дел Российской Федерации с июня 2016 г., образование объединенного Главного управления по контролю за оборотом наркотиков МВД России (ГУНК МВД) [5]. Ликвидационная комиссия ФСКН России работала до 1 июля 2018 г.

2. Федеральным законом от 25.11.2013 № 313-ФЗ в КоАП введена ст. 6.9.1: Уклонение от прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения от наркомании и(или) медицинской и(или) социальной реабилитации в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ [6].

3. В период 2014—2015 гг. в Самарской области, в Министерстве здравоохранения региона, изменен порядок финансирования медицинских услуг, оказываемых пациентам, потребляющим наркотики, наркологическими диспансерами региона: от финансирования стационарных услуг по лечению и реабилитации по факту проведенных больными койко-дней к финансированию за случай госпитализации.

<sup>1</sup> Моментные показатели характеризуют изучаемые социально-экономические процессы и явления по состоянию на определенную дату, начало или конец месяца, года, т. е. на определенный момент времени. К таким показателям относятся численность населения, стоимость основных фондов, дебиторская задолженность и др.

Прогноз изменения величины ССН в Самарской области при повторной оценке

Наименование блоков/показателей ССН	Основной индикатор	Факторы, оказывающие влияние на динамику во времени	Предпосылки в регионе к изменению величины ССН
<b>Социальная стоимость в государственной сфере</b>			
<i>Стоимость социальных последствий</i>			
Стоимость социальных последствий в демографической сфере	Число лиц, умерших от потребления наркотиков	Общее число ПН, структура наркотиков, доступность и своевременность экстренной медпомощи ПН, величина ВРП	Рост величины ВРП
Стоимость социальных последствий в производственной сфере	Доля потребителей наркотиков, занятых в производстве ВРП	Общее число ПН, структура наркотиков, уровень доступности занятости для ПН, величина ВРП	Рост величины ВРП
<i>Расходы на здравоохранение</i>			
Расходы на лечение и реабилитацию ПН	Число лиц, прошедших лечение (реабилитацию), длительность лечения (реабилитации)	Общее число ПН, активность побуждающих мер, доступность и привлекательность медпомощи	Изменение системы оплаты случаев лечения и реабилитации
Расходы на профилактические программы в здравоохранении	Количество лиц, проходящих раннюю диагностику, направленных на социальную реабилитацию	Увеличение расходов региона на другие программы, связанные со здравоохранением (COVID-19)	Принятие региональной программы профилактики, отсутствие финансирования федеральными программами
<i>Расходы на функционирование государственных органов, связанных с незаконным оборотом наркотических средств на территории региона</i>			
Расходы на правоохранительные органы	Количество преступлений, в том числе в сфере НОН	Изменение структуры органов, работающих в сфере НОН; динамика наркоситуации	Упразднение ФСКН, передача полномочий ГУНК МВД, снижение зарегистрированных преступлений в сфере НОН
<i>Расходы на функционирование Федеральной службы исполнения наказаний и судебной системы на территории региона</i>			
Расходы на обеспечение деятельности службы в отношении осужденных по статьям, связанным с НОН	Количество лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы региона, осужденных по статьям, связанным с НОН	Динамика количества уголовных преступлений, совершаемых в сфере НОН	Снижение числа лиц, приговоренных судами к отбыванию наказания в виде лишения свободы по ст. 228
Расходы на обеспечение работы судов	Количество лиц, в отношении которых возбуждены уголовные и административные дела, связанные с НОН и потреблением наркотиков	Динамика количества всех преступлений и правонарушений (уголовных, административных), совершаемых в сфере оборота наркотиков	Рост числа рассматриваемых судебных решений за счет роста числа административных дел по ст. 6.9
<b>Социальная стоимость в негосударственной сфере</b>			
Расходы ПН и лиц, их окружающих, на приобретение наркотиков, прекурсоров	Число ПН с учетом латентной составляющей	Изменение наркосцены, изменение структуры потребляемых наркотиков	Активизация производства на территории региона синтетических наркотических веществ

Примечание. ПН — потребители наркотиков.

4. С середины 2010-х годов в стране и в регионе меняется схема распространения наркотических веществ: от традиционного сбыта этническими диаспорами или организованными преступными группами до распространения наркотических веществ преимущественно с использованием сети Интернет [7, 8].

5. Наряду с изменением схемы распространения меняется структура потребляемых наркотических веществ: снижается доля потребляемых опиатов растительного происхождения, растет доля потребления синтетических психостимуляторов [9, 10].

6. Принятие Правительством Самарской области Государственной программы Самарской области «Противодействие незаконному обороту наркотиков, профилактика наркомании, лечение и реабилитация наркозависимой части населения в Самарской области» на 2014—2024 гг., утвержденной постановлением Правительства Самарской области от 29.11.2013 № 710 [11].

В табл. 1 приведен прогноз изменения величины ССН в регионе, ранее проводившем оценку величины ССН, базирующийся на структурных, не финансовых изменениях количественных и качественных индикаторов, лежащих в основе расчета ССН.

При сохранении структуры оценки величины ССН, использованной в период 2007—2010 г., можно сделать предположения о следующих изменениях в различных блоках.

#### 1. Блок социальных последствий наркомании

При расчете расходов в данной сфере достаточно важной является величина производимого ВРП<sup>2</sup>. Экономические потери в данном блоке обусловлены недополучением ВРП вследствие смерти занятых в производстве ВРП потребителей наркотиков, а также снижении производительности труда из-за потребления наркотиков. При условии использования в различные годы одного коэффициента занятости в производстве потребителя наркотиков и одного коэффициента снижения производительности труда [12] динамика величины потерь в производственной и демографических сферах (составные части блока социальных последствий наркомании) будет обусловлена изменением числа лиц, умерших от острых отравлений наркотиками, а также ростом

<sup>2</sup>Использованы данные Федеральной службы государственной статистики РФ.

величины ВРП на одного производящего данный продукт жителя региона.

## *2. Блок расходов на здравоохранение.*

В данной блоке учитываются расходы системы здравоохранения на лечение и реабилитацию наркозависимых потребителей наркотиков, оказание скорой неотложной помощи потребителям наркотиков, а также расходы на лечение сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекции), вызванных потреблением наркотиков ([https://tochno.st/problems/hiv/regions/samarskaya\\_oblast](https://tochno.st/problems/hiv/regions/samarskaya_oblast)). Таким образом, динамика экономических потерь в данном блоке будет зависеть от степени изменения числа лиц, поступивших на лечение и реабилитацию, а также от роста тарифов на данную медицинскую услугу. Также причиной изменения величины экономических расходов на лечение и реабилитацию может быть изменение принципов оплаты медицинской услуги, например переход от оплаты за проведенный койко-день к оплате за законченный случай лечения, как это произошло в Самарской области. В результате изменения принципа оплаты расходы на стационарное лечение и реабилитацию выросли с 28,6 млн руб. в год в период 2007—2010 гг. до 53,0 млн руб. в год в период с 2017 по 2020 г. При этом расходы на оказание скорой помощи потребителям наркотиков снизились с 6,5 млн руб. в год (2007—2010) до 1,6 млн за счет снижения числа подобных случаев оказания помощи бригадами скорой медицинской помощи.

## *3. Блок расходов на финансирование профилактических программ.*

Как правило, финансирование профилактических программ различного уровня утверждается соответствующими нормативно-правовыми актами и редко подвергается корректировке. Однако происходившее в период 2019—2021 гг. перераспределение финансирования профилактических программ в здравоохранении региона вследствие пандемии COVID-19 привело к снижению утвержденного ранее финансирования программ профилактики потребления наркотических веществ. Расходы профилактических программ, финансируемых из федерального бюджета, в Самарской области в 2007—2010 гг. в среднем составляли 64,9 млн руб. в год. В период с 2017 по 2020 г. финансирование профилактических программ из регионального бюджета (единственный источник финансирования профилактических программ в данном периоде) в среднем составляло 22,7 млн руб. [11].

## *4. Блок расходов на функционирование правоохранительных органов.*

Показателями, определяющими величину экономических потерь в данном блоке, являются расходы на содержание органов и структур, в чьи обязанности входит пресечение незаконного оборота наркотических средств, а также доля совершаемых преступлений в сфере незаконного оборота наркотиче-

ских средств в общем количестве совершаемых преступлений. Рост абсолютных значений выделяемых на федеральном уровне государством средств на финансирование данных органов и структур ожидаемо должен привести к росту расходов в данном блоке. Так, в период с 2007 по 2010 г. расходы федерального бюджета на обеспечение деятельности правоохранительных органов выросли с 192,9 млрд руб. до 308,2 млрд руб. [13, 14]. В период 2017—2020 гг. этот рост составил от 591,4 млрд руб. до 652,4 млрд руб. [15, 16]. Уменьшение количества преступлений в сфере НОН в 2017—2020 гг. по сравнению с первоначальной оценкой, по мнению специалистов, может быть связано как с ликвидацией ФСКН как структуры, так и с изменением способов продажи наркотических веществ. Среднее количество преступлений в сфере НОН в 2007—2010 гг. составило 9022 в год (доля от общего количества совершенных преступлений в регионе — 10,8%), в 2017—2020 гг. — 4098 (9,5%).

## *5. Блок расходов на функционирование системы исполнения наказаний.*

Расходы в данном блоке обусловлены необходимостью финансирования системы исполнения наказаний в отношении пребывающих в местах лишения свободы лиц, осужденных по уголовным статьям, связанным с НОН. При росте общего федерального финансирования пенитенциарной системы России: 93,5—149,1 млрд руб. в 2007—2010 гг.; 179,0—205,0 млрд руб. в 2017—2020 гг. [13—16] — следует ожидать роста расходов общества в данном блоке даже на фоне снижения числа лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы по статьям, связанным с НОН, в Самарской области. Число таких лиц снизилось с 19 722 в 2007 г. до 3935 в 2020 г.

## *6. Блок расходов на функционирование судебной системы.*

Основными показателями в данном блоке экономических расходов будут: величина средств федерального бюджета, выделяемого на деятельность судебной системы региона, и количество судебных дел, рассмотренных в отношении лиц, участвующих в незаконном обороте наркотиков. Ожидаемый рост расходов федерального бюджета и количества рассматриваемых дел (уголовных и административных) создают предпосылки для роста расходов в данном блоке. Средние расходы федерального бюджета на обеспечение работы судей в РФ выросли в среднем с 40,8 млрд руб. в год (в 2007—2010 гг.) до 161,9 млрд руб. в год (в 2017—2020 гг.) [13—16]. При этом количество рассматриваемых дел выросло в среднем с 4765 (в 2007—2010 гг.) до 8587 дел в год (в 2017—2020 гг.) из-за роста количества рассматриваемых судами административных дел.

## *7. Блок расходов потребителей наркотиков.*

Основными предпосылками изменения стоимости социальных последствий наркопотребления в

Среднегодовые величины ССН в Самарской области по результатам двух оценок

Показатель	Первая оценка (2007—2010)		Вторая оценка (2017—2020)	
	стоимость, тыс. руб.*	доля ССН, %	стоимость, тыс. руб.*	доля ССН, %
Расходы на содержание правоохранительных органов	980 273,8	5,4	1 243 953,8	4,8
Расходы на содержание судебной системы	17 104,2	0,1	62 096,7	0,2
Расходы на содержание системы исполнения наказаний	866 490,0	4,8	1 256 310,5	4,9
Расходы на профилактические программы	64 905,0	0,4	22 726,5	0,1
Расходы потребителей наркотиков	12 578 191,4	69,7	16 019 253,2	62,3
Расходы на здравоохранение	314 187,0	1,7	394 602,2	1,5
Социальные последствия наркомании	3 214 207,6	17,8	6 712 898,5	26,1
Итого ССН	18 035 358,9	100,0	25 711 841,3	100,0
Величина ВРП, руб.	620 565 800,2		1 590 923 430,1	
ССН/ВРП	2,9%		1,6%	

Пр и м е ч а н и е. \*Использованы средние значения (M), взятые за четырехлетний период.

данном блоке являются изменение оценочного числа наркопотребителей и изменение стоимости потребления, которая может быть следствием изменения наркосцены и вполне ожидаемого роста стоимости наркотических веществ на нелегальном рынке. Как и большинству регионов РФ, в Самарской области с середины 2010-х годов отмечается увеличение потребления синтетических психостимуляторов при снижении потребления опиатов (за исключением синтетического опиоида метадона). При сопоставимой стоимости одной инъекции динамика величины ССН в данном блоке в итоге будет зависеть от частоты потребления и динамики численности наркопотребителей. Среднее оценочное число наркопотребителей в 2007—2010 гг. составляло 51 986 человек [17]. Данный показатель в период 2017—2020 гг. составил 40 345 человек [18]. В рамках ежегодного мониторинга наркоситуации в регионе проводится не только оценка численности наркопотребителей, но и анализ динамики стоимости наркотических веществ [18]. Произошедший рост стоимости наркотических веществ и увеличение доли потребителей синтетических психостимуляторов, характерный практически для всех регионов России, произошел на фоне снижения в Самарской области оценочного числа потребителей наркотиков, что создает предпосылки для незначительной динамики данного показателя в абсолютных величинах.

В результате проведенной оценки были получены значения величины ССН в 2017—2020 гг., сравнение средних значений экономических потерь представлено в табл. 2.

Таким образом, полученные данные подтверждают прогнозируемый рост величины ССН в регионе, по данным повторной оценки, проведенной через 10 лет. Среднегодовая величина экономических потерь вследствие потребления наркотических веществ в Самарской области выросла с 18,0 (в 2007—2010 гг.) до 25,5 млрд руб. в год (в 2017—2020 гг.). При этом доля ССН в ВРП снизилась с 2,9 до 1,6%, что связано в основном с существенным ростом (на 156,4%) величины ВРП. По этой же причине отмечается рост доли социальных последствий наркомании в величине ССН, поскольку при расчете эконо-

мических потерь в производственной сфере фигурирует величина ВРП как основа оценки недополученного ВРП у лиц трудоспособного возраста, потребляющих наркотические вещества.

### Заключение

Финансовыми предпосылками к росту величины ССН в регионе стали рост величины ВРП, рост расходов федерального бюджета на осуществление деятельности ряда федеральных структур (Управления по контролю за оборотом наркотиков МВД, Федеральной службы исполнения наказаний, судебной системы). При этом доля ССН в ВРП снизилась из-за существенного роста ВРП.

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

### ЛИТЕРАТУРА

- Иванец Н. Н., Куклин А. А., Кошкина Е. А. Социальная стоимость наркомании в Уральском федеральном округе. Москва — Екатеринбург: Институт экономики УрФО РАН; 2005. 128 с.
- Barrio P, Reynolds J, García-Altés A., Gual A., Anderson P. Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2017 Sep; 36(5):578—88. doi: 10.1111/dar.12504. Epub 2017 Mar 23.
- Reinhart M., Scarpati L. M., Kirson N. Y., Patton C., Shak N., Er-ensen J. G. The Economic Burden of Abuse of Prescription Opioids: A Systematic Literature Review from 2012 to 2017. *Appl. Health Econ. Health Policy.* 2018 Oct;16(5):609—32. doi: 10.1007/s40258-018-0402-x
- Царев С. А. Динамика структуры и величины социальной стоимости наркомании в Самарской области в 2007—2010 г. *Вопросы наркологии.* 2012;(3):48—62.
- Указ Президента РФ от 05.04.2016 № 156 (ред. от 15.05.2018) «О совершенствовании государственного управления в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и в сфере миграции». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/40681>
- Федеральный закон от 25.11.2013 № 313-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/40681>
- Умаров М. Р., Нечаева Е. В. Незаконный оборот наркотиков в интернете. В сб.: Уголовно-правовая превенция в сфере оборота наркотических средств или психотропных веществ, алкогольной и спиртосодержащей продукции (региональный аспект). Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. Чебоксары; 2015. С. 349—53.
- Тепляшин П. В. Состояние наркопреступности в Российской Федерации: основные криминологические показатели и тенденции. *Lex Russica (Русский закон).* 2017;10(131):147—57.

9. Каклюгин Н. В. «Синтетическая» Россия: прогрессирующее самоубийство наркотизирующейся молодежи. Проблемы и перспективы. *Медицина*. 2014;4(8):1—27.
10. Позднякова М. Е., Брюно В. В. Изучение наркоситуации в России и за рубежом: сравнительный анализ. *Россия реформирующаяся*. 2019;17:202—49.
11. Постановление правительства Самарской области от 29.11.2013 № 710. Об утверждении государственной программы Самарской области «Противодействие незаконному обороту наркотиков, профилактика наркомании, лечение и реабилитация наркозависимой части населения в Самарской области» на 2014—2025 годы. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/464008930?ysclid=lj2lp3rdc5266822474> (дата обращения 19.06.2023).
12. Илюк Р. Д., Крупицкий Е. М., Торбан М. Н., Козлов А. П., Блиникова К. Н., Хаймер Р., Грин Т., Грау Л. Изучение особенностей передозировок у потребителей инъекционных опиоидных наркотиков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2010;110(5—2):33—43.
13. Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2007 год» от 19.12.2006 № 238-ФЗ. *Гарант*. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12151095/?ysclid=lj2ltb86ss183326544> (дата обращения 19.06.2023).
14. Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» от 24.07.2007 № 198-ФЗ. *Гарант*. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12154886/?ysclid=lj2lydc2ya727024130> (дата обращения 19.06.2023).
15. Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от 19.12.2016 № 415-ФЗ. *Гарант*. Режим доступа: <https://base.garant.ru/71570266/?ysclid=lj2m1l871z197993370> (дата обращения 19.06.2023).
16. Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» от 02.12.2019 № 380-ФЗ. *Гарант*. Режим доступа: <https://base.garant.ru/73098374/?ysclid=lj2m4tprxc959612326> (дата обращения 19.06.2023).
17. Царев С. А., Корякин С. А. Оценка численности потребителей инъекционных наркотиков в самарской области в 2008 году методом множительных коэффициентов. *Вопросы наркологии*. 2009;(4):74—80.
18. Официальный сайт Антинаркотической комиссии Самарской области. Данные мониторинга наркоситуации Самарской области в период с 2017 по 2020 годы. Режим доступа: <https://netnarkoticam.samregion.ru/category/monitoring-narkosituaczi> (дата обращения 29.03.2023).
5. Decree of the President of the Russian Federation of 05.04.2016 N 156 (ed. 15.05.2018) “On improving public administration in the field of control over the circulation of narcotic drugs, psychotropic substances and their precursors and in the field of migration”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/40681>
6. Federal Law of 25.11.2013 N 313-FZ (as amended by 03.07.2016) “On Amendments to Certain Legislative Acts of the Russian Federation”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/40681>
7. Umarov M. R., Nechaeva E. V. Drug trafficking on the Internet. In: Criminal law prevention in the field of trafficking in narcotic drugs or psychotropic substances, alcoholic and alcohol-containing products (regional aspect). Collection of materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference [Ugolovno-pravovaya preventsiya v sfere oborota narkoticheskikh sredstv ili psikhotropnykh veshchestv, alkogol'noy i spirtosoderzhashchey produktsii (regional'nyy aspekt)]. *Sbornik materialov Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. Cheboksary; 2015. P. 349—53 (in Russian).
8. Teplyashin P. V. State of drug crime in the Russian Federation: main criminological indicators and trends. *Russkiy zakon = Lex Russica*. 2017;10(131):147—57 (in Russian).
9. Kaklyugin N. V. “Synthetic” Russia: progressive suicide of narcotic youth. Challenges and perspectives. *Meditina = Medicine*. 2014;4(8):1—27 (in Russian).
10. Pozdnyakova M. E., Bruno V. V. Study of the drug situation in Russia and abroad: comparative analysis. *Rossia reformiruyuchayasya*. 2019;17:202—49 (in Russian).
11. Decree of the Government of the Samara Region of November 29, 2013 N 710. On the approval of the state program of the Samara region “Countering drug trafficking, drug addiction prevention, treatment and rehabilitation of the drug-dependent part of the population in the Samara region” for 2014—2025. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/464008930?ysclid=lj2lp3rdc5266822474> (accessed 19.06.2023).
12. Iliuk R. D., Krupitskiy E. M., Torban M. N., Kozlov A. P., Blinnikova K. N., Khaïmer R., Grin T., Grau L. The study of characteristics of overdose among users of opioid drug injections. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova = S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2010;110(5-2):33-43. (In Russ.)
13. Federal Law “On the Federal Budget for 2007” of 19.12.2006 N 238-FZ. *Garant*. Available at: <https://base.garant.ru/12151095/?ysclid=lj2ltb86ss183326544> (accessed 19.06.2023).
14. Federal Law “On the Federal Budget for 2008 and for the Planning Period 2009 and 2010” from 24.07.2007 N 198-FZ. *Garant*. Available at: <https://base.garant.ru/12154886/?ysclid=lj2lydc2ya727024130> (accessed 19.06.2023).
15. Federal Law “On the Federal Budget for 2017 and for the Planning Period 2018 and 2019” dated 19.12.2016 N 415-FZ. *Garant*. Available at: <https://base.garant.ru/71570266/?ysclid=lj2m1l871z197993370> (accessed 19.06.2023).
16. Federal Law “On the Federal Budget for 2020 and for the Planning Period of 2021 and 2022” dated 02.12.2019 N 380-FZ. *Garant*. Available at: <https://base.garant.ru/73098374/?ysclid=lj2m4tprxc959612326> (accessed 19.06.2023).
17. Tsarev S. A., Koryakin S. A. Estimating the number of injecting drug users in the Samara region in 2008 by multiplying coefficients. *Voprosy narkologii = Issues of narcology*. 2009;(4):74—80 (in Russian).
18. The official website of the Anti-Drug Commission of the Samara Region. Data on monitoring the drug situation of the Samara region in the period from 2017 to 2020. Available at: <https://netnarkoticam.samregion.ru/category/monitoring-narkosituaczi> (accessed 29.03.2023).

Поступила 09.06.2023  
Принята в печать 02.11.2023

#### REFERENCES

1. Ivanec N. N., Kuklin A. A., Koshkina E. A. Social cost of drug addiction in the Ural Federal District. Moscow — Yekaterinburg: Institute of Economics of the Ural Federal District of the Russian Academy of Sciences; 2005. 128 p. (in Russian).
2. Barrio P., Reynolds J., García-Altés A., Gual A., Anderson P. Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2017 Sep; 36(5):578—88. doi: 10.1111/dar.12504. Epub 2017 Mar 23.
3. Reinhart M., Scarpati L. M., Kirson N. Y., Patton C., Shak N., Ernsen J. G. The Economic Burden of Abuse of Prescription Opioids: A Systematic Literature Review from 2012 to 2017. *Appl. Health Econ. Health Policy*. 2018 Oct;16(5):609—32. doi: 10.1007/s40258-018-0402-x
4. Tsarev S. A. Dynamics of the structure and value of the social cost of drug addiction in the Samara region in 2007—2010. *Voprosy narkologii = Issues of Narcology*. 2012;(3):48—62 (in Russian).

**Claudio Acuña<sup>1</sup>, Patricia Chenlo<sup>1</sup>, Julia Ariagno<sup>1</sup>, Susana Curi<sup>1</sup>, Herberto Repetto<sup>1</sup>, Lucas Salinas<sup>2</sup>, Mariano Cohen<sup>2</sup>, Gabriela Mendeluk<sup>1</sup>**

## THE SOCIOLOGICAL APPROACH TO VASECTOMIZED PATIENT TRAJECTORIES AT THE BUENOS AIRES UNIVERSITY CLINICAL HOSPITAL “JOSÉ DE SAN MARTÍN”

<sup>1</sup>The Laboratory of Male Fertility, the Buenos Aires University Clinical Hospital “José de San Martín”, INFIBIOC, the Faculty of Pharmacy and Biochemistry, the University of Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina;

<sup>2</sup>The Urology Division, the Buenos Aires University Clinical Hospital “José de San Martín”, the Faculty of Medicine, the University of Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

*According to the Argentinian Ministry of Health records the number of patients requesting vasectomy increased twelve times in public hospitals in 2015–2019. The physicians and specialists account for this change in recent years, arguing, among other reasons, cultural change when male assumes active position in contraceptive methods. The article addresses vasectomized patient trajectory at the Buenos Aires University Clinical Hospital “José de San Martín”. The purpose of the study was to define from sociological point of view if we are actually witnessing cultural change. While considering last ten years (2012–2022), through diachronic analysis of patient demand at the Male Fertility Laboratory (n=1136) it was found that although main motivation is fertility, minority (6%) consulting to confirm absence of sperm in the ejaculate following vasectomy increased significantly in 2022 (Pearson's chi-squared test  $p < 0.0001$ ). After qualitative/quantitative interviews of former patient group (n=36) two sub-populations were distinguished: childless (42%; Median age: 30 years old; range: 24–35) and those having a family (58%; Median age: 39 years old; range: 35–54). Most of them had University degree (67%) and learned about this anti-contraceptive method by the Internet. It is remarkable that 94% of them were not aware of the the Argentinian Law № 236139 of 2006 that grants their right to vasectomy. Among all patients randomly interviewed in 2022 (n=200) condom anti-contraceptive method was the best known (67%). The conclusion was made that in the meantime developed New Trend that comprises high educational level segment of population of Argentina that in the future can become the germ of Cultural Change encompassing the whole society.*

*Key words:* sociology; public health; reproductive health; vasectomy; cultural change.

**For citation:** Claudio Acuña, Patricia Chenlo, Julia Ariagno, Susana Curi, Herberto Repetto, Lucas Salinas, Mariano Cohen, Gabriela Mendeluk. The sociological approach to vasectomized patient trajectories at the Buenos Aires University Clinical Hospital “José de San Martín”. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2024;32(2):237–239 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-237-239>

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 29.08.2023

Accepted 02.11.2023

## Introduction

Vasectomy is a contraceptive method that is performed through a surgical procedure on the vas deferens, which transports sperm, and is used as a method of contraception. The success rate for vasectomy is high, 99.7%, with typically low complication rates ranging between 1% to 2% [1]. The British Andrology Society guidelines for the assessment of post vasectomy semen samples recommend that initial assessment should be undertaken 16 weeks post vasectomy and after the patient has produced at least 24 ejaculates. If no sperm are observed in the freshly produced seminal fluid specimen by direct microscopy, the sample should be centrifuged and the pellet examined to assess the presence of motile and non-motile spermatozoa. At least two consecutive semen samples sperm free ejaculates should be examined before clinicians should act [2]. Similar guidelines were approved in Spain [3].

According to Argentinian Ministry of Health records the number of patients requesting vasectomy increased twelve times in public hospitals, between 2015 and 2019 [4]. A vast number of Argentinian newspaper articles reported physicians and specialist's opinions regarding an increase in patient's vasectomy request in the last years [5, 6]. It occurs in the frame of the gender issue up for debate in the public sphere in recent years. More precisely, demands for parity and equal women rights

supported by a large part of the population. The discussion is focused around the relationship between genders. The masculinity and family models are questioned. These new emergences should be understood as social processes, as ongoing transformations that are developing with greater or lesser intensity within our society [7–10].

In this context, we wonder if we are facing a *Cultural Change* or actually witnessing a *New Trend*. The term *Culture* has different meanings, from an anthropological point of view it reflects and summarizes the ways of doing, feeling, thinking of a human community. This global conception is established in opposition to that of *nature*, therefore, Culture is everything that is acquired and transmitted as opposed to innate [11].

In sociological terms, Culture defines a society, its habits, behavior and values; it is acquired, revealed and transmitted knowledge. Every human group shares a culture, throughout life it develops different types of *Capitals*, that means technical practices and conduct rules that constitute a representation of the world. On the other hand, a *New Trend* is referred to part of the society formed by people from a similar age, sharing social cultural characteristics, common behaviors and practices. In time A *New Trend* can become the seed of a *Cultural Change* that encompasses the whole society. However, a **Cultural Change** is more than a *New Trend* because it crosses to a greater or lesser extent all social sectors.

Our aim is to define the current situation in vasectomy practice from a sociological point of view. Then the following objectives were proposed: a) to confirm that vasectomy demand increased among our patients in the last ten years, b) to survey vasectomized patients recording their age and sociocultural characteristics and c) find out to what extent all our patients are aware of the existing contraceptive methods.

**Patients and Methods**

The research design is exploratory, descriptive and explanatory. Firstly, a diachronic analysis of patient’s demands was performed between 2012—2022 at the Buenos Aires University Clinical Hospital “José de San Martín” Male Fertility Laboratory ( $n=1136$ ). Then qualitative/quantitative interviews were done to patients requesting vasectomy in 2022 ( $n=36$ ) [12]

Age, paternity, cultural level, awareness of contraceptive methods and scope of Argentinian Law 26.130 [13, 14] were recorded. The last two items were also explored through a randomized, qualitative survey with an open-ended question in the general population of patients that consulted the Buenos Aires University Clinical Hospital “José de San Martín” Male Fertility Laboratory during 2022 ( $n=200$ ).

*Statistical Analysis.* Chi-square test was employed to compare quality variables and Wilcoxon-Mann-Whitney for quantitative no parametric variables;  $p$  value <0.05.

**Results**

A diachronic analysis is a longitudinal interpretation that senses changes within a period [15].

The reference period established was 2012—2022. We decided to consider five years intervals within the former one, then the chosen years were 2012, 2017 and 2022. Table 1 shows our results.

The main demand was primary or secondary infertility in the different measurements done, that remained without changes as the other consultations reasons like varicocele. However, other type of requirement is now appearing, that of the vasectomized patients, who need to confirm the absence of sperm in the ejaculate. Although it is a small group (6% in 2022), it represents a significant minority compared to previous years when it was almost nil ( $p<0.0001$ ).

Among the vasectomized patient two populations could be distinguished, the childless and those having a family. Their age range is shown in table 2.

Table 1

**Diachronic analysis of patient’s demands at the Buenos Aires University Clinical Hospital “José de San Martín” Male Fertility Laboratory**

Year (Patients)	Primary/Secondary Infertility	Varicocele	Vasectomy	Others
2012 ( $n=399$ )	92%	7%	0	1%
2017 ( $n=322$ )	90%	7%	1%	2%
2022 ( $n=415$ )	84%	8%	6%*	2%

\* Pearson's Chi-square  $p<0.0001$

Table 2

**Range age and paternity in vasectomized patients**

$n=36$	Patients with children	Childless patients
Median (year)	39	30*
Age Range (years)	35—54	24—35
Percentage	58%	42%

\* Wilcoxon-Mann-Whitney test,  $p<0.0001$

When analyzing the educational level reached by the interviewed patients, we found that 67% had a partial or complete university level; no difference was found in the educational level while analyzing both groups (Pearson's Chi-square  $p>0.05$ ). Most of them learned about vasectomy as an anticontraceptive method through the internet (84%). It is remarkable that 94% of the interviewees was not aware of the sanctioned Law 236139 that grants their rights to freely and voluntary access to the mentioned surgery.

In order to respond to our third goal and reveal patient’s consciousness of the anticonceptive methods and the scope of the law the survey results shows that, the condom prevails as the most known method (68%) and vasectomy is recognized in a lower percentage together with the condom (26%).

**Discussion**

The Argentinian Law No. 26.130 was enacted in 2006. It refers to surgical contraception interventions and establishes legal adults right to 'fallopian tube ligation' and 'deferent ducts ligation or vasectomy' access in the health system services. In this sense, it is important to point out, on one hand, that since it is a right, the State must guarantee its application and, on the other hand, it is no longer an exclusive attribution of the physician to prescribe this practice. The power to request this surgical intervention is exclusively in patient’s hands. Unfortunately, we could infer that our patients ignore the law and its scope. The Argentinian Ministry of Health reported a substantial increase in vasectomy demand between 2015 and 2019. In our records the increment was revealed in 2022. Clearly the raise is not directly associated with the law enactment but with patient imaginary and the way they metabolize the new anticontraceptive possibilities and decisions.

Among the vasectomized patients two populations were distinguished those childless around thirty years old and those with a family close to forty average age. In the former group vasectomy was a consensual decision within the couple while considering women health. The men assume active position in contraception. Culturally the choice does not express alternative values to traditional family heteronormative model. In the first group the priority of the demand is focused on personal projects favoring a level of fulfillment, of transcendence in personal life. The socially rooted idea of forming a family (father, mother, sons, daughters) is put aside by other options. They express a partial break with certain social mandates. The interviews reveal a distancing from the idea of the traditional family. Their *actions* express an ongoing cultural transformation. It is a change limited

Здоровье и общество

to a certain social sector with certain characteristics, it is worth asking if it is enough to affirm that we are in front of a cultural change [14].

The group of patients investigated who resort to vasectomy as a contraceptive method respond mostly to a specific social sector, they have a common cultural capital [15, 16], they are mostly informed patients, with complete or partial university and/or tertiary education. Before undergoing the operation, they consulted with specialists to evacuate doubts such as whether their sexuality could be affected. They represent a narrow segment of the society. The survey performed in the rest of the patients confirm a lack of knowledge or significant lack of information about vasectomy as a contraceptive method. This finding is in favor of the idea of a new trend rather than a cultural change that is supposed to involve the whole society across different social sectors. Perhaps we can find a possible explanation for this new trend in the debates generated by feminism on gender issue and masculinity normative models and the way they operate in the social fabric.

### Conclusions

From a sociological perspective, culture is the foundation of the collective identity of a group of individuals. Culture corresponds to a set of values, norms and practices acquired and shared by a plurality of people. A cultural change implies a change in the daily practices of a society, in its decisions and actions. There is an internalization of new habits or behaviors; it is also a collective assumption of new values. These are transformations that transcend social origin. They are changes that may initially have weight in certain social sectors, which may become cultural changes over time. Finally, we con-

clude that in the meantime we are facing a *New Trend* that comprises a high educational level segment of our people that can become the seed of a *Cultural Change* in the future encompassing the whole society.

### REFERENCES

1. Stormont G., Deibert C. Vasectomy In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
2. Hancock P., McLaughlin E. British Andrology Society guidelines for the assessment of post vasectomy semen samples. *J. Clin. Pathol.* 2002;55:812—6.
3. Sánchez Pozo MC, Sánchez Prieto I, Jiménez García MI. Recomendaciones para la estandarización del análisis de semen posvasectomía. In: Documento Técnico (2012).
4. Available at: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual>
5. Available at: <https://www.lanacion.com.ar/salud/en-ano-crecio-300-numero-varones-se-nid2267892/>
6. Available at: <https://www.infobae.com/salud/ciencia/2022/06/06/aumento-de-las-vasectomias-quienes-la-piden-y-por-que-lo-hacen/>
7. Bourdieu P. *Cosas Dichas*. Buenos Aires: Gedisa; 2007.
8. Guber R. *La Etnografía, Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI. Buenos Aires; 2011.
9. Weber M. *Fundamental sociological concepts*. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
10. Williams R. *Palabras Clave, un vocabulario de la cultura y la sociedad*. Nueva Visión (Argentina); 2003. P. 87.
11. Weber M. *Conceptos sociológicos fundamentales*. Madrid: Alianza Editorial; 2006. P. 13—33.
12. Kornblit L. A. *Metodologías cualitativas en Ciencias sociales, modelos y procedimientos de análisis*. Cap. 1. Buenos Aires: Biblos; 2007.
13. Law No. 27.610/ 2020 — Access to the Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE), obligation to provide free and comprehensive coverage. Available at: [Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar)
14. Marradi A., Archenti N., Piovani J. I. *Metodología de las Ciencias Sociales*. Cap. 5. Cengage Learning (Argentina); 2010.
15. Bourdieu P. *Capital Cultural, escuela y espacio Social*. Cap. 2. Siglo XXI (Argentina); 1997, 2003.
16. Bourdieu P. *Cosas Dichas*. Buenos Aires: Gedisa; 2007. P. 12.

# Образование и кадры

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024

УДК: 614.2

**Хабриев Р. У.<sup>1</sup>, Калининская А. А.<sup>1</sup>, Лазарев А. В.<sup>1</sup>, Кизеев М. В.<sup>1</sup>, Шляфер С. И.<sup>2</sup>****КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ВЫЗОВОВ И УГРОЗ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ**<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

Роль врачей первичной медико-санитарной помощи в условиях вызовов и угроз здоровью в связи с COVID-19 возрастает, что требует разработки управленческих решений на региональном уровне. На основе анализа медико-демографических показателей, а также обеспеченности медицинскими кадрами первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации даны предложения по реформированию системы первичной медико-санитарной помощи в условиях внедрения общих врачебных практик с целью противодействия угрозам здоровью населения.

Использованы аналитический и статистический методы. Рассмотрены материалы официальной статистики Минздрава России и Росстата, результаты авторских исследований с контент-анализом и интерпретацией.

Пандемия COVID-19 негативно отразилась на здоровье населения. Показатель впервые выявленной заболеваемости в РФ в 2020 г. снизился по сравнению с 2019 г. с 78 024,3 до 75 989,7‰ (на 2,6%). Это результат снижения диспансерной и профилактической работы с населением. В последующий ковидный год (2021), по сравнению с 2020 г., показатель первичной заболеваемости увеличился до 85 531,6‰, что выше, чем в 2020 г., на 12,6%. Рост произошел по всем классам болезней, что вызвало необходимость реабилитации этих пациентов. Заболеваемость COVID-19 увеличилась в 2,4 раза (с 3391,1‰ в 2020 г. до 8085,7‰ в 2021 г.). Обеспеченность врачами в РФ (в 2021 г.) составила 37,7‰. В федеральных округах разница в показателях составляла 1,3 раза, в субъектах РФ — 2,7 раза. В условиях пандемии COVID-19 обостряется значимость угроз здоровью населения, что требует усиления первичной медико-санитарной помощи, а также внедрения врачей новой формации — врачей общей практики, ответственных за здоровье пациента. Общая врачебная практика, получившая широкое развитие в России в 1960—1990-е годы, за последние десятилетия утрачивает свою значимость в большинстве субъектов РФ. Обеспеченность врачами общей практики в Российской Федерации (в 2021 г.) составила 0,67‰. В федеральных округах разница в показателях составила 5,6 раза, в субъектах РФ она огромна — 141,5 раза. В статье представлены и научно обоснованы перспективные функционально-организационные модели общей врачебной практики.

Сложившаяся ситуация с коронавирусной инфекцией требует разработки на региональном уровне управленческих решений и мероприятий по совершенствованию организации первичной медико-санитарной помощи и внедрения общей врачебной практики в условиях противодействия рискам угроз здоровью населения и здоровьесбережению.

**Ключевые слова:** впервые выявленная заболеваемость; смертность; первичная медико-санитарная помощь; общая врачебная практика; врач общей практики; здоровьесбережение; угрозы здоровью; коронавирусная инфекция COVID-19; перспективные функционально-организационные модели.

**Для цитирования:** Хабриев Р. У., Калининская А. А., Лазарев А. В., Кизеев М. В., Шляфер С. И. Кадровое обеспечение врачами первичной медико-санитарной помощи в условиях вызовов и угроз здоровью населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):240—245. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-240-245>

**Для корреспонденции:** Калининская Алефтина Александровна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [akalininskaya@yandex.ru](mailto:akalininskaya@yandex.ru)

**Khabriev R. U.<sup>1</sup>, Kalininskaya A. A.<sup>1</sup>, Lazarev A. V.<sup>1</sup>, Kizeev M. V.<sup>1</sup>, Shlyafers S. I.<sup>2</sup>****THE PERSONNEL MAINTENANCE OF PRIMARY HEALTH CARE PHYSICIANS IN CONDITION OF CHALLENGES FROM MENACES TO POPULATION HEALTH**<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Institution "The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia", 127254, Moscow, Russia

In condition of challenges from menaces to health due to COVID-19 the role of primary health care physicians increases that requires development of management decisions at the regional level. The purpose of the study. On the basis of analysis of medical demographic indicators and data concerning provision of primary health care personnel in the Russian Federation, proposals were made related to reforming of primary health care system in conditions of implementation of general medical practice with purpose to counteract menaces to population health.

The analytical and statistical methods were applied. The official statistics data from the Minzdrav of the Russian Federation and Rosstat, results of original researches with content analysis and interpretation were used.

The COVID-19 pandemic negatively impacted population health. The indicator of newly detected morbidity in the Russian Federation in 2020 decreased as compared to 2019 from 78024.3 to 75989.7‰ (by 2.6%). This is the result of decreasing of dispensary and preventive activities among population. In next COVID-19 year (2021), as compared to 2020,

## Образование и кадры

*indicator of primary morbidity increased to 85531.6‰ that 12.6% higher than in 2020. The increase occurred in all classes of diseases that caused necessity of rehabilitation of these patients. The COVID-19 morbidity increased up to 2.4 times i.e. from 3391.1 in 2020 to 8085.7‰ in 2021. The provision of physicians in the Russian Federation was 37.7‰ in 2021. Across the Federal Okrugs differences in indicators made up to 1.3 times and in subjects of the Russian Federation — up to 2.7 times. In conditions of COVID-19 significance of menaces to population health worsened. The situation requires both enhancement of primary health care and implementation of physicians of new formation — general practitioners responsible for patient health. The general practice (GP) widely developed in Russia in the 1990s during last ten years loses its significance in most subjects of the Russian Federation. In 2021, provision of general practitioners in the Russian Federation made up to 0.67‰. In the Federal Okrugs, difference between indicators made up to 5.6 times. In the subjects of the Russian Federation the difference is enormous — 141.5 times. The article presents and scientifically substantiates prospective functional organizational models of general practice.*

*The established situation with COVID-19 infection requires development of management decisions and measures at the regional level concerning improvement of organization of primary health care and implementation of general practice in conditions of counteracting risks of menaces to population health and health preservation.*

**Key words:** newly detected morbidity; mortality; primary health care; general practice; general practitioner; health preservation; menace to health; coronavirus infection COVID-19; prospective functional organizational model.

**For citation:** Khabriev R. U., Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Kizeev M. V., Shlyafar S. I. The personnel maintenance of primary health care physicians in condition of challenges from menaces to population health. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):240–245 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-240-245>

**For correspondence:** Kalininskaya A. A., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia”, e-mail: [akalininskaya@yandex.ru](mailto:akalininskaya@yandex.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 24.07.2023

Accepted 02.11.2023

## Введение

Медицинские кадры являются важнейшим ресурсом здравоохранения [1–3]. Их роль еще более возрастает в последнее время в связи с противостоянием новым вызовам и угрозам, связанным с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19. Пандемия высветила проблему кадрового дефицита в здравоохранении [4–8].

В здоровьесбережении населения в условиях новых вызовов и угроз важная роль принадлежит первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и ее кадровому обеспечению [9, 10]. Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» к 2024 г. предписано ликвидировать кадровый дефицит в медицинских организациях первичного звена здравоохранения.

Ключевой фигурой в ПМСП должен быть врач общей практики (ВОП). Этот врач призван нести ответственность за здоровье прикрепленного населения, должен определять интегрированность лечения, диагностики и реабилитации пациента, помогать в решении его медико-социальных проблем [11, 12]. Ведущие теоретики и практики нашей страны и за рубежом не оправдывают широкую специализацию в ПМСП, поскольку она приводит к дублированию посещений врачей-специалистов, при этом нет врача, ответственного за здоровье отдельно взятого пациента [13, 14].

Актуальность развития общих врачебных практик (ОВП) в системе ПМСП возрастает в силу значимости противостояния вызовам и угрозам, связанным с коронавирусной инфекцией, и необходимости усиления диспансерной работы и реабилита-

ции пациентов. При этом требуется реформирование ПМСП и участковой службы, в частности в организационном плане и кадровом обеспечении. Отечественное здравоохранение нуждается в разработке перспективных функционально-организационных моделей ПМСП [15–18]. Формирование перспективных моделей здравоохранения требует управленческих решений на федеральном и региональном уровнях [19].

## Материалы и методы

Применены аналитический и статистический методы исследования. Использованы материалы официальной статистики Минздрава России и Росстата, а также результаты авторских исследований с контент-анализом и интерпретацией.

## Результаты исследования

Коронавирусная инфекция COVID-19 обострила демографическую ситуацию в РФ, усилила вызовы угрозам здоровью населения. Смертность населения РФ возросла с 12,3 на 1 тыс. населения (в 2019 г.) до 14,8‰ (в 2020 г.), а затем снизилась до 13,6‰ (в 2021 г.).

В РФ заболеваемость COVID-19 в 2021 г. составила 8085,7‰. В федеральных округах (ФО) разница в показателях составила 6,3 раза. Наибольшая заболеваемость отмечена в Северо-Кавказском ФО (3975,9 случаев на 100 тыс. населения), наименьшая — в Северо-Западном ФО (625,6‰). Разница показателей в субъектах РФ очень велика (в 11,8 раза). Наименьшие показатели отмечены в Чеченской Республике (1170,1‰), Республике Дагестан (3012,6‰), Кабардино-Балкарской Республике (3389,1‰), наибольшие — в Санкт-Петербурге (13 814,5‰), Курганской области (12 606,7‰),

Таблица 1

## Частота первичной заболеваемости населения РФ в 2019—2021 гг. по классам болезней МКБ-10 (на 100 тыс. населения) [20]

Классификация болезней	Код по МКБ -10	2019 г.	2020 г.	Изменение 2020 к 2019, %	2021 г.	Изменение 2021 к 2020, %
Всего болезней:	A01—T98	78 024,3	75 989,7	-2,6	85 531,6	12,6
В том числе:						
I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00—B99	2659,0	2047,9	-23,0	2130,8	4,0
II. Новообразования	C00—D48	1188,3	983,3	-17,3	1015,3	3,3
III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50—D89	417,7	327,8	-21,5	351,6	7,3
IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00—E90	1442,3	1104,1	-23,4	1142,3	3,5
V. Психические расстройства и расстройства поведения	F00—F99	421,2	346,8	-17,7	404,5	16,6
VI. Болезни нервной системы	G00—G99	1479,9	1253,9	-15,3	1351,0	7,7
VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00—H59	3004,5	2394,2	-20,3	2485,0	3,8
VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка	H60—H95	2499,7	2053,9	-17,8	2129,1	3,7
IX. Болезни системы кровообращения	I00—I99	3499,2	2937,7	-16,0	3048,3	3,8
X. Болезни органов дыхания	J00—J99	35 620,1	37 056,8	4,0	40624,9	9,6
XI. Болезни органов пищеварения	K00—K93	3198	2632,1	-17,7	2682,3	1,9
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00—L99	4072,7	3399,6	-16,5	3553,6	4,5
XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00—M99	3032,4	2500,8	-17,5	2663,8	6,5
XIV. Болезни мочеполовой системы	N00—N99	4447,7	3597,0	-19,1	3682,8	2,4
XV. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	Q00—Q99	198,9	165,8	-16,6	172,8	4,2
XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00—T98	9041,8	8130,7	-10,1	8340,9	2,6
COVID-19			3391,1		8085,7	138,4

Республике Хакасия (12 445,8‰), Карелии (12 060,2‰). Разница показателей связана с географическими, национальными особенностями регионов, с плотностью проживания населения, с доступностью медицинской помощи, при этом следует отметить неоднозначность кодирования COVID-19.

Проведенное исследование показало, что пандемия COVID-19 негативно отразилась на здоровье населения. Показатель заболеваемости COVID-19 в 2021 г. по сравнению 2020 г. увеличился с 3391,1 до 8085,7‰ (в 2,4 раза). Анализ показал, что в РФ в 2020 г. показатель впервые выявленной заболеваемости снизился по сравнению с 2019 г. с 78 024,3 до 75 989,7 на 100 тыс. населения (на 2,6%). Уменьшение показателей произошло по всем классам болезней. Это было связано со снижением диспансерной и профилактической работы с населением.

В последующий ковидный 2021 г. показатель первичной заболеваемости увеличился до 85 531,6‰, что выше, чем в 2020 г., на 12,6% (табл. 1).

Увеличение отмечено по всем классам болезней, что вызывает необходимость реабилитации пациентов.

Особо высокое увеличение показателей впервые выявленной заболеваемости (в 2021 г.) было отмечено в классах болезней: психические расстройства и расстройства поведения, болезни органов дыхания, болезни нервной системы, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости углубленного анализа этих показателей и разработки мероприятий по реабилитации пациентов с данной патологией, что указывает на необходимость привлечения врачебных кадров к реабили-

тации на уровне ПМСП, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи (ПСМСП). При этом нельзя ослаблять профилактическую работу, учитывая, что заболеваемость COVID-19 в 2021 г. повысилась.

Показатель обеспеченности врачами в РФ (в 2021 г.) составил 37,7‰. В ФО разница в показателях составила 1,3 раза. Наибольшая обеспеченность врачами была в Северо-Западном ФО (44,2‰), наименьшая — в Южном ФО (33,9‰). В субъектах РФ колебания показателей обеспеченности врачами значительны: наиболее высокие показатели были в Чукотском автономном округе (64,0‰), в Санкт-Петербурге (61,7‰), в Магаданской области (54,4‰), в Республике Северная Осетия-Алания (53,6‰). Наименьшие показатели отмечены в Курганской области (23,5‰), Еврейской автономной области и Псковской области (по 26,0‰), во Владимирской области (27,7‰). Разница в показателях в субъектах РФ составила 2,7 раза.

Таблица 2

## Обеспеченность врачами-терапевтами участковыми, ВОП/СВ в РФ в динамике за 2017—2021 гг. (физические лица) [21]

Показатель	Год				
	2017	2018	2019	2020	2021
Численность врачей всего (физические лица)					
абс. ед.	548 414	548 818	551 473	557 285	551 314
на 10 тыс. населения	37,3	37,4	37,6	38,1	37,7
Численность терапевтов участковых на 10 тыс. населения	2,99	3,04	3,11	3,23	3,32
Численность ВОП/СВ на 10 тыс. населения	0,75	0,79	0,77	0,72	0,67
Суммарная численность терапевтов участковых и ВОП/СВ					
на 10 тыс. населения	3,74	3,83	3,88	3,95	3,99
% от всех врачей	8,4	8,6	8,7	8,6	8,8

## Образование и кадры

Разница в показателях обеспеченности врачами связана с географическими и территориальными особенностями, а также структурой сети медицинских организаций и организационными формами работы, в том числе в ПМСП.

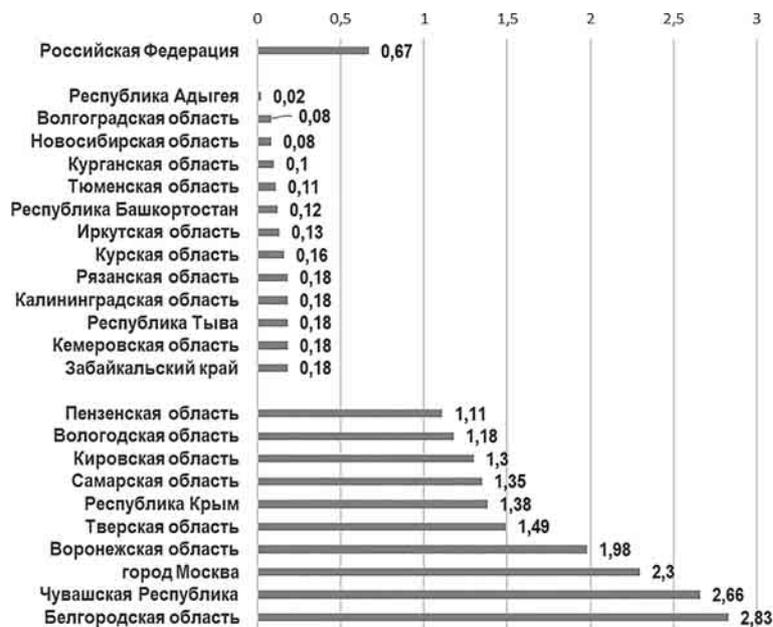
В РФ первичную врачебную медико-санитарную помощь (ПВМСП) оказывают врачи-терапевты участковые и врачи общей (семейной) практики (ВОП/СВ). Как видно из табл. 2, показатель обеспеченности ПВМСП врачами-терапевтами участковыми и ВОП/СВ суммарно составил в РФ в 2021 г. 3,99‰, что составляет 8,8% общей численности врачей, при этом обеспеченность врачами-терапевтами участковыми составила 3,32‰, ВОП/СВ — 0,67‰.

В условиях пандемии COVID-19 обостряется значимость угроз здоровью населения, что требует усиления ПМСП и развития ОВП. ВОП — это врач, несущий ответственность за здоровье пациентов, он должен осуществлять преемственность в их лечении и реабилитации. Особо значима в работе ВОП профилактическая деятельность. Однако врач такой формации у нас в стране не сложился. В проведенных нами ранее исследовательских работах показано, что ВОП может осуществлять лечение пациентов по 11 специальностям [16].

В табл. 2 приведены показатели обеспеченности населения врачами ПВМСП, терапевтами участковыми и ВОП/СВ в РФ за 5 лет анализа (2017—2021), в том числе за ковидный период (2019—2021).

Исследование показало, что обеспеченность терапевтами участковыми в РФ в 2021 г. составила 3,32‰, ВОП — 0,67‰. В период COVID-19 обеспеченность терапевтами участковыми возросла с 3,11‰ (в 2019 г.) до 3,32‰ (в 2021 г.), при этом за тот же период обеспеченность ВОП снизилась с 0,77 до 0,67‰. Эта в определенной мере негативная ситуация свидетельствует о том, что врачи общей практики в РФ не востребованы. Не развиваются и не внедряются перспективные модели ОВП, включающие рационализацию труда врача и работающего совместно с ним среднего медицинского персонала, не утвержден Профессиональный стандарт ВОП/СВ, что осложняет модернизацию ПМСП и активизацию внедрения ВОП как ответственных за здоровье пациента.

ОВП, получившая широкое развитие в России в 1960—1990-е годы, в настоящее время развивается медленно, утрачивает значимость во многих субъектах РФ. Проведенный нами анализ показал, что обеспеченность ВОП в Российской Федерации в 2021 г. составила 0,67 на 10 тыс. населения. В ФО разница в показателях обеспеченности ВОП составила 5,6 раза. Наибольшие показатели были отмечены в Центральном ФО (1,23‰), наименьшие — в Сибирском ФО (0,22‰). В субъектах РФ разница в показателях обеспеченности ВОП огромна — 141,5 раза. Наименьшим показателем был в Республике



Ранжирование субъектов РФ по показателю обеспеченности ВОП/СВ (2021 г.; на 10 тыс. населения) [21].

Адыгея (0,02‰), в Белгородской области (2,83‰), в Москве он составил 2,3‰ (см. рисунок).

В Москве осуществлено реформирование ПМСП, включающее активное развитие ОВП; согласно Приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.01.2012 № 38 была внедрена трехуровневая система организации амбулаторно-поликлинической помощи населению, которая дала положительный результат. В результате реформирования в г. Москве (за 2010—2019 гг.) возросла обеспеченность ВОП в 245 раз (с 0,01 до 2,45‰). Позитивным показателем реформирования следует считать сокращение кадров управленческого звена (с 1,9 до 0,7‰), в РФ этот показатель почти в 2 раза выше (1,5‰). Реформирование ПМСП в Москве сократило обеспеченность врачами-терапевтами в амбулаторно-поликлиническом звене в целом с 33 до 24‰, при этом повысилась удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью [17].

В ранее проведенном нами исследовании были разработаны научно обоснованные перспективные модели ОВП [16, 18]. Организация моделей предполагает расширение должностных обязанностей медицинской сестры врача общей практики (МСВОП), при этом на одного ВОП должно приходиться две МСВОП (соотношение 1:2). Оптимальна форма работы ВОП с фельдшером.

Однако эти модели не получили должного развития в субъектах РФ в силу консервативности руководства и несовершенства нормативно-правовой базы, регламентирующей ПМСП.

## Обсуждение

Реализуемые в РФ государственные меры и нормативно-правовые акты должны обеспечивать приоритетность развития ПМСП и внедрение ОВП, при этом следует создавать для врачей ПМСП, в том

числе у ВОП, стимулы к работе, в том числе материальные. Необходимо создание врача новой формации — ВОП/СВ, ответственного за охрану здоровья прикрепленных пациентов, что особо значимо в условиях вызовов и угроз здоровью населения.

### Заключение

Сложившаяся ситуация с коронавирусной инфекцией требует разработки на региональном уровне управленческих решений и мероприятий по совершенствованию организации ПМСП и внедрению ОВП в условиях противодействия рискам угроз здоровью населения и здоровьесбережению.

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

### ЛИТЕРАТУРА

- Щепин В. О., Расторгуева Т. И. Вопросы управления человеческими ресурсами в здравоохранении в контексте современных задач развития отрасли. *Бюллетень ННИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2018;(2):93—7.
- Калининская А. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Бальзамова Л. А. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(6):62—8. doi: 10.21045/1811-0185-2022-6-62-68
- Калининская А. А., Бакирова Э. А., Лазарев А. В., Шляфер С. И., Кизеев М. В. Анализ заболеваемости и кадровое обеспечение населения сельских территорий в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(7):42—51. doi: 10.21045/1811-0185-2022-7-42-51
- Щепин В. О. Глобальные вызовы для российского здравоохранения. *Бюллетень ННИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2016;(5):41—5.
- Ракитский В. Н., Кузьмин С. В., Авалиани С. Л., Шашина Т. А., Додина И. С., Кислицин В. А. Современные вызовы и пути совершенствования оценки и управления рисками здоровью населения. *Анализ риска здоровью*. 2020;(3):23—9. doi: 10.21668/health.risk/2020.3.03
- Есипов А. В., Алехнович А. В., Абушинов В. В. COVID-19: первый опыт оказания медицинской помощи и возможные решения проблемных вопросов (обзор). *Госпитальная медицина: наука и практика*. 2020;1(1):5—8.
- Кизеев М. В., Лазарев А. В., Валеев В. В., Калининская А. А. Возрастные особенности заболеваемости населения в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S1):1023—6.
- Ананченкова П. И., Зудин А. Б. Проблемы функционирования российской системы здравоохранения в условиях пандемии COVID-19. *Труд и социальные отношения*. 2022;33(4):89—99.
- Хабриев Р. У., Линденбрaten А. Л., Комаров Ю. М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(3):3—5.
- Стародубов В. И., Калининская А. А., Шляфер С. И. Первичная медико-санитарная помощь: состояние и перспективы развития. М.: Медицина; 2017. 261 с.
- Денисов И. Н. Развитие общей врачебной практики в России: состояние, проблемы и перспективы. *Здравоохранение*. 2010;(9):155—64.
- Аликова З. Р., Анаева Л. А. Общая врачебная практика в системе первичной медико-санитарной помощи: этапы развития. В сб.: Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Материалы международного симпозиума. Москва, 15 ноября 2019 г. М.; 2019. С. 12—20.
- Шейман И. М., Шевский В. И., Сажина С. В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019;65(1-3):5—37. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3
- Комаров Ю. М. Опыт здравоохранения отдельных стран: что может быть полезно для России? Режим доступа: <https://nacedpalata.ru/?action=show&id=278>
- Шляфер С. И., Матвеев Д. А., Ермолюк Е. Н., Горохова Т. А. Анализ эффективности использования коечного фонда. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2007;(5):33—5.
- Калининская А. А., Гаджиева Л. А., Бальзамова Л. А. Перспективные модели общих врачебных практик в условиях города. М.; 2018. 124 с.
- Калининская А. А., Лазарев А. В., Бальзамова Л. А., Смирнов А. А. Перспективные модели развития первичной медико-санитарной помощи. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2022;(2):15—7.
- Калининская А. А., Лазарев А. В., Алленов А. М., Мерекина М. Д., Кизеев М. В. Результаты и перспективы реформирования первичной медико-санитарной помощи в Москве. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(2):270—4. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-270-274
- Зудин А. Б. Диспропорции кадрового обеспечения медицинской сферы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(4):632—7.
- Заболеваемость всего населения России с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2020—2022.
- Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I часть. Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2018—2022.

Поступила 24.07.2023  
Принята в печать 02.11.2023

### REFERENCES

- Shchepin V. O., Rastorgueva T. I. Issues of human resource management in health care in the context of modern tasks of the industry development. *Byulleten' NNII obshchestvennogo zdorov'ya im. N. A. Semashko*. 2018;(2):93—7 (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Shlyafers S. I., Balzamova L. A. Staffing of primary health care in the Russian Federation. *Menedzher zdavookhraneniya = Health Manager*. 2022;(6):62—8. doi: 10.21045/1811-0185-2022-6-62-68 (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Lazarev A. V., Shlyafers S. I., Kizeev M. V. Analysis of morbidity and staffing of the population of rural areas in the Russian Federation. *Menedzher zdavookhraneniya = Healthcare Manager*. 2022;(7):42—51. doi: 10.21045/1811-0185-2022-7-42-51 (in Russian).
- Shchepin V. O. Global challenges for Russian healthcare. *Byulleten' NNII obshchestvennogo zdorov'ya im. N. A. Semashko*. 2016;(5):41—5 (in Russian).
- Rakitsky V. N., Kuzmin S. V., Avaliani S. L., Shashina T. A., Dodina I. S., Kislicin V. A. Modern challenges and ways to improve the assessment and management of public health risks. *Analiz riska zdorov'yu = Health Risk Analysis*. 2020;(3):23—9. doi: 10.21668/health.risk/2020.3.03 (in Russian).
- Esipov A. V., Alekhovich A. V., Abushinov V. V. COVID-19: first experience in providing medical care and possible solutions to problematic issues (review). *Gospital'naya meditsina: nauka i praktika = Hospital Medicine: Science and Practice*. 2020;1(1):5—8 (in Russian).
- Kizeev M. V., Lazarev A. V., Valeev V. V., Kalininskaya A. A. Age-related features of the incidence of the population in the context of the COVID-19 pandemic. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2022;30(S1):1023—6 (in Russian).
- Ananchenkova P. I., Zudin A. B. Problems of the functioning of the Russian healthcare system in the context of the COVID-19 pandemic. *Trud i sotsial'nyye otnosheniya = Labor and Social Relations*. 2022;33(4):89—99 (in Russian).
- Khbabiev R. U., Lindenbraten A. L., Komarov Yu. M. The strategy of public health protection as the basis of the social policy of the state. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2014;(3):3—5 (in Russian).
- Starodubov V. I., Kalininskaya A. A., Shlyafers S. I. Primary health care: state and development prospects [Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch': sostoyaniye i perspektivy razvitiya]. Moscow: Medicine; 2017. 261 p. (in Russian).
- Denisov I. N. Development of general medical practice in Russia: state, problems and prospects. *Zdavookhranenie*. 2010;(9):155—64 (in Russian).

Образование и кадры

12. Alikova Z. R., Anaeva L. A. General practice in primary health care: stages of development. In: Topical issues in the history of medicine and health care: Proceedings of the international symposium. Moscow, November 15, 2019 [*Aktual'nyye voprosy istorii meditsiny i zdravookhraneniya: Materialy mezhdunarodnogo simpoziuma. Moskva, 15 noyabrya 2019 g.*]. Moscow; 2019. P. 12–20 (in Russian).
13. Sheiman I. M., Shevskii V. I., Sazhina S. V. Priority of primary health care – declaration or reality? *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social Aspects of Public Health*. 2019;65(1-3):5–37. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3 (in Russian).
14. Komarov Yu. M. The experience of healthcare in individual countries: what can be useful for Russia? Available at: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&tid=278> (in Russian).
15. Shlyafar S. I., Matveev D. A., Ermolyuk E. N., Gorohova T. A. Analysis of the effectiveness of the use of the bed fund. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii = Healthcare of the Russian Federation*. 2007;(5):33–5 (in Russian).
16. Kalininskaya A. A., Gadzhieva L. A., Balzamova L. A. Perspective models of general medical practices in the city [*Perspektivnyye modeli obshchikh vrachebnykh praktik v usloviyakh goroda*]. Moscow; 2018. 124 p. (in Russian).
17. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Balzamova L. A., Smirnov A. A. Perspective models for the development of primary health care. *Zdorov'ye, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov = Health, Demography, Ecology of the Finno-Ugric peoples*. 2022;(2):15–7 (in Russian).
18. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Allenov A. M., Merekina M. D., Kizeev M. V. Results and prospects for reforming primary health care in Moscow. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2022;30(2):270–4. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-270-274 (in Russian).
19. Zudin A. B. Disproportions in the staffing of the medical sector. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2020;28(4):632–7 (in Russian).
20. The incidence of the entire population of Russia with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials. Moscow: TsNIIOIZ of the Ministry of Health of Russia; 2020–2022.
21. Resources and activities of medical healthcare organizations. part I. Medical personnel: statistical materials. Moscow: TsNIIOIZ of the Ministry of Health of Russia; 2018–2022.

Фомина А. В.<sup>1</sup>, Матыцин А. А.<sup>2</sup>, Альмадани Али Хуссейн Али<sup>1</sup>

## ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», 117198, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, г. Курск

*Рассмотрено преподавание дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение ординаторам всех специальностей. Для анализа отношения ординаторов к изучению дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение, а также совершенствования системы подготовки врачей на этапе обучения в ординатуре и овладения ими необходимыми компетенциями в полной мере авторами был проведен опрос 424 ординаторов II (выпускного) курса обучения. Для проведения исследования в специально разработанной анкете были сформулированы вопросы, позволяющие получить данные об анкетированных (возраст, пол, регион обучения, гражданство, опыт работы во врачебной должности), а также выявить их отношение к изучению дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение в ординатуре (разделы программы как практико-применимые, оценка формы преподавания дисциплины и использования образовательных технологий, в том числе дистанционных и цифровых, выбор универсальных и общепрофессиональных компетенций). Большинство (65,1%) обучающихся в ординатуре планируют заниматься не только непосредственно клинической деятельностью в будущем, но пройти дополнительное обучение в сфере управления в здравоохранении и работать в должностях, связанных с организационно-управленческой деятельностью, от должности заведующего отделением до должностей руководителей медицинских организаций и управления региональными службами здравоохранения.*

*Ключевые слова:* общественное здоровье и здравоохранение; обучение; ординатура; компетенции; образовательные технологии.

**Для цитирования:** Фомина А. В., Матыцин А. А., Альмадани Али Хуссейн Али. Изучение общественного здоровья и здравоохранения как обязательный компонент программы ординатуры. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):246–251. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-246-251>

**Для корреспонденции:** Фомина Анна Владимировна, д-р фарм. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», e-mail: [fomina-av@rudn.ru](mailto:fomina-av@rudn.ru)

Fomina A. V.<sup>1</sup>, Matytsin A. A.<sup>2</sup>, Almadani Ali Hussein Ali<sup>1</sup>

## THE STUDYING OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE AS OBLIGATORY COMPONENT OF PROGRAM OF RESIDENCY TRAINING

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia" of Minobrnauka of Russia, 117198, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Kursk State Medical University" of Minzdrav of Russia, 305041, Kursk, Russia

*The article considers the teaching of the discipline "Public Health and Health Care" to residents of all specialties. For analyzing attitude of residents to studying the discipline "Public Health and Health Care", as well as improvement of training physicians at the stage of residency and their full mastery of necessary competencies, survey was carried out on sampling of 424 residents of the second (graduate) year of training. The number of questions were formulated to be included into questionnaire to obtain data about respondents (age, gender, region of study, citizenship, experience of working at medical position) and to identify their attitude to the study of the discipline "Public Health and Health Care" "in residency (sections of program as practically applicable, assessment of form of teaching the discipline and use of educational technologies, including remote and digital learning, choice of universal and general professional competencies). The majority of residents (65.1%) plan to be engaged not only in direct clinical activities in the future, but also to undergo additional training in health care management and work in positions related to organizational managerial activities from position of head of department to of head of medical organizations and administration of regional health care services.*

*Keywords:* public health; health care; training; residency; resident; competencies; educational technologies.

**For citation:** Fomina A. V., Matytsin A. A., Almadani Ali Hussein Ali. The studying of public health and health care as obligatory component of program of residency training. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):246–251 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-246-251>

**For correspondence:** Fomina A. V., doctor of pharmaceutical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health, Health Care and Hygiene of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia" of Minobrnauka of Russia. e-mail: [fomina-av@rudn.ru](mailto:fomina-av@rudn.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.06.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

После принятия и начала реализации федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования — подготовки кадров высшей

квалификации по программам ординатуры (ФГОС ВО 3++), дисциплина Общественное здоровье и здравоохранение остается обязательным компонентом раздела «Блок 1. Дисциплины (модули)» всех программ ординатуры направления 31.00.00 «Кли-

## Образование и кадры

ническая медицина» и направления 32.00.00 «Науки о земле и профилактическая медицина» [1, 2].

Целью освоения дисциплины является изучение и анализ показателей, характеризующих состояние здоровья различных возрастно-половых, социальных, профессиональных и иных групп населения, мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья, теоретических основ здравоохранения, внедрение новых экономических и медико-социальных технологий в деятельность медицинских организаций [3].

Изучение клиническими ординаторами всех специальностей дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение позволяет им в дальнейшей профессиональной деятельности выстраивать эффективное взаимодействие с пациентами и с коллективом, в котором они будут работать, снизить возможность возникновения организационно-управленческих ошибок [4, 5].

Если рассматривать универсальные компетенции (УК) и общепрофессиональные компетенции (ОПК), входящие в ФГОС ВО 3++, то часть из них прямо указывают на необходимость освоения врачами любой специальности знаний и умений, связанных с организационно-управленческой деятельностью [6].

В соответствии с данными образовательными стандартами, подготовка медицинских кадров нацелена на овладение рядом единых компетенций, при этом формирование каждой конкретной компетенции требует различных подходов, средств и методов обучения, которые образовательная организация может выбирать самостоятельно. Подбор наиболее эффективных технологий обучения для формирования каждой компетенции играет важную роль в системе подготовки медицинских кадров [7].

В систему профессионального образования, в том числе в сфере здравоохранения, все активнее внедряются цифровые технологии. Создание учебными организациями информационно-образовательных сайтов, цифровизация учебного процесса, перевод образовательных программ в онлайн-среду влияют на качество результатов обучения, мотивацию обучающихся [8–10].

Таким образом, анализ ситуации в сфере организации обучения на этапе подготовки в ординатуре в рамках дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение и разработка новых подходов к формированию организационно-управленческих компетенций остается своевременной и актуальной задачей.

Цель исследования — изучение мнения ординаторов всех специальностей по вопросу освоения дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение в период обучения в ординатуре в условиях внедрения цифровых образовательных технологий.

### Материалы и методы

Для анализа отношения ординаторов к изучению дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение, а также совершенствования системы подго-

товки врачей на этапе обучения в ординатуре и овладения ими необходимыми компетенциями в полной мере нами был проведен опрос 424 ординаторов II (выпускного) курса обучения.

Для проведения исследования в специально разработанной анкете были сформулированы вопросы, позволяющие получить данные об анкетированных (возраст, пол, регион обучения, гражданство, опыт работы во врачебной должности), а также выявить их отношение к изучению дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение в ординатуре (разделы программы как практико-применимые, потребности в дополнительном обучении по отдельным тематикам, оценка формы преподавания дисциплины и использования образовательных технологий, в том числе дистанционных и цифровых, выбор УК и ОПК, заложенных в образовательных стандартах применительно к изучаемой дисциплине).

Распределение респондентов по полу было практически одинаковым, женщины составили 52,4% ( $n=222$ ), мужчины — 47,6% ( $n=202$ ). Опрос проводился в нескольких регионах Центрального федерального округа (ЦФО): в г. Москве, Курской, Белгородской, Липецкой, Тамбовской, Орловской, Тульской и Московской областях.

Накопление, корректировку, систематизацию исходной информации и визуализацию полученных результатов осуществляли в электронных таблицах MS Excel. Статистический анализ проводили с использованием программы IBM SPSS Statistics 23. Материалы, полученные в результате исследования, были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа и программы IBM SPSS Statistics 23.

### Результаты исследования

Распределение респондентов по возрастным группам представлено в табл. 1. Среди опрошенных ординаторов самая большая группа, составляющая практически  $1/3$  выборки, представлена лицами 26—28 лет (30,9%). Возрастные группы 23—25 и 26—28 лет составляют 23,1 и 24,1% соответственно. Далее, также практически поровну, распределены группы 29—31 года и 32—24 лет: 11,3 и 10,6% соответственно. Средний возраст опрошенных составил  $28,55 \pm 5,1$  года.

Ординаторам было предложено указать направленность специальности, по которой они обучают-

Таблица 1

Распределение выборки ординаторов по возрастным группам

Возрастная группа, годы	Абс. ед.	%
23—25	98	23,1
26—28	131	30,9
29—31	102	24,1
32—34	48	11,3
35 и более	45	10,6
Итого...	424	100,0

Таблица 2  
Распределение выборки ординаторов по опыту работы  
во врачебных должностях до поступления в ординатуру

Опыт работы	Абс. ед.	%
Менее 1 года	114	26,9
1—2 года	73	17,2
3—4 года	31	7,3
5 лет и более	32	7,6
Нет опыта работы	174	41
Итого...	424	100,0

ся. В качестве такой направленности необходимо было выбрать обозначенные профили — хирургический профиль (хирургия, акушерство-гинекология, урология, офтальмология, оториноларингология и др.), терапевтический профиль (терапия, кардиология, дерматовенерология и др.), диагностический профиль (рентгенология, клиническая лабораторная диагностика, патологическая анатомия и др.), стоматологический профиль, организационно-управленческий профиль — или вписать другой вариант, если ординатура не относится к вышеуказанным профилям.

Ординаторы, обучающиеся по специальностям, отнесенным к хирургическому профилю, составили 46% ( $n=195$ ), практически наполовину меньше ординаторов обучается на специальностях, отнесенных к терапевтическому профилю (25,7%;  $n=109$ ), каждый пятый ординатор обучается на специальностях стоматологического профиля (19,1%;  $n=81$ ). Специальности ординатуры диагностического и организационно-управленческого профилей указали 3,3% ( $n=14$ ) и 5,2% ( $n=22$ ) опрошенных. Только три опрошенных (0,7%) указали свою специальность обучения как отдельную, не отнеся ее в указанные профили (лечебная физкультура и спортивная медицина).

Опрос проводили в нескольких регионах ЦФО, при этом значительное количество вузов, научно-исследовательских и медицинских организаций, которым дано право обучения в ординатуре, находится в г. Москве, поэтому мы получили следующие результаты. Большинство (80,0%) ординаторов проходили обучение в г. Москве, в других регионах ЦФО (Курская, Белгородская, Липецкая, Тамбовская, Орловская, Тульская и Московская области) обучались 20,0% опрошенных.

При этом практически в половине (50,7%) случаев обучение в ординатуре проходило в том же регионе и в той же организации, где и получение высшего медицинского образования; 14,4% респондентов отметили, что продолжают обучение в том же регионе, где и получили диплом врача, но для обучения в ординатуре выбрали другую организацию, 34,9% опрошенных уехали для продолжения обучения в другой регион.

Среди респондентов, принявших участие в опросе, большинство имеют гражданство РФ — 62,5% ( $n=262$ ), 21,2% приехали получать специальность в ординатуре из стран Ближнего Зарубежья ( $n=90$ ),

16,3% — из стран Дальнего Зарубежья ( $n=69$ ). При этом большинство иностранных граждан проходят обучение в ординатуре в г. Москве (95,0% всех иностранных граждан), но в ряде случаев (5,0%) среди регионов, которые также отметили иностранные обучающиеся, присутствуют Московская и Белгородская области.

Практический опыт работы во врачебных должностях до поступления в ординатуру имели большинство опрошенных — 59,0% (табл. 2).

Ранжирование оценки разделов дисциплины ординаторами как практико-применимых включало следующие тематики: основы медицинской статистики, медицинская демография, изучение заболеваемости населения, основы профилактики и здорового образа жизни, организация первичной медико-санитарной помощи, организация стационарной помощи, организация системы охраны материнства и детства, основы экономики здравоохранения, качество медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности (табл. 3).

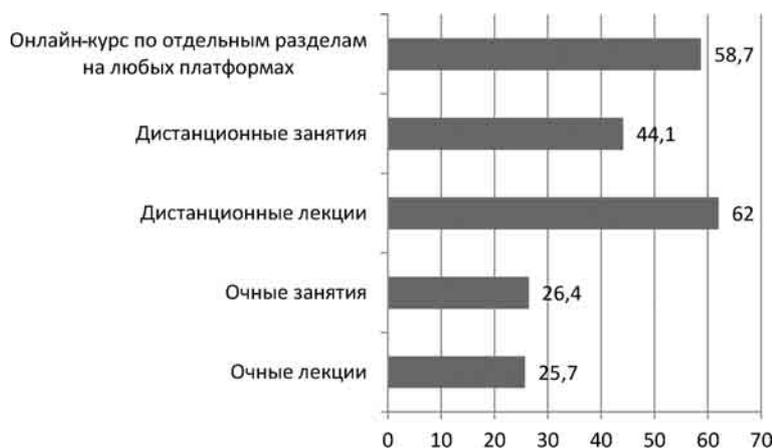
Наиболее практико-применимыми ординаторы считают изучение таких разделов, как «Основы профилактики и здорового образа жизни» (ранг 1; 63,4 на 100 опрошенных), а также «Качество медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности» (ранг 2; 58,7 на 100 опрошенных). Далее следуют «Изучение заболеваемости населения» (ранг 3; 56,4 на 100 опрошенных), «Организация первичной медико-санитарной помощи» (ранг 4; 55,2 на 100 опрошенных), «Организация стационарной медицинской помощи» (ранг 5; 51,4 на 100 опрошенных). Однако из всех опрошенных 32 (7,6%) отметили, что не считают разделы дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение практико-применимыми. Отличительной особенностью можно считать тот факт, что в 91,0% случаев теоретическую направленность дисциплины указывали ординаторы, обучающиеся в регионах, причем по специальностям терапевтического профиля ( $p=0,025$ ).

При оценке влияния стажа работы во врачебных должностях или его отсутствия, а также гражданства обучающихся (РФ или другое государство) в

Таблица 3  
Ранжирование разделов дисциплины Общественное здоровье  
и здравоохранение как наиболее практико-применимых

Название раздела	Число выбравших данный раздел, абс. ед.	На 100 опрошенных	Ранг
Основы медицинской статистики	157	37,0	7
Медицинская демография	98	23,1	9
Изучение заболеваемости населения	239	56,4	3
Основы профилактики и здорового образа жизни	269	63,4	1
Организация первичной медико-санитарной помощи	234	55,2	4
Организация стационарной помощи	218	51,4	5
Организация системы охраны материнства и детства	148	35,0	8
Основы экономики здравоохранения	170	40,1	6
Качество медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности	249	58,7	2
Нет практико-применимого раздела	32	7,6	10

## Образование и кадры



**Рис. 1.** Распределение ответов на вопрос «Какая форма преподавания дисциплины *Общественное здоровье и здравоохранение* для Вас является наиболее привлекательной?» (на 100 опрошенных).

ординатуре на оценку практико-применимых разделов статистически значимых различий установлено не было.

Разделы, которые ординаторы будут готовы изучать дополнительно, также соответствуют разделам, отмеченными ими ранее как практико-применимые, с некоторой разницей в абсолютных значениях, но с аналогичным ранжированием. Среди тех, кто не отметил практико-применимых разделов, также не было отмечено разделов для дополнительного изучения (7,6% всех опрошенных).

Наряду с традиционными формами обучения (очные лекции и очные занятия) в систему преподавания, в том числе дисциплины *Общественное здоровье и здравоохранение*, все активнее внедряются цифровые технологии. При этом использование цифровых ресурсов позволяет преодолевать такие барьеры традиционного обучения, как темп освоения программы, выбор преподавателя, форм и методов обучения. Оценивая возможности использования цифровых и дистанционных технологий, большинство ординаторов отдали бы предпочтение дистанционным лекциям (62,0 на 100 опрошенных) и онлайн-курсам по отдельным разделам на любых платформах (58,7 на 100 опрошенных), а также дистанционным практическим занятиям (44,1 на 100 опрошенных). Численность предпочитающих традиционные очные лекции и очные занятия практически в 2 раза меньше (25,7 и 26,4 на 100 опрошенных соответственно; рис. 1).

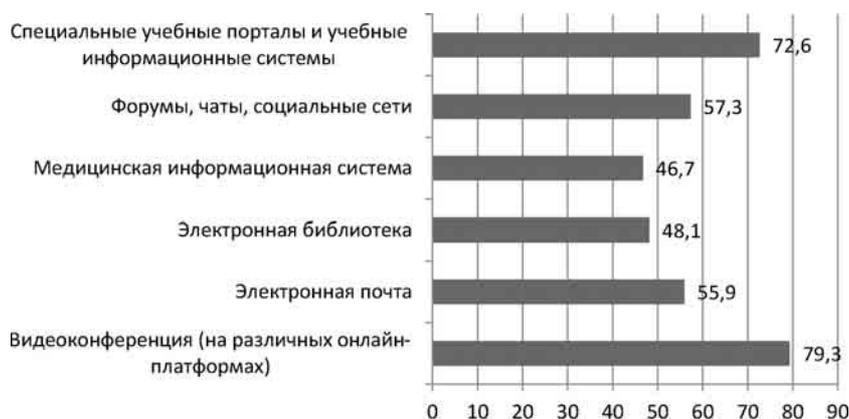
При этом среди ординаторов около 10,0% ( $n=41$ ) отметили, что ранее не проходили обучение с использованием дистанционных технологий. В эту категорию вошли приехавшие на обучение в РФ иностранные граждане, в основном из стран дальнего зарубежья, преимущественно Африки и Азии. Аналогичный ответ был отмечен среди имеющих практический опыт работы во врачебных должностях 5 лет и более граж-

дан РФ, которые окончили обучение в вузе до наступления пандемии COVID-19 (2020—2021), в значительной степени повлиявшей на развитие дистанционного и цифрового обучения.

При оценке качества обучения в условиях применения дистанционных технологий каждый пятый ординатор (20,7%) ответил, что качество обучения не изменится, остальные ответы распределились следующим образом. Практически  $\frac{1}{3}$  (38,0%) ординаторов указали, что возможно снижение качества обучения при сохранении прежних объемов обучения, при этом 34,0% отметили, что качество обучения повысится при внедрении новых методик обучения, т. е. в дистанционном формате необходимо искать новые подходы к проведению традиционных лекций и практических занятий. Каждый десятый ординатор посчитал, что качество обучения повысится даже при сохранении объемов обучения и без внедрения дополнительных технологий.

Среди дистанционных технологий, которые предпочитают ординаторы при изучении дисциплины *Общественное здоровье и здравоохранение*, большинство указали проведение видеоконференций на различных онлайн-платформах (79,3 на 100 опрошенных) и использование специальных учебных порталов и учебных информационных систем (сайтов) образовательных организаций (72,6 на 100 опрошенных). Между тем значительное число опрошенных продолжают придерживаться при дистанционном обучении таких каналов информации, как электронная почта (55,9 на 100 опрошенных) и форумы, чаты, социальные сети (57,3 на 100 опрошенных), в которых, как правило, затруднен полноценный обмен информацией. Еще меньшее число респондентов отметили использование в дистанционном обучении электронной библиотеки (48,1 на 100 опрошенных) и медицинских информационных систем (46,7 на 100 опрошенных; рис. 2).

Нами были проанализированы 20 ФГОС ВО (3++) ординатуры, принятые в 2021—2022 гг., обучение по которым началось в 2022 и 2023 гг. В дан-



**Рис. 2.** Распределение ответов на вопрос «Виды технологий, которые могут быть использованы Вами при дистанционном обучении» (на 100 опрошенных).

ных стандартах уже предложены формулировки УК и ОПК, которые в значительной степени совпадают, с некоторым различием по количеству ОПК и вариативностью некоторых отдельных формулировок. В качестве оцениваемых компетенций мы взяли формулировки ряда УК и ОПК и попросили ординаторов выпускного курса оценить, позволяют ли разделы дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение освоить данные компетенции, заложенные в образовательном стандарте.

Большинство опрошенных ординаторов считают, что разделы дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение позволяют освоить и реализовать каждую из представленных в стандартах УК, в первую очередь были отмечены «Способен разрабатывать, реализовывать проект» (64,6 на 100 опрошенных) и «Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте» (63,4 на 100 опрошенных), а также «Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению» (62,0 на 100 опрошенных).

Среди основных ОПК, которые позволяют освоить и реализовать разделы дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение, были названы следующие:

- «Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала» (52,8 на 100 опрошенных);
- «Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения» (43,4 на 100 опрошенных);
- «Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей» (40,1 на 100 опрошенных).

Практически 4 из 5 опрошенных ординаторов (78,1% всех респондентов) считают, что изучение общественного здоровья и здравоохранения необходимо для каждой из специальностей ординатуры, еще 14,2% думают, что данная дисциплина необходима исключительно для ординатуры организационно-управленческого профиля, 7,7% респондентов не смогли определиться в отношении нужности изучаемой дисциплины.

После окончания ординатуры и начала работы по выбранной специальности большинство респондентов планируют заниматься организационно-управленческой деятельностью в здравоохранении: 17,7% планируют в будущем возглавить отделение, 29,5% планируют занять руководящие должности в медицинской организации, 17,9% планируют рабо-

тать в сфере управления здравоохранением региона. Суммарно это составляет 65,1%. При этом 34,9% ординаторов ответили, что организационно-управленческая работа не станет сферой их деятельности.

### Заключение

Большинство обучающихся в ординатуре планируют заниматься не только непосредственно клинической деятельностью в будущем, но и пройти дополнительное обучение в сфере управления в здравоохранении и работать в должностях, связанных с организационно-управленческой деятельностью, от должности заведующего отделением до должностей руководителя медицинской организации и управления региональными службами здравоохранения. Поэтому формирование резерва управленческих кадров здравоохранения, имеющих необходимый спектр компетенций и потенциально готовых стать руководителями, может быть определено еще на этапе подготовки медицинских специалистов в ординатуре.

Освоение ординаторами по всем клиническим специальностям организационно-управленческих компетенций должно базироваться как в рамках специальных профессиональных дисциплин, в зависимости от программы ординаторы, так и в рамках базовой дисциплины Общественное здоровье и здравоохранение. При этом объемы подготовки могут определяться вузом самостоятельно, в качестве рекомендации можно предложить объем изучения дисциплины до 2 зачетных единиц при распределении времени на аудиторские занятия 36 учебных часов (практические занятия/семинары и лекции) и самостоятельную работу. Кроме того, дополнительные возможности, позволяющие более полно раскрыть отдельные модули дисциплины и сформировать соответствующие компетенции, может дать включение отдельных блоков дисциплины в вариативную часть программы, в том числе по выбору обучающегося, или в раздел факультативных дисциплин.

При формировании программы дисциплины необходимо учитывать, что наиболее практико-применимыми ординаторы считают изучение таких разделов, как «Основы профилактики и здорового образа жизни», «Качество медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности», «Изучение заболеваемости населения», «Организация первичной медико-санитарной помощи», «Организация стационарной медицинской помощи».

Среди цифровых технологий, которые могут быть использованы в учебном процессе, преимущество стоит отдавать проведению видеоконференций на различных онлайн-платформах и использованию специальных учебных порталов и учебных информационных систем (сайтов) образовательных организаций. Данные технологии в целом позволяют организовать оптимальный уровень предоставления информации и двусторонний обмен ею между преподавателями и обучающимися.

Образование и кадры

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

2023;31(4):625—31. doi: [10.32687/0869-866X-2023-31-4-625-631](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-625-631)

Поступила 18.06.2023  
Принята в печать 02.11.2023

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Фомина А. В., Гришина О. В. Общественное здоровье и здравоохранение как дисциплина базовой части программы подготовки врачей различных специальностей в ординатуре. *Сеченовский вестник*. 2016;2(24):39—41.
2. Снегирева Ю. Ю. Проблемы обучения и практической подготовки в ординатуре по направлению «Организация здравоохранения и общественное здоровье». *Труд и социальные отношения*. 2021;32(3):41—52. doi: [10.20410/2073-7815-2021-32-3-41-52](https://doi.org/10.20410/2073-7815-2021-32-3-41-52)
3. Гайдаров Г. М., Маевская И. В. О новых подходах к преподаванию дисциплины Организация здравоохранения и общественное здоровье для ординаторов второго года обучения. *Система менеджмента качества: опыт и перспективы*. 2019;(8):42—5.
4. Решетников В. А., Трегубов В. Н., Микерова М. С. Российский опыт профессиональной подготовки врачей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». *Проблемы здоровья и экологии*. 2017;2(52):80—4.
5. Сандаков Я. П., Кочубей В. В., Дорощев А. А. Обоснованность изучения порядка направления клиническими ординаторами граждан для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. *Пермский медицинский журнал*. 2020;37(1):22—6.
6. Полунин В. С., Полунина Н. В., Бушлаева Г. Н., Беспалюк Г. Н. Роль влияния дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в формировании компетенций врачей различных специальностей в ординатуре. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2018;(5-6):44—8.
7. Найговзина Н. Б., Конаныхина А. К., Кочубей А. В. Задачи подготовки и непрерывного профессионального развития административно-управленческих кадров здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016;60(1):35—40.
8. Бугреева А. С. Проблемы оценки эффективности онлайн-курсов в системе высшего профессионального образования. *Современный ученый*. 2019;(6):86—91.
9. Цветкова Е. А., Найговзина Н. Б. Оценка цифровых компетенций преподавателей и студентов в медицинском вузе. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;2:1007—26. doi: [10.24412/2312-2935-2023-2-1007-1026](https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-2-1007-1026)
10. Гурцкой Л. Д., Зудин А. Б., Мелерзанов А. В. Телемедицина и цифровые технологии в образовательных программах подготовки медицинских кадров высшей квалификации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(4):625—31. doi: [10.32687/0869-866X-2023-31-4-625-631](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-625-631)
1. Fomina A. V., Grishina O. V. Public health issues in residency program. *Sechenovskiy vestnik = Sechenov Medical Journal*. 2016;2(24):39—41 (in Russian).
2. Snegireva Yu. Yu. Problems of teaching and practical training on the residency program “Health organization and public health”. *Trud i social'nye otnosheniya*. 2021;32(3):41—52. doi: [10.20410/2073-7815-2021-32-3-41-52](https://doi.org/10.20410/2073-7815-2021-32-3-41-52) (in Russian).
3. Gaidarov G. M., Mayevskaya I. V. On new approaches to teaching the discipline “Health Organization and Public Health” for second-year residents. *Sistema menedzhmenta kachestva: opyt i perspektivy = Quality Management System: Experience and Prospects*. 2019;(8):42—5 (in Russian).
4. Reshetnikov V. A., Tregubov V. N., Mikerova M. S. The Russian experience of medical training in the specialty “Health organization and public health”. *Problemy zdorov'ya i ekologii = Problems of Health and Ecology*. 2017;2(52):80—4 (in Russian).
5. Sandakov Ya. P., Kochubey V. V., Doroshev A. A. The validity of studying the procedure for clinical residents to refer citizens for the provision of high-tech medical care. *Permskiy meditsinskiy zhurnal = Perm Medical Journal*. 2020;37(1):22—6 (in Russian).
6. Polunin V. S., Polunina N. V., Buslaeva G. N., Bepalyuk G. N. The role of the influence of the discipline “Public Health and Healthcare” in the formation of the competencies of doctors of various specialties in residency. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni = Problems of Standardization in Healthcare*. 2018;(5-6):44—8 (in Russian).
7. Naygovzina N. B., Konanykhina A. K., Kochubey A. V. Tasks of training and continuous professional development of administrative and managerial health care personnel in the system of additional professional education. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii = Healthcare of the Russian Federation*. 2016;60(1):35—40 (in Russian).
8. Bugreeva A. S. Problems of evaluating the effectiveness of online courses in the system of higher professional education. *Sovremennyy uchenyy = Modern scientist*. 2019;(6):86—91 (in Russian).
9. Tsvetkova E. A., Naygovzina N. B. Assessing the digital competencies of teachers and students in a medical school. *Sovremennyye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoy statistiki = Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2023;(2):1007—26. doi: [10.24412/2312-2935-2023-2-1007-1026](https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-2-1007-1026) (in Russian).
10. Gurckoy L. D., Zudin A. B., Melerzanov A. V. The telemedicine and digital technologies in education programs of training medical personnel of higher qualification. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(4):625—31. doi: [10.32687/0869-866X-2023-31-4-625-631](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-4-625-631) (in Russian).

# За рубежом

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024  
УДК 614.2

**Оморова Г. К.<sup>1</sup>, Болбачан К. Н.<sup>3</sup>, Болбачан О. А.<sup>2</sup>, Ибраимова Д. Д.<sup>2</sup>, Бекешова Э. Н.<sup>3</sup>**

## ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

<sup>1</sup>Международная Высшая Школа Медицины, 720054, г. Бишкек, Кыргызская Республика;  
<sup>2</sup>Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б. Н. Ельцина, 720000, г. Бишкек, Кыргызская Республика;  
<sup>3</sup>Ошский государственный университет, 723500, г. Ош, Кыргызская Республика

Число больных глаукомой в мире, по прогнозам, составит к 2040 г. 111,8 млн человек. Доля первичной открытоугольной глаукомы составляет 2,34%, первичной закрытоугольной глаукомы — 0,73%. По данным математического прогноза, ожидается дальнейшее увеличение общей и первичной заболеваемости. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов отделения микрохирургии глаза № 2 Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Установлено, что среди общего числа пролеченных больных с глаукомой не выявлено существенных различий в частоте случаев ее закрытоугольной (53,7±1,7%) и открытоугольной (46,3±1,7%) форм. В большинстве случаев открытоугольная глаукома наблюдалась в возрастной группе 60–79 лет, а закрытоугольная — 50–79 лет. Достоверно чаще болеют женщины. У большинства отмечена III стадия (42,3±2,5%), II стадия была у 31,8±2,4%, I — у 22,2±2,1%. Чаще болели женщины, за исключением IV и III стадий, которые с одинаковой частотой выявлены у пациентов обоих полов. К сожалению, встречались единичные случаи открытоугольной глаукомы в молодом возрасте. Полученные нами результаты диктуют важность профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации офтальмологических больных.

**Ключевые слова:** глаукома; заболевания глаза; закрытоугольная глаукома; обращаемость; открытоугольная глаукома; офтальмологические больные; слепота.

**Для цитирования:** Оморова Г. К., Болбачан К. Н., Болбачан О. А., Ибраимова Д. Д., Бекешова Э. Н. Обращаемость больных с глаукомой в Кыргызской Республике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):252–256. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-252-256>

**Для корреспонденции:** Оморова Гулузад Кулчороевна, докторант Ph.D, Международная Высшая Школа Медицины, e-mail: gomorova@gmail.com

**Omorova G. K.<sup>1</sup>, Bolbachan K. N.<sup>3</sup>, Bolbachan O. A.<sup>2</sup>, Ibraimova D. D.<sup>2</sup>, Bekeshova E. N.<sup>3</sup>**

## THE APPEALABILITY OF PATIENTS WITH GLAUCOMA IN THE KYRGYZ REPUBLIC

<sup>1</sup>The International Higher School of Medicine, 720054, Bishkek, the Kyrgyz Republic;  
<sup>2</sup>The B. N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University, 720000, Bishkek, the Kyrgyz Republic;  
<sup>3</sup>The Osh State University, 723500, Osh, the Kyrgyz Republic

According to world forecasting, the number of patients with glaucoma all over the world will reach 111.8 million up to 2040. The percentage of primary open-angle glaucoma is 2.34% and primary closed-angle glaucoma is 0.73%. According to mathematical forecast, further increasing of common and primary morbidity is expected. The retrospective analysis of patient records of the Department of Eye Microsurgery № 2 of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic was carried out. It is established that among total number of treated patients with glaucoma, no significant difference in rate of cases of closed-angle (53,7±1,7) and open-angle forms (46,3±1,7) was established. In most cases, open-angle glaucoma was diagnosed in age group of 60–79 years and closed-angle glaucoma in age group of 50–79 years. The women are reliably more often suffer of glaucoma. The majority of patients had stage III (42,3±2,5), stage II (31,8±2,4) and stage I (22,2±2,1). At all stages, women more often had glaucoma with the exception of stage III and IV that were diagnosed with same rate were diagnosed in patients of both sexes. Unfortunately, there were isolated cases of open-angle glaucoma at young age. The results of the study dictate importance of prevention, early diagnostic, treatment and rehabilitation of ophthalmologic patients.

**Keywords:** glaucoma; eye diseases; angle-closure glaucoma; open-angle glaucoma; appealability; ophthalmologic patient; blindness.

**For citation:** Omorova G. K., Bolbachan K. N., Bolbachan O. A., Ibraimova D. D., Bekeshova E. N. The appealability of patients with glaucoma in the Kyrgyz Republic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):252–256 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-252-256>

**For correspondence:** Omorova G. K., doctoral candidate of the International Higher School of Medicine. e-mail: gomorova@gmail.com

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 14.06.2023  
Accepted 02.11.2023

## Введение

Высокая медицинская и социальная значимость глаукомы определяется ее распространенностью,

хроническим и прогрессирующим течением, тяжестью последствий, снижением качества жизни пациентов [1]. Глаукома является второй по значимости причиной слепоты в мире и одной из приори-

За рубежом

тетных проблем системы здравоохранения разных стран, детерминирующей здоровье населения, особенно старших возрастных групп [2, 3].

В мире распространенность глаукомы среди людей в возрасте 40—80 лет составляет 3,5% (79,64 млн человек). По прогнозам, эта цифра будет неуклонно расти и составит к 2040 г. 111,8 млн человек. Доля первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) составляет 2,34%, первичной закрытоугольной глаукомы (ПЗУГ) — 0,73% [4].

Ранняя диагностика, адекватное лечение и реабилитация больных глаукомой — нерешенная проблема. Отсутствие жалоб у пациентов, сложность диагностики начальной стадии, хроническое прогрессирующее течение, приводящее к потере работоспособности и инвалидизации, а также значительные затраты на лечение позволяют говорить о глаукоме как о социально-экономическом заболевании [4—6].

Медико-социальное значение глаукомы усугубляется тем, что она является ведущей причиной необратимой слепоты и составляет около 6% всех случаев слепоты в мире [3, 7]. Отмечена тенденция стабильного роста числа больных глаукомой, нуждающихся в диспансерном наблюдении [2]. По данным математического прогноза, основанном на длительном отслеживании ситуации с глаукомой, ожидается дальнейшее увеличение общей и первичной заболеваемости [8, 9].

В связи с этим своевременная диагностика, лечение, систематическое наблюдение, а также хирургическое лечение больных в начальных стадиях процесса способствуют снижению числа случаев осложнений при глаукоме [2].

### Материалы и методы

В рамках исследования проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов отделения микрохирургии глаза № 2 Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, обратившихся по поводу глаукомы. Число пациентов с открытоугольной глаукомой составило 364, с закрытоугольной — 422. Пациенты разделены по полу и по возрастным группам.

Рассчитаны частота заболеваемости ( $P$ ), ошибка репрезентативности ( $m$ ), значимость различий статистических показателей по критерию Стьюдента; различия считались существенными при  $t^2$ .

### Результаты исследования

Среди общего числа пролеченных пациентов с глаукомой в отделении микрохирургии глаза № 2 Национального госпиталя не выявлено существенных различий в частоте случаев встречаемости закрытоугольной (53,7±1,7%) и открытоугольной (46,3±1,7%) форм ( $p>0,05$ ; табл. 1).

Так, в большинстве случаев открытоугольная глаукома диагностирована у больных в возрастной группе 60—69 лет, 70—79 лет, 80 лет и старше, а также 50—59 лет. В возрастном периоде 20—50 лет глаукома встречалась значительно реже. Закрыто-

Таблица 1

Частота случаев глаукомы (на 100 больных)

Возрастная группа	Глаукома				Вероятность безошибочного прогноза
	открытоугольная (n=364)		закрытоугольная (n=422)		
	n	P±m	n	P±m	
20—29 лет	4	0,5±0,2	3	0,4±0,1	p>0,05
30—39 лет	6	0,8±0,3	9	1,1±0,3	p>0,05
40—49 лет	11	1,4±0,4	60	7,6±0,9	p<0,001
50—59 лет	48	6,1±0,8	100	12,7±1,1	p<0,001
60—69 лет	120	15,3±1,2	93	11,8±1,1	p<0,01
70—79 лет	108	13,7±1,2	90	11,4±1,1	p>0,05
80 лет и старше	67	8,5±0,9	67	8,5±0,9	p>0,05
Всего...	364	46,3±1,7	422	53,7±1,7	p>0,05

Примечание. P±m — частота заболеваемости и ошибка репрезентативности; n — абсолютное число; значимость различий между открытоугольной и закрытоугольной формами глаукомы: \* — p>0,05; \*\* — p<0,01; \*\*\* — p<0,001.

угольная глаукома чаще встречалась в возрастном периоде 50—59 лет, 60—69 лет и 70—79 лет.

Не выявлено значимых различий в частоте встречаемости форм глаукомы у больных в возрасте 20—29 лет, 30—39 лет, 70—79 лет, 80 лет и старше. В 60—69 лет выявляется достоверно больше случаев открытоугольной формы глаукомы, нежели закрытоугольной. Превалируют случаи закрытоугольной формы глаукомы в 40—49 лет и в 50—59 лет по отношению к открытоугольной форме.

Анализ частоты зависимости открытоугольных форм глаукомы от пола показал, что женщины страдают данной формой глаукомы значительно чаще, чем мужчины (табл. 2).

Следует отметить, что значимая разница выявлена только в возрастной группе 70—79 лет (p<0,001), в других возрастных группах (30—39 лет, 40—49 лет, 50—59 лет, 60—69 лет и 80 лет и старше) различия в случаях глаукомы открытоугольной формы между мужчинами и женщинами не существенны (p>0,05), т. е. встречаются почти с одинаковой частотой. У мужчин открытоугольная глаукома чаще встречается в возрасте 60—69 лет, а закрытоугольная в 70—79 лет и в 60—69 лет (p>0,05).

Таблица 2

Частота случаев открытоугольной глаукомы (на 100 больных)

Возрастная группа	Открытоугольная глаукома (n=364)				Всего	
	мужчины (n=152)		женщины (n=212)		n	P±m
	n	P±m	n	P±m		
20—29 лет	—	—	4	0,5±0,2*	4	0,5±0,2
30—39 лет	4	0,5±0,2	2	0,2±0,1*	6	0,8±0,3
40—49 лет	7	0,9±0,3	4	0,5±0,2*	11	1,4±0,4
50—59 лет	21	2,7±0,5	27	3,4±0,6*	48	6,1±0,8
60—69 лет	51	6,9±0,8	69	8,8±1,0*	120	15,3±1,2
70—79 лет	37	4,7±0,7	71	9,0±1,0**	108	13,7±1,2
80 лет и старше	32	4,0±0,6	35	4,5±0,7*	67	8,5±0,9
Всего...	152	19,3±1,4	212	26,9±1,5**	364	46,3±1,7

Примечание. P±m — частота заболеваемости и ошибка репрезентативности; n — абсолютное число; \* — p>0,05; \*\* — p<0,001.

Таблица 3  
Частота случаев закрытоугольной формы глаукомы  
(на 100 больных)

Возрастная группа	Закрытоугольная глаукома (n=422)				Всего	
	мужчины (n=166)		женщины (n=256)			
	n	P±m	n	P±m	n	P±m
20—29 лет	1	0,1±1,0	2	0,2±0,1*	3	0,4±0,1
30—39 лет	4	0,5±0,2	5	0,6±0,2*	9	1,1±0,3
40—49 лет	29	3,7±0,6	31	3,9±0,6*	60	7,6±0,9
50—59 лет	47	5,9±0,8	53	6,7±0,9*	100	12,7±1,1
60—69 лет	32	4,0±0,6	61	7,8±0,9**	93	11,8±1,1
70—79 лет	39	5,0±0,7	51	6,5±0,8*	90	11,4±1,1
80 лет и старше	14	1,9±0,4	53	6,8±0,9**	67	8,5±0,9
Всего...	166	21,1±1,4	256	32,6±1,6**	422	53,7±1,7

Примечание. P±m — частота заболеваемости и ошибка репрезентативности; n — абсолютное число; \* — p>0,05; \*\* — p<0,001.

Закрытоугольная форма глаукомы (табл. 3) значимо чаще отмечена у женщин, чем у мужчин (p<0,001), в частности в 60—69 лет и 80 лет и старше. Различия не существенны в 20—29 лет, 30—39 лет, 40—49 лет, 50—59 лет и 70—79 лет (p>0,05).

Полученные результаты подтверждаются данными литературы, согласно которым ПЗУГ составляет 26,0% всех видов глаукомы в мире и чаще встречается у женщин.

Мужчины в 50—59, 60—69, 70—79, 80 лет и старше одинаково страдают глаукомой I стадии, отмечен единственный случай в 40—49 лет; женщины — чаще в 60—69 лет, 70—79 лет, 50—59 лет, 80 лет и старше; единичные случаи выявлены в 20—29 лет и в 40—49 лет. В 50—59 лет, 60—69 лет и 70—79 лет глаукома I стадии чаще встречалась у женщин, чем у мужчин, но в 80 лет и старше — у мужчин, чем у женщин (p<0,01). По одному случаю заболевания выявлено в 40—49 лет у мужчин и женщин (p>0,05). В одном случае оно выявлено у женщин возрастной группы 20—29 лет (табл. 4).

Открытоугольная глаукома II стадии наблюдалась среди больных в 31,8±2,4 случаев (11,8±1,6

мужчин и 20,0±2,1 женщин; p<0,001), у мужчин больше в 60—69 лет (4,6±1), 50—59 лет (1,9±0,7; p<0,01), 70—79 лет (2,2±0,7; p>0,05), 80 лет и старше (1,9±0,7; p>0,05) и 30—39 лет (1,1±0,5; p>0,05).

У женщин наибольшая частота случаев встречалась в 70—79 лет (7,7±1,4) и 60—69 лет (6,3±1,2; p>0,05), в 80 лет и старше (2,8±2,0 случая; p>0,05), 50—59 (1,6±0,6; p>0,05). В возрастных группах 20—29 лет, 30—39 лет и 40—49 лет открытоугольная глаукома II стадии встречалась с частотой 0,5±0,3.

Открытоугольная глаукома II стадии превалировала у лиц женского пола в 60—69 лет (6,3±1,2), 70—79 лет (7,7±1,4), 80 лет и старше (2,8±2,0), у мужчин — соответственно в 4,6±1,1 (p>0,05), 2,2±0,7 (p<0,001) и 1,9±0,7 (p>0,05) случаях, в 40—49 лет и 50—59 лет у мужчин больше (1,1±0,5 и 1,9±0,7), чем у женщин (0,5±0,3 и 1,6±0,6; p>0,05). По два случая глаукомы II стадии диагностированы в 20—29 лет и 30—39 лет только у женщин (по 0,5±0,3 соответственно). Преобладающее большинство (42,3±2,5) составили больные с открытоугольной глаукомой III стадии (мужчины — 19,7±2,0, женщины — 22,6±2,1; p>0,05). Среди мужского пола больше болели глаукомой данной стадии в 60—69 лет (6,0±1,2) и 70—79 лет (6,3±1,2), также в 80 лет и старше (3,9±1,0; p>0,05). В 30—39 лет (1,1±0,5), 40—49 лет (0,5±0,3) и 50—59 лет (1,9±0,7) наблюдалась незначительное число случаев; (p>0,05). Не было ни одного случая в возрастной группе 20—29 лет среди больных мужского пола.

Высокая частота случаев глаукомы III стадии среди больных женского пола была в 60—69 лет (6,0±1,2), 70—79 лет (7,7±1,4) и 80 лет и старше (6,3±1,2), в 50—59 лет наблюдалось 1,9±0,7 случая. По одному случаю приходилось на 20—29 лет (0,3±0,2) и 40—49 лет (0,3±0,2). Не было ни одного случая в 30—39 лет среди больных женского пола. С одинаковой частотой встречалась открытоугольная глаукома III стадии среди больных мужского и женского пола возрастной группы 60—69 лет (по 6,0±1,2 соответственно), чаще у женщин в 70—79 лет (7,7±1,4), 80 лет и старше (6,3±1,2), чем у мужчин

Таблица 4

Число случаев открытоугольной формы глаукома (на 100 больных)

Возрастная группа	Стадия															
	I стадия (n=81)				II стадия (n=116)				III стадия (n=154)				IV стадия (n=13)			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m	n	P±m
20—29 лет	—	—	1	0,3±0,2	—	—	2	0,5±0,3	—	—	1	0,3±0,2	—	—	—	—
30—39 лет	—	—	—	—	—	—	2	0,5±0,3	4	1,1±0,5	—	—	—	—	—	—
40—49 лет	1	0,2±0,2	1	0,3±0,2*	4	1,1±0,5	2	0,5±0,3*	2	0,5±0,3	1	0,3±0,2*	—	—	—	—
50—59 лет	6	1,6±0,6	14	3,9±1,0*	7	1,9±0,7	6	1,6±0,6*	7	1,9±0,7	7	1,9±0,7*	1	0,3±0,2	—	—
60—69 лет	6	1,6±0,6	23	6,3±1,2**	17	4,6±1,1	23	6,3±1,2*	22	6,0±1,2	22	6,0±1,2*	6	1,6±0,6	1	0,3±0,2*
70—79 лет	6	1,6±0,6	15	4,1±1,0**	8	2,2±0,7	28	7,7±1,4***	23	6,3±1,2	28	7,7±1,4*	—	—	—	—
80 лет и старше	6	1,6±0,6	2	0,5±0,3*	7	1,9±0,7	10	2,8±2,0*	14	3,9±1,0	23	6,3±1,2*	5	1,4±0,6	—	—
Всего...	25	6,8±1,3	56	15,4±1,9**	43	11,8±1,6	73	20,0±2,1*	72	19,7±2,0	82	22,6±2,1*	12	3,3±0,9	1	0,3±0,2*

Примечание. P±m — показатель заболеваемости открытоугольной глаукомой и ошибка репрезентативности; n — абсолютное число; \* — p>0,05, \*\* — p<0,01, \*\*\* — p<0,001.

За рубежом

( $6,3 \pm 1,2$  и  $3,9 \pm 1,0$  соответственно;  $p > 0,05$ ). Одинаковой была частота в 50—59 лет (по  $1,9 \pm 0,7$  случая соответственно), а в 40—49 лет больше у мужчин ( $0,5 \pm 0,3$ ), чем у женщин ( $0,3 \pm 0,2$ ;  $p > 0,05$ ).

Больные с открытоугольной глаукомой IV стадии составили  $3,6 \pm 0,9$  случая, причем на мужчин пришлось  $3,3 \pm 0,9$ , а на женщин —  $0,3 \pm 0,2$  случая ( $p < 0,001$ ). Больных мужского пола было больше среди 60—69-летних ( $1,6 \pm 0,6$ ), 80 лет и старше ( $1,4 \pm 0,6$ ) и лишь  $0,3 \pm 0,2$  в 50—59 лет. Только один случай пришелся на женщину возрастной группы 60—69 лет ( $0,3 \pm 0,2$ ). Среди возрастной группы 60—69 лет больных с глаукомой IV стадии мужчины ( $1,6 \pm 0,6$ ) больше болели, чем женщины ( $0,3 \pm 0,2$ ;  $p < 0,001$ ).

### Обсуждение

Среди общего числа больных с глаукомой, пролеченных в отделении микрохирургии глаза № 2 Национального госпиталя, не выявлено существенных различий в частоте случаев закрытоугольной ( $53,7 \pm 1,7$ ) и открытоугольной ( $46,3 \pm 1,7$ ) ее форм. В отличие от наших данных, по данным авторов [10, 11], в структуре всех глаукомных поражений глаза наибольший удельный вес среди клинических форм болезни занимает первичная открытоугольная глаукома (70%).

Актуальность данной патологии возрастает вследствие старения населения и увеличения доли старших возрастных групп в общей его структуре [3]. Это подтверждается данными N. Khachatryan и соавт. [12] и нашими результатами. По данным нашего исследования, в большинстве случаев открытоугольная глаукома наблюдалась у больных в возрастной группе 60—79 лет, а закрытоугольная — в 50—79 лет.

Исследования некоторых авторов показывают противоречивые данные о влиянии гендерных различий на патогенез ПОУГ. По результатам исследования, проведенного D. Grabb и соавт., уровень прогрессирования ПОУГ выше у мужчин (25,0%), чем у женщин (22,3%) [13]. Нами выявлена обратная тенденция. Открытоугольная форма глаукомы среди пролеченных больных достоверно чаще встречалась у женщин, чем у мужчин. Значимые различия в частоте между обоими полами выявлены только в возрастной группе 70-79 лет, в других возрастных группах различия были не существенны. Среди мужчин открытоугольная глаукома чаще всего встречается в возрасте 60—69 лет, а среди женщин — в 60—79 лет. Закрытоугольная форма глаукомы достоверно чаще встречалась среди женщин, чем среди мужчин, с достоверной разницей в 60—69 лет и 80 лет и старше.

У большинства пролеченных больных с открытоугольной глаукомой отмечена III ( $42,3 \pm 2,5$ ), II ( $31,8 \pm 2,4$ ) и I ( $22,2 \pm 2,1$ ) стадии. При всех стадиях чаще болели женщины, за исключением IV и III стадий, когда частота заболевания была одинаковой у обоих полов. Следующей возрастной категорией с большим числом случаев глаукомы среди женщин являлся возраст 70—79 лет, за исключением III ста-

дии, когда число случаев среди мужчин было также высоким. К сожалению, встречались единичные случаи открытоугольной глаукомы в молодом возрасте.

### Заключение

Полученные нами результаты диктуют важность профилактики, ранней диагностики, лечения, реабилитации офтальмологических больных с целью организации комплексного оказания медицинских услуг в системе здравоохранения, в том числе на уровне первичного звена медико-санитарной помощи. Необходима специализированная глаукомная служба, открытие глаукомных кабинетов на первичном уровне системы здравоохранения для скрининга населения в возрасте 40 лет и старше путем проведения тонометрии глаз. Лица с наибольшим риском развития глаукомы с учетом пола и возраста должны быть вовремя обследованы офтальмологом для более раннего обнаружения и замедления прогрессирования заболевания.

Кроме того, возникает ряд проблем, связанных с увеличением нагрузки на глазных врачей на первичном уровне медицинских услуг, снижающих качество и эффективность их работы. Данные проблемы являются причиной практического отсутствия профилактической работы по активному выявлению больных глаукомой [1]. Особенно важны совершенствование поликлинического этапа диспансеризации, организация раннего выявления больных с открытоугольной формой заболевания.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Маньяков Р. Р., Османов Э. М., Жабина У. В., Берсенева Е. А., Ефимов Д. В., Гараева А. С. Анализ сопутствующей патологии в офтальмологической практике на основе данных электронных медицинских карт. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(5):909—15.
2. Аликова Т. Т., Аликова З. Р., Фидарова К. К., Яхъева З. И. Уровень заболеваемости глаукомой и диспансерного наблюдения за больными: региональные особенности. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;(8-2):149—52.
3. Коняев Д. А., Попова Е. В., Титов А. А., Агарков Н. М., Яблочков М. М., Аксёнов В. В. Распространенность заболеваний глаза у пожилых — глобальная проблема современности. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(1):62—8.
4. Нероев В. В., Киселева О. А., Бессмертный А. М. Основные результаты мультицентрового исследования эпидемиологических особенностей первичной открытоугольной глаукомы в Российской Федерации. *Российский офтальмологический журнал*. 2013;6(3):4—7.
5. Tham Y. C., Li X., Wong T. Y., Quigley H. A., Aung T., Cheng C. Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2014;121(11):2081—90.
6. Егоров Е. А., Еричев В. П. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 384 с.
7. Bourne R. R. A., Jonas J. B., Bron A. M., Cicinelli M. V., Das A., Flaxman S. R. Prevalence and causes of vision loss in high income countries and in Eastern and Central Europe in 2015: magnitude, temporal trends and projections. *Br. J. Ophthalmol.* 2018;102(5):575—85.
8. Чухраев А. М., Ходжаев Н. С., Кечин Е. В. Анализ структуры телемедицинских консультаций по профилю «офтальмология»

- в Российской Федерации. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020;64(1):22–8.
9. Выдров А. С., Комаровских Е. Н., Пискун В. Е. Длительная динамика и среднесрочный прогноз заболеваемости глаукомой в Амурской области. *Российский офтальмологический журнал*. 2016;9(2):23–6.
  10. Lou F. L., Zhao Y., Fu J. L., Li P., Lou F. L. Epidemiology and clinical characteristics of patients with glaucoma: An analysis of hospital data between 2003 and 2012. *Indian J. Ophthalmol.* 2015;63(11):825–31.
  11. Quigley H. A., Broman A. T. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br. J. Ophthalmol.* 2006;90(3):262–67.
  12. Khachatryan N., Pistilli M., Maguire M. G., Regina M., Fertig R., Salinas J. Primary Open-Angle African American Glaucoma Genetics (POAAGG) Study: gender and risk of POAG in African Americans. *PLoS One*. 2019;14(8):e0218804.
  13. Crabb D. P., Saunders L. J., Edwards L. A. Cases of advanced visual field loss at referral to glaucoma clinics — more men than women? *Ophthalm. Physiol. Opt.* 2016;37(1):82–7.
- Поступила 14.06.2023  
Принята в печать 02.11.2023
- #### REFERENCES
1. Man'yakov R. R., Osmanov E. M., Zhabina U. V., Berseneva E. A., Efimov D. V., Garaeva A. S., et al. Analysis of comorbidity in ophthalmic practice based on electronic health record data. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(5):909–15 (in Russian).
  2. Alikova T. T., Alikova Z. R., Fidarova K. K., Yakheva Z. I. Incidence rate of glaucoma and dispensary surveillance of patients: regional features. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2016;(8-2):149–52 (in Russian).
  3. Konyaev D. A., Popova E. V., Titov A. A. The prevalence of eye diseases in the elderly is a global problem of our time. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2021;65(1):62–8 (in Russian).
  4. Neroev V. V., Kiseleva O. A., Bessmertnyy A. M. Main results of multicenter study of epidemiological features of primary open-angle glaucoma in the Russian Federation. *Rossiyskiy oftal'mologicheskii zhurnal*. 2013;6(3):4–7 (in Russian).
  5. Tham Y. C., Li X., Wong T. Y., Quigley H. A., Aung T., Cheng C. Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2014;121(11):2081–90.
  6. Egorov E. A., Elichev V. P. A national guide to glaucoma for practitioners [*Natsional'noye rukovodstvo po glaukome dlya praktikuyushchikh vrachey*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 384 p. (in Russian).
  7. Bourne R. R. A., Jonas J. B., Bron A. M., Cicinelli M. V., Das A., Flaxman S. R. Prevalence and causes of vision loss in high income countries and in Eastern and Central Europe in 2015: magnitude, temporal trends and projections. *Br. J. Ophthalmol.* 2018;102(5):575–85.
  8. Chuhraev A. M., Hodjaev N. S., Kechin E. V. Analysis of the structure of telemedical consultations on the profile “ophthalmology” in the Russian Federation. *Zdravookhranenie Rossijskoj Federatsii*. 2020;64(1):22–8 (in Russian).
  9. Vydrov A. S., Komarovskikh E. N., Piskun V. E. Long-term dynamics and medium-term forecast of glaucoma incidence in the Amur region. *Rossiyskiy oftal'mologicheskii zhurnal*. 2016;9(2):23–6 (in Russian).
  10. Lou F. L., Zhao Y., Fu J. L., Li P., Lou F. L. Epidemiology and clinical characteristics of patients with glaucoma: An analysis of hospital data between 2003 and 2012. *Indian J. Ophthalmol.* 2015;63(11):825–31.
  11. Quigley H. A., Broman A. T. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br. J. Ophthalmol.* 2006;90(3):262–67.
  12. Khachatryan N., Pistilli M., Maguire M. G., Regina M., Fertig R., Salinas J. Primary Open-Angle African American Glaucoma Genetics (POAAGG) Study: gender and risk of POAG in African Americans. *PLoS One*. 2019;14(8):e0218804.
  13. Crabb D. P., Saunders L. J., Edwards L. A. Cases of advanced visual field loss at referral to glaucoma clinics — more men than women? *Ophthalm. Physiol. Opt.* 2016;37(1):82–7.

# История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024  
УДК 614.2

**Игнатъев В. Г.<sup>1</sup>, Затравкин С. Н.<sup>1,2</sup>, Вишленкова Е. А.<sup>3</sup>**

## ДОЛГИЙ 1992 ГОД В ЛЕКАРСТВЕННОЙ (НЕ)ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РОССИИ. СООБЩЕНИЕ 1: ИСПЫТАНИЕ РЫНКОМ

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

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, г. Москва;

<sup>3</sup>Мюнхенский университет им. Людвига — Максимилиана, 80539, г. Мюнхен, Германия

1992 г. — важная веха в истории российского фармацевтического рынка. Начался он не с января, а с декабря 1991 г., когда были обнародованы предписания президента и правительства открыть свободный рынок лекарств. Рыночная экономика мыслилась советникам Б. Н. Ельцина как верное средство от лекарственных дефицитов, коррупции и чиновничьей монополии. Однако панацея не сработала, более того — породила совершенно новые проблемы. Безопасность человека и государства подразумевает защиту от угроз зависимости, а неподготовленное ныряние в рынок погрузило россиян и страну в глубокую зависимость от импорта лекарств и зарубежных фармкомпаний.

Предлагаемое исследование развивает наши публикации в данном журнале и в журнале «Фармация» (2022). Тогда анализ лекарственного голода был осуществлен на основе опубликованных источников и опирался на журналистские свидетельства. Текущее исследование реализовано на основе архивных документов Минздрава России и авторских интервью с представителями регулятора. Первое сообщение раскрывает административный механизм порождения кризиса лекарственного обеспечения в первый постсоветский год нашей страны.

**Ключевые слова:** фармацевтический рынок; история медицины; социология рынков; Россия девяностых.

**Для цитирования:** Игнатъев В. Г., Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Долгий 1992 год в лекарственной (не)обеспеченности России. Сообщение 1: испытание рынком. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):257—262. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-257-262>

**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](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Ignatiev V. G.<sup>1</sup>, Zatravkin S. N.<sup>1,2</sup>, Vishlenkova E. A.<sup>3</sup>**

## THE LONG 1992 YEAR IN MEDICINAL (NON-)SECURITY OF RUSSIA. REPORT I. MARKET TRIAL

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

<sup>2</sup>The State Budget Institution “The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department”, 115088, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Ludwig-Maximilian University of Munich, 80539 Munich, Germany

The year 1992 is an important landmark in the history of Russian pharmaceutical market. It began not in January, but in December 1991, when orders of the President and the Government to open free market of medications were promulgated. The Yeltsin advisers conceived that market economy was infallible means to combat medication shortages, corruption and bureaucratic monopoly. However, panacea did not work. Moreover, it gave rise to completely new problems. The human and state security implies protection from threats of dependence. The unprepared dive into market plunged Russians and the country into deep dependence on imported medications and foreign pharmaceutical companies.

The proposed study proceeds our publications in this journal and in journal “Pharmacia” in 2022. At that time, analysis of medication “famine” was implemented on basis of published sources and relied on journalistic evidences. The current study was carried out on the basis of archive documents of the Ministry of Health of the Russian Federation and authors interviews of representatives of the regulator. The first report reveals administrative mechanism that engendered crisis of medication supply in the first post-Soviet year of our country.

**Keywords:** pharmaceutical market; history of medicine; sociology of markets; Russia of the nineties.

**For citation:** Ignatiev V. G., Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The long 1992 year in medicinal (non-)security of Russia. Report I. Market trial. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):257—262 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-257-262>

**For correspondence:** Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia”. e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 23.07.2023  
Accepted 02.11.2023

### «Вперед! В прошлое»

Этот оксюморон из одноименного фильма часто звучал в девяностые годы в России, которая разбиралась с доставшимся ей советским наследием. Тогда считалось, что развал СССР был предрешен его стагнирующей плановой экономикой. Задолженности, низкий уровень жизни населения, коррупция партийной элиты и монополия чиновников, архаизация производств, доминирование военной промышленности привели к политическому кризису, в результате чего Колосс пал. Именно так видели или так подавали ситуацию люди, пришедшие к власти в новой России, которых стремление не допустить возрождения советскости толкало к ускоренному демонтажу блоков социалистической экономики. В связи с этим ключевым в рассуждениях политиков, ответственных за лекарственное обеспечение, оказалось понятие «рынок». На него нанизаны различные инициативы и мероприятия тех лет, которые оценивались верховной властью в дихотомическом противопоставлении: «рыночное, то есть новое и хорошее» vs «нерыночное, то есть старое и плохое».

Судя по отложившимся в архивах документам, воспоминаниям и опубликованным постановлениям, сотрудники Министерства здравоохранения и взаимодействующих с ним государственных ведомств получили от правительственной команды предписание создать в стране свободный саморегулирующийся рынок. Очевидно, ельцинские соратники надеялись благодаря частной собственности обрести освобождение от паралича экономики и гарантию собственных политических позиций. Но проблема заключалась в том, что ни в экспертном, ни в обыденном сознании рынок не был простым и понятным феноменом. И его нельзя было механически перенести откуда-либо и привить на любую почву. Предстояло создавать свой, российский рынок, исходя из местных условий и с опорой на собственные компетенции. Легко предположить, что в постсоциалистической стране перевод советской распределительной системы лекарственного обеспечения на рыночную осуществляли люди, имевшие слабое представление о рыночных механизмах вообще и о фармацевтическом рынке в частности. Ошибки на этом пути были почти неизбежны, но некоторые из них можно было предвидеть, и они стали роковыми для жизни и здоровья россиян.

#### Свободный рынок, свободные цены

Восстанавливая логику создания и цепь событий в истории российского фармацевтического рынка, мы обнаружили в этой документальной ленте уникальную разметку. Не распад Советского Союза стал ключевым событием для лекарственного обеспечения страны. Рубеж, архаизировавший советскую систему лекарственного обеспечения, создали датированные декабрем 1991 г. тексты президента и правительства: Указ № 260 «О неотложных мерах по преодолению кризисной ситуации с обеспечением лекарствами и медицинской техникой» [1] и принятое

на его основе Постановление № 68 «О неотложных мерах по обеспечению населения и учреждений здравоохранения РСФСР лекарственными средствами в 1992 году и развитию фармацевтической промышленности в 1992—1995 годах» [2].

В беседе с нами бывший сотрудник Аппарата Правительства В. В. Береговых признался, что проект Постановления он готовил вместе с сотрудниками Отдела здравоохранения и социального обеспечения Аппарата Правительства РФ в соответствии с предписаниями первого заместителя председателя Правительства Г. Э. Бурбулиса. «Мне тогда выдали одеяло и подушку, чтобы не тратил время на поездки домой,— вспоминал он,— и поставили задачу создать текст постановления за 10 дней». И надо отдать должное исполнителям: в тексте Государственной программы, приложенной к Постановлению, есть четкость направления и последовательность реформирования фармацевтической отрасли. В отличие от череды предшествующих правовых актов и предписаний, эти тексты не только признали «пожар» лекарственного обеспечения в стране и обещали затушить его финансовыми потоками, но и предложили конкретную программу реформирования системы.

Задач и проектов в Постановлении много, но глобальных новаций — три.

Во-первых, система лекарственного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) получала статус приоритетной не только в социальном, но и в экономическом отношении. Очевидно, так называемые младореформаторы считали фармацевтику одним из локомотивов экономического роста страны.

Во-вторых, планировалась деконструкция прежней командно-административной системы лекарственного обеспечения, место которой освобождалось под свободный конкурентный фармацевтический рынок. Сохранение «монопольного положения предприятий и организаций, объединенных в государственные структуры», и «административное управление производством и централизованным распределением фармацевтической продукции» впервые было признано одним из факторов дефицита лекарств в стране.

Для улучшения ситуации предлагалось в течение 1992—1995 гг.: заменить систему централизованного планирования, фондированного и лимитированного финансового и материально-технического обеспечения производства лекарственных средств на полную хозяйственную самостоятельность предприятий и аптечных учреждений; провести демонополизацию и децентрализацию распределения лекарственных средств, перейти на прямые хозяйственные связи между предприятиями-изготовителями и потребителями этой продукции, осуществить разгосударствление и приватизацию предприятий фармацевтической промышленности и аптечных учреждений, сформировать полноценную рыночную инфраструктуру и систему управления, обеспечивающие развитие предпринимательской

## История медицины

деятельности в сфере производства и реализации населению лекарственных средств, создать специальную систему финансирования, кредитования и страхования предпринимательской деятельности за счет бюджетных систем, внебюджетных финансовых фондов и, в частности, фонда поддержки предпринимательства, собственных средств предприятий и иностранных инвестиций.

В-третьих, декларировалась готовность России сойти с фантомного пьедестала передовой державы и открыться к восприятию мировых технологий: предстояло создать в стране производство лекарственных средств на основе опыта, знаний и технологий западных фармацевтических гигантов. В частности, правительство обещало направить основные капитальные вложения на строительство совместных с иностранными компаниями фармацевтических заводов «под ключ». Их предполагалось локализовать в городе Кстово Нижегородской области, Новокузнецке Кемеровской области, Томске и др. Для новых предприятий предстояло приобрести у Запада технологическое оборудование и ноу-хау, ввести аналогичные стандарты надлежащей производственной практики (GMP) и т. п.

Теоретически казалось, что все это возможно сделать, ведь президент и правительство обещали для реализации реформ щедрые инвестиции. Так, только на закупку по импорту жизненно необходимых лекарственных средств, сырья, материалов и оборудования для их изготовления планировалось выделить 1,35 млрд инвалютных рублей (2,25 млрд долларов США) и не менее 10% объема всех иностранных кредитов, получаемых по межправительственным соглашениям. Кроме того, были запланированы прямые многомиллионные валютные и рублевые инвестиции в создание производственных площадок и для научных изысканий, введение налоговых льгот и программ льготного кредитования фармпроизводителей.

При этом Указом Б. Н. Ельцина от 5 декабря 1991 г. химико-фармацевтические предприятия<sup>1</sup> были переданы в управление Министерства здравоохранения, а правительству поручено создать межведомственную Государственную комиссию по неотложным мерам обеспечения лекарствами и медицинской техникой населения и учреждений здравоохранения<sup>2</sup>.

Что же касается потребителей, то им в преддверии рынка и либерализации цен президент дал гарантии ценовой доступности препаратов, включенных в перечень жизненно важных (тогда это был список из 784 фармакологических, 149 иммунобиологических и 479 диагностических препаратов и

средств), а также осуществление программы льготного лекарственного обеспечения.

### Кризис неплатежей

Самым сложным и, как оказалось, непреодолимым испытанием для описанного выше проекта государственного реформирования российской фармацевтической отрасли оказалась всеобщая либерализация цен. Как уже было сказано, авторы Постановления Правительства учитывали это обстоятельство, но рассматривали его не в качестве проблемы, а как один из инструментов преобразований. В частности, они рассчитывали, что «намечаемая к осуществлению в 1992 г. реформа системы ценообразования» в конечном счете приведет оптовые и розничные цены на лекарства «в сбалансированное состояние с фактическими расходами на производство и реализацию указанной медицинской продукции и уровнем спроса и потребления на нее» [2]. И такой взгляд на проблему полностью укладывался в гайдаровскую формулу, которая в 1991 г. повторялась как мантра всеми младореформаторами: «Либерализация цен позволит наладить функционирование экономики».

Правительственные заказчики проекта исходили из аксиомы, что свободные цены — это благо и в конце концов они приведут «в сбалансированное состояние фактические расходы на производство и реализацию указанной медицинской продукции с уровнем спроса и потребления на нее» [2]. Такой упрощенный подход к пониманию рынка как «невидимой управляющей руки» (в духе теорий А. Маршалла) был даже тогда архаичным для академических экспертов. Но ведь реформаторы не сдавали экзамены на экономическую или социологическую компетентность, а времени на консультации с экспертами и проверку собственных предположений им никто не оставил.

Но вырвавшиеся из-под планки государственного контроля цены почти сразу же дестабилизирова-

<sup>1</sup> В управление Минздрава перешли Государственная корпорация «Фарминдустрия», объединившая к тому времени все химико-фармацевтические предприятия страны, а также Государственный концерн «Иммуноген», объединивший производства иммунобиологической продукции, и Государственный концерн «Биопрепарат», в который входили предприятия по производству лекарств и вакцин, а также научно-исследовательские институты.

<sup>2</sup> Распоряжением Правительства РФ от 3 января 1992 г. № 9-р председателем Комиссии была назначена первый заместитель министра здравоохранения Б. А. Денисенко, ее заместителем — заместителем министра здравоохранения А. М. Москвичев. В состав комиссии также вошли: председатель подкомитета Комитета Верховного Совета РФ по охране здоровья, социальному обеспечению и физической культуре Л. И. Коган; главный государственный инспектор РФ, начальник Контрольного управления Президента В. А. Махарадзе; первый заместитель председателя ГК по делам конверсии при Президенте РФ Б. Н. Мамаев; заместитель министра социальной защиты населения А. А. Житников; заместитель министра транспорта А. В. Клевцов; заместитель министра экономики и финансов Ю. Г. Ольховников; заместитель председателя ГК санитарно-эпидемиологического надзора при Президенте РФ Г. Г. Онищенко; руководитель отдела Министерства иностранных дел В. Л. Куликов; заместитель начальника оперативного-торгового управления Комитета внешнеэкономических связей при Министерстве иностранных дел Р. С. Гушан; заместитель председателя правления Внешторгбанка РФ, начальник валютно-финансового управления С. Л. Осинягов; начальник управления организации таможенного контроля Государственного таможенного комитета Н. А. Лютов; генеральный директор Р/О «Фармация» А. Д. Апазов; специалист-эксперт Отдела здравоохранения и социального обеспечения Аппарата Правительства РФ В. В. Береговых. Комиссия была упразднена Указом Президента РФ от 30.09.1992 № 1150.

ли снабжение страны медикаментами. Уже 2 января 1992 г. все лекарства, находившиеся на складах и в аптеках, подорожали в четыре раза [3]. И ровно в этот самый момент имевшиеся у аптечной службы свободные средства на приобретение новых партий медикаментов обесценились вчетверо. А рост цен продолжался: в марте они превысили показатели 1991 г. в 5—10 раз, к середине 1992 г. — в 15 раз, а концу года — в 30—40 раз<sup>3</sup>.

Ключевую роль в этом росте сыграли производители, столкнувшиеся в начале года с новыми реалиями цен на сырье, материалы, энергоресурсы, логистику и другие услуги; 28-процентным НДС.

Чем выше и быстрее поднимались цены, тем меньше оставалось оборотных средств у аптек и аптечных складов. Пока продавалась закупленная партия лекарств, средств, вырученных от ее реализации, оказывалось недостаточно для приобретения аналогичной новой партии. И расходиться лекарства стали много хуже. Из-за снижения покупательной способности населения сроки реализации продукции растягивались, а ее объемы сокращались. В середине 1992 г. продажи лекарств в натуральном выражении снизились вдвое по сравнению с аналогичным периодом 1991 г. [3].

Всем поставщикам было трудно вернуть себе деньги за медикаменты, поставленные в лечебно-профилактические учреждения: прирост бюджетных ассигнований на здравоохранение оказался в разы меньше роста цен на лекарства. Оборотные средства таяли на глазах, а пополнять их было не из чего. Государственных дотаций на покрытие убытков от переоценки лекарственных средств выделено не было, кредитование аптечной сети Центральным банком под 2—3% годовых было прекращено, а ставки по кредитам в коммерческих банках на уровне 80—100—150% годовых были неподъемны для аптечной системы.

Еще одним ударом по оборотным средствам аптек стала реализация жизненно важных лекарственных препаратов, составлявшая около 30% оборота. Государство должно было компенсировать аптекам разницу между свободными закупочными и регулируемые розничными ценами. Однако, во-первых, это происходило со значительными задержками, а во-вторых, не в полном объеме<sup>4</sup>.

Возник классический кризис неплатежей по всей товаропроводящей цепочке: аптека — аптечный склад — предприятие фармпромышленности — поставщик сырья. Уже весной 1992 г. склады фарм-предприятий оказались переполнены готовой продукцией, а в аптеках и ЛПУ больные не могли получить необходимые им лекарства. Тогда снабжение не прекратилось полностью только потому, что львиная доля заводов, аптечных складов и регио-

нальных «Фармаций» оставались государственными и по указанию Минздрава продолжили отгружать продукцию потребителям в долг.

В июне 1992 г. А. И. Воробьев докладывал Е. Т. Гайдару, что на 1 мая текущего года просроченная задолженность заводам химико-фармацевтической индустрии составляет свыше 5 млрд руб., а готовой неотгруженной продукции на складах на эту же дату скопилось более чем на 6,7 млрд руб., что соответствовало двухмесячному объему производства<sup>5</sup>. Директора заводов начали массово отправлять сотрудников в неоплачиваемые отпуска, останавливать цеха по выпуску лекарственных средств и перепрофилировать их на выпуск немедицинской продукции<sup>6</sup>.

Хуже всего пришлось производителям фармацевтических субстанций, оказавшимся в совершенно безвыходной ситуации. В отличие от своих коллег, они не могли бесконечно повышать цены, поскольку уже в первом квартале 1992 г. они сначала сравнялись, а затем и обогнали цены на китайские и индийские аналоги. Оказавшись перед выбором — либо работать с отрицательной рентабельностью, либо полностью проиграть конкурентную борьбу, — отечественные заводы приняли решение полностью прекратить выпуск многих из них.

#### Угроза лекарственного голода

Падение производства отечественных лекарств и ограничение их поступления в товаропроводящую систему многократно усугублялись тем, что из-за неоплаченных долгов за поставки 1990—1991 гг. западные фармацевтические компании сократили, а многие и полностью остановили товарное кредитование России лекарствами, полупродуктами, сырьем и материалами. Задолженность перед ними действительно была большой. По расчетам Контрольного управления Президента, она составляла 365 млн инвалютных рублей (более 600 млн долларов)<sup>7</sup>, а перспективы ее погашения даже не просматривались.

В декабре 1991 г. прекратила работать специально созданная для оплаты импорта медикаментов система проведения платежей, предусматривавшая зачисление средств от советского экспорта товаров и услуг на счета во Внешэкономбанке и их последующее использование для оплаты лекарств. Из-за отсутствия ликвидности Внешэкономбанк сначала (4 декабря) заявил о приостановке выплат по долгам СССР, а затем (19 декабря) заморозил операции по валютным счетам всех предприятий и организаций. Чтобы спасти банк, в январе 1992 г. правительство легитимировало это положение вещей специальным Постановлением Верховного Совета «О Банке Внешнеэкономической деятельности СССР». После этого зарубежные компании осуществляли поставки фармацевтической продукции только на ус-

<sup>3</sup> К началу лета 1992 г., например, эритромицин подорожал в 11 раз, метионин — в 16, настойка валерианы — в 31, бромкамфора — в 81 раз (Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 26. Л. 42).

<sup>4</sup> Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 5. Л. 193; Д. 21. Л. 1—3.

<sup>5</sup> Там же. Оп. 1. Д. 19. Л. 133—135.

<sup>6</sup> Там же. Оп. 1. Д. 19. Л. 133—135; Д. 5. Л. 40—41.

<sup>7</sup> Там же. Оп. 1. Д. 8. Л. 256.

## История медицины

ловиях предоплаты. Но поскольку правительство в первом квартале 1992 г. не выделило финансирование на эти цели, поставок импортных препаратов становилось меньше и меньше.

В стране появилась и с каждым днем нарастала угроза лекарственного голода в отношении препаратов, которые либо не производились на территории РСФСР, либо выпускались в малых количествах, либо производились из импортных полупродуктов<sup>8</sup>. В феврале 1992 г. сотрудники Минздрава слали в правительство чуть ли не ежедневные сообщения о критической ситуации с лекарствами<sup>9</sup> и надвигающейся социальной катастрофе<sup>10</sup>. Характерным для этой корреспонденции является письмо заместителя министра Б. А. Денисенко к Бурбулису: «Положение с обеспечением медикаментами ухудшается с каждым днем. Запасы лекарств по отдельным фармакологическим группам в лечебных и аптечных учреждениях России практически исчерпаны, останавливаются плановые, срываются срочные хирургические операции. Крайне недостаточно противодиабетических и противоастматических препаратов, от ежедневного приема которых зависит жизнь сотен тысяч больных. Полностью отсутствует целый ряд препаратов, применяемых в анестезиологии, гематологии, онкологии, пересадке органов»<sup>11</sup>. Из-за отсутствия импортных фармстанций остановился выпуск ряда жизненно важных лекарств — сообщила она и предвещала необратимые последствия<sup>12</sup>.

Она же, как председатель Государственной комиссии по неотложным мерам обеспечения лекарствами, докладывала Е. Т. Гайдару о том, что за первые два месяца текущего года не заключено ни одного нового контракта с зарубежными фармкомпаниями, и просила срочно утвердить валютный план на закупку жизненно важных лекарств, сырья, субстанций и оборудования для изготовления вакцин, сывороток, изделий медицинского назначения<sup>13</sup>.

О критическом состоянии с лекарствами извещал президента и главный государственный инспектор В. А. Махарадзе. Проведенная Контрольным управлением проверка выявила, что на 10 февраля в лечебных учреждениях и аптеках «полностью отсутствуют препараты: рогипнол, калипсол, сомбревин, применяемые в анестезиологии; имуран, необходимый для пересадки почек; платидиам, винкристин, депопровера и алкеран, используемые в онкологии. На месяц осталось запасов натрия хлорида и преднизолона для инъекций, необходимых в работе скорой помощи; леуназы, применяемой в гематологии»<sup>14</sup>.

Помимо тех препаратов, что назвал в своем рапорте Махарадзе, из аптек почти полностью исчезли

медикаменты для лечения фенилкетонурии; противоастматические аэрозольные лекарства; препараты для лечения трихомониаза и грибковых заболеваний, противоглистные средства; большинство средств, применяемых при родовспоможении; рентгеноконтрастные и многие другие диагностические средства. На уровне 2—3% удовлетворялась потребность здравоохранения в донорской крови, антистафилококковом иммуноглобулине, плацентарном и донорском альбуминах, протеине для инъекций [4]. Крайне сложной была обстановка с обеспечением инсулинами 7 млн больных сахарным диабетом<sup>15</sup>.

Членов правительства будоражили и региональные власти. Руководители Вологодской, Екатеринбургской, Нижегородской и Омской областей настоятельно просили разблокировать валютные счета администраций регионов во Внешэкономбанке, чтобы они могли приобрести медикаменты для больных и умирающих соотечественников<sup>16</sup>. Администрация Самарской области обратилась с просьбой разрешить ей закупать лекарства по бартеру<sup>17</sup>. Минздрав поддерживал локальные инициативы, но соответствующих разрешений от правительства не получил. Положение дел продолжало ухудшаться. К весне 1992 г. обеспечение больниц лекарствами находилось уже на уровне 30% от реальной потребности.

Главный государственный инспектор предупредил президента, что проблема лекарственного обеспечения приобретает политический характер и «может привести к всплеску социального недовольства»<sup>18</sup>. Это была реальная угроза для правящей власти, и ее опасались.

### Стоны потребителей

О том, насколько тяжело было жить россиянам без вакцин, лекарств и медицинской техники, свидетельствуют тысячи писем во власть. Оказавшиеся на краю жизни, авторы писем описывали собственные страдания, прошлые заслуги перед Отечеством и нынешние обиды от лишений. Типовым для этого потока корреспонденции является письмо ветерана Великой Отечественной войны И. А. Яковлева из города Чистополь. Написанное на имя Б. Н. Ельцина, оно попало в справку, составленную для президента начальником отдела писем и приема граждан в июле 1992 г. Поведав о безрезультатных поисках препарата от астмы, хронически больной человек передал свои муки следующими словами: «Больше терпеть не могу, и говорю прямо: рад бы умереть, но ведь нет — мучаюсь...»<sup>19</sup>.

Конечно, писать лично президенту или в обезличенный «Кремль» решались немногие. Для этого нужно было обладать каким-то символическим капиталом, например признанием героем или инвали-

<sup>8</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 116.

<sup>9</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 115.

<sup>10</sup> Там же. Д. 5. Л. 40—41; Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 115.

<sup>11</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 116.

<sup>12</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 115.

<sup>13</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 116—117.

<sup>14</sup> Там же. Оп. 1. Д. 8. Л. 256.

<sup>15</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 54.

<sup>16</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 52—53.

<sup>17</sup> Там же. Оп. 1. Д. 219. Л. 121.

<sup>18</sup> Там же. Оп. 1. Д. 8. Л. 257—258.

<sup>19</sup> Там же. Оп. 1. Д. 26. Л. 41.

дом отечественных войн или атомных испытаний,— быть тем, кому советские власти гарантировали пожизненные медицинские льготы. Некогда старший инженер Министерства радиотехнической промышленности, автор книги по ядерной физике, а в 1993 г. пенсионер Е. А. Левандовский их имел. «Я восхищен вашей борьбой за права человека,— писал он в личном обращении к президенту,— но не забывайте в пылу борьбы о человеке»<sup>20</sup>. Далее заслуженный пенсионер рассказал, что ему — хронически больному человеку — впервые отказали в бесплатных лекарствах, сославшись на отсутствие финансирования. После вмешательства Ельцина лекарства бывшему атомщику все же нашли<sup>21</sup>. А сколько было тех россиян, кому они вовремя не достались?

В уже упоминавшейся справке Б. Н. Ельцину приводились и слова академика В. И. Шумакова о катастрофической ситуации с оказанием помощи больным, находящимся на искусственной почке, а также после трансплантации органов. Шумаков предупреждал, что если не последует неотложных мер, то следует ожидать «быстрой и массовой гибели больных»<sup>22</sup>.

Редакция газеты «Слезы народа» выступала общественным обвинителем и выразителем интересов безмолвных страдальцев. В связи с отсутствием в Воронежской области лекарств в аптеках и больницах член редколлегии В. И. Чернышев направил премьер-министру В. С. Черномырдину вызывающее письмо. «Чиновники по-прежнему в спецлечебницах имеют все необходимое для восстановления своего здоровья»,— негодовал он<sup>23</sup>. А простые люди гибнут. Вероятно, журналист нагнетал ситуацию. Комиссия Минздрава не выявила в Воронежской области случаев слепоты у стариков и детей из-за отсутствия пилокарпина, о которых писала газета, но многих важных для жизни лекарств в аптеках и больницах действительно не оказалось<sup>24</sup>. Явный лекарственный дефицит побуждал журналистов требовать от правительства дотаций и инвестиций.

Тревожные, просительные, угрожающие письма во власть шли от лица пациентов и их родственников, от врачей лечебных учреждений, провизоров и директоров аптек, от региональных властей и местных журналистов. Злодеев в этой истории не было. Но факт остается фактом: правительство не смогло просчитать последствий всеобщей либерализации цен применительно к фармацевтической отрасли. Трансакционные издержки на этом пути, особенно в условиях стремительной инфляции, оказались критическим и неучтенным фактором со стороны прародителей фармацевтического рынка. В результате унаследованная от СССР система лекарственного обеспечения не трансформировалась, а просто обваливалась и рушилась.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РСФСР от 5 декабря 1991 года № 260 «О неотложных мерах по преодолению кризисной ситуации с обеспечением лекарствами и медицинской техникой». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/541>
2. Постановление Правительства от 26 декабря 1991 года № 68 «О неотложных мерах по обеспечению населения и учреждений здравоохранения РСФСР лекарственными средствами в 1992 году и развитию фармацевтической промышленности в 1992—1995 годах». Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=30653&ysclid=lrnhyyzpv608760305>
3. Формирование фармацевтического рынка России. *Фармация*. 1993;(4):9—13.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1992 году. М.; 1993.

Поступила 23.07.2023  
Принята в печать 02.11.2023

#### REFERENCES

1. Decree of the President of the RSFSR from 5 December 1991 № 260 “On urgent measures to overcome the crisis situation with the provision of medicines and medical equipment”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/541> (in Russian).
2. Resolution of the Government from 26 December 1991 № 68 “On urgent measures to provide the population and health care institutions of the RSFSR with medicines in 1992 and the development of the pharmaceutical industry in 1992-1995”. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=30653&ysclid=lrnhyyzpv608760305> (in Russian).
3. Formation of the pharmaceutical market of Russia. *Farmacija*. 1993;(4):9—13 (in Russian).
4. State report on the state of health of the population of the Russian Federation in 1992 [*Gosudarstvennyy doklad o sostoyanii zdorov'ya naseleniya Rossiyskoy Federatsii v 1992 godu*]. Moscow; 1993 (in Russian).

<sup>20</sup> Там же. Оп. 1. Д. 321. Л. 95.

<sup>21</sup> Там же. Оп. 1. Д. 321. Л. 96.

<sup>22</sup> Там же. Оп. 1. Д. 26. Л. 42.

<sup>23</sup> Там же. Оп. 1. Д. 292. Л. 103.

<sup>24</sup> Там же. Оп. 1. Д. 292. Л. 105.

**Бородулин В. И.<sup>1</sup>, Банзелюк Е. Н.<sup>2</sup>, Тополянский А. В.<sup>3</sup>**

## **О СТАНОВЛЕНИИ НЕФРОЛОГИИ В СССР: РОЛЬ МОСКОВСКИХ ТЕРАПЕВТОВ М. И. ВИХЕРТА И Е. М. ТАРЕЕВА**

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

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», 119991, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, г. Москва

*Рассмотрены этапы становления советской нефрологии как самостоятельной научно-учебной клинической дисциплины. Показана роль М. И. Вихерта в становлении нефрологии как самостоятельного клинического направления в рамках клиники внутренних болезней и роль Е. М. Тареева как основоположника нефрологии в СССР в качестве институционализированной клинической дисциплины.*

*Ключевые слова:* история клиники внутренних болезней; М. И. Вихерт; Е. М. Тареев; нефрология в СССР

**Для цитирования:** Бородулин В. И., Банзелюк Е. Н., Тополянский А. В. О становлении нефрологии в СССР: роль московских терапевтов М. И. Вихерта и Е. М. Тареева. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):263–266. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-263-266>

**Для корреспонденции:** Банзелюк Егор Николаевич, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», e-mail: banzeluk@mail.ru

**Borodulin V. I.<sup>1</sup>, Banzelyuk E. N.<sup>2</sup>, Topolyanskiy A. V.<sup>3</sup>**

## **ON BECOMING OF NEPHROLOGY IN THE USSR: THE ROLE OF MOSCOW THERAPISTS M. I. VIHERT AND E. M. TAREEV**

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

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The M. V. Lomonosov Moscow State University”, 119991, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of Minzdrav of Russia, 127473, Moscow, Russia

*The article considers stages of becoming of Soviet nephrology as independent scientific educational clinical discipline. The role of M. I. Vihert in becoming of nephrology as independent clinical direction within the framework of the clinic of internal diseases is demonstrated. Also the role of E. M. Tareev as the founder of nephrology in the USSR as institutionalized clinical discipline is revealed.*

*Keywords:* history of medicine; clinic of internal diseases; M. I. Vihert; E. M. Tareev; nephrology; the USSR.

**For citation:** Borodulin V. I., Banzelyuk E. N., Topolyanskiy A. V. On becoming of nephrology in the USSR: The role of Moscow therapists M. I. Vihert and E. M. Tareev. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):263–266 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-263-266>

**For correspondence:** Banzelyuk E. N., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Therapy of the Faculty of Fundamental Medicine of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The M. V. Lomonosov Moscow State University”. e-mail: banzeluk@mail.ru

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 29.05.2023  
Accepted 02.11.2023

В начале XX в. функциональный подход к проблемам патологии, характерный для лидеров терапевтической элиты, обусловил становление отечественной нефрологии как самостоятельного научного направления в клинике внутренних болезней. Анализ наших материалов позволяет считать, что определяющую роль на том этапе сыграли три представителя отечественной терапевтической элиты: Ф. Г. Яновский (Киев), С. С. Зимницкий (Казань) и М. И. Вихерт (Москва). В 1920-е годы М. И. Вихерт возглавил разработку проблем нефрологии в столичных клиниках. Этому предшествовало удивительное событие: в 1924 г. освободилась кафедра факультетской терапии 1-го Московского государственного университета (1-го МГУ), так как Д. Д. Плетнев неожиданно перешел на кафедру госпитальной терапии. Среди претендентов на кафедру наиболее весомым считался, по свидетельству

М. П. Кончаловского [1], казанский профессор С. С. Зимницкий, получивший от 1-го МГУ официальное приглашение принять участие в конкурсе. Однако крепкие связи Плетнева и его старшего ассистента Вихерта в кремлевской медицине обусловили другой результат: заведующим факультетской клиникой был без конкурса утвержден М. И. Вихерт. И надо признать, что Плетнев, как всегда, «угадал»: кафедра при Вихерте продолжала демонстрировать высочайший уровень научно-исследовательской работы и «плетневский стиль» научного творчества.

Конкурент С. С. Зимницкого и при выборах профессора кафедры в 1-м МГУ, и в научной разработке проблемы болезней почек, Михаил Иосифович Вихерт (1884—1928), родился в Москве, происходил из немецкой дворянской семьи Московской губернии. Его дед и тезка М. И. Вихерт в Литве был участником восстания под руководством Т. Костюшко.

Однако в дальнейшем ему удалось окончить медицинский факультет Императорского Московского университета (ИМУ) и работать там же преподавателем на кафедре А. А. Остроумова. М. И. Вихерт — младший в 1908 г. окончил тот же факультет. В годы обучения занимался также бактериологией у В. И. Кедровского и биохимией у В. С. Гулевича. С 1909 г. он — сверхштатный, а затем штатный ординатор, с 1913 г. — ассистент факультетской клиники. Его становление как врача и ученого проходило под руководством профессора Л. Е. Голубинина; он один из наиболее значимых представителей крупной клинической школы В. Д. Шервинского — Л. Е. Голубинина [2]. После смерти Л. Е. Голубинина (1912) кафедрой заведовал ученик Г. А. Захарьина проф. Н. Ф. Голубов, а с 1917 г. — проф. Д. Д. Плетнев, с которым в клинику пришли дух новаторства и функционализма и активное внедрение новейших лабораторно-инструментальных методов. Именно Плетнев оказал на молодого сотрудника решающее влияние: они оба целеустремленно развивали функциональное направление исследований в отечественной клинике внутренних болезней.

Как способный хозяйственник М. И. Вихерт заведовал снабжением клиник Девичьего поля (1918—1921). В 1919 г. в связи с эпидемией сыпного тифа он развернул на базе Хлудовской больницы сыпнотифозное отделение (заведовал им в 1918—1920 гг.) [3]. Благодаря его организаторскому таланту и энергии в начале 1920-х годов была восстановлена нормальная работа факультетской клиники, существенно вырос объем практических занятий. В 1924 г. клиника была отремонтирована и оснащена современным оборудованием, включала наряду с клинической лабораторией биохимическую, бактериологическую, серологическую лаборатории, имела новые рентгеновский аппарат и электрокардиограф [4]. В том же году Д. Д. Плетнев оставил факультетскую терапию, добился утверждения М. И. Вихерта заведующим этой кафедрой и перешел на кафедру госпитальной терапии.

Научная продуктивность М. И. Вихерта была исключительной. «Он был не просто директором клиники. Он был одним из самостоятельных работников в области русской клинической медицины», — писал в некрологе Д. Д. Плетнев [5]. За неполных два десятилетия творческой работы, включая 4 года заведования кафедрой, он опубликовал больше 40 статей и монографий. Под его руководством за 4 года было выполнено больше 100 научных работ [6]. Его творческие интересы охватывали самый широкий круг проблем клиники внутренних болезней. Вместе с сотрудниками и учениками (В. Н. Виноградовым, М. С. Вовси, С. А. Поспеловым, В. Н. Смотровым, Е. М. Тареевым и др.) он исследовал болезни почек и печени, сердца и легких, толстой кишки, крови и эндокринных желез, основной обмен, обмен аминокислот и метаболизм холестерина. Доминирующей была задача разработки функциональной патологии и функциональной диагностики, прежде всего проблем нарушения функции почек и артери-

альной гипертензии. Еще в 1912 г. в статье «К вопросу об уремии» он писал: «Царившая в медицине анатомическая точка зрения, как слишком односторонняя, перестала удовлетворять». К тому же году относится его статья «О функциональной диагностике почечных заболеваний на основании клинических наблюдений» во «Врачебной газете» [7]. Он предложил ряд методов исследования функции почек с помощью нагрузок с последующей регистрацией скорости выделения почками солей натрия, соединений йода, молочной кислоты, сульфатов, азотистых веществ. Он подчеркивал, что оценка почечной патологии должна основываться только на новейших данных гистологии и физиологии органа.

Многолетние исследования М. И. Вихерта по проблеме функционального состояния почек получили завершение в 1922 г.: он защитил диссертацию на тему «Изменения функции больных почек», и в том же году под тем же названием вышла его монография. На VII Съезде российских терапевтов, проходившем в мае 1924 г. в Москве под председательством Н. Я. Чистовича и Г. Ф. Ланга, он с сотрудниками выступил с двумя докладами: по физиологии мочеобразования и об изменениях химического состава органов подопытного животного при отравлении почечными ядами [8]. М. И. Вихерт был одним из первых советских клиницистов, отметивших взаимосвязь артериальной гипертензии с патологией почек, задержкой в организме солей натрия. Он не был сторонником выделения гипертонической болезни, предпочитая говорить о гипертониях различного генеза, преходящих и постоянных.

«Михаил Иосифович счастливо сочетал в себе тонкий аналитический ум высоко образованного теоретика и блестящую интуицию врача-практика» [9]. Это способствовало его карьере придворного врача. Он был одним из создателей и консультантом Лечебно-санитарного управления Кремля. Среди его пациентов были Н. И. Бухарин, А. И. Рыков, А. Д. Цурюпа, А. Я. Вышинский. Его энтузиазм, организаторский талант, творческий размах и целеустремленность исследовательской мысли сплестили вокруг него коллектив; началось формирование очень перспективной научной школы. Неожиданная преждевременная смерть М. И. Вихерта оборвала этот процесс. В феврале 1928 г. его вызвали на очередную срочную консультацию к пациенту Кремлевки. Было очень холодно, он ехал в открытой машине на подмосковную дачу и простудился, результатом чего стала крупозная пневмония. Когда к нему приехал М. П. Кончаловский, он застал его уже в состоянии глубокой интоксикации, поражения мозговых оболочек и почек [10]. М. И. Вихерт скончался в ночь на 25 февраля 1928 г. Не вызывает сомнений, что ранняя смерть оборвала его прямой восходящий путь в группу лидеров советской терапевтической элиты. Формировавшаяся крупная клиническая школа М. И. Вихерта не состоялась. И все же Е. М. Тареев, когда его называли учеником Кончаловского, поправлял: он — ученик В. Е. Предтеченского, М. И. Вихерта и М. П. Кончаловского.

История медицины

Выдающийся эрудит, крупнейший терапевт-исследователь, автор более 700 научных трудов, включая 10 монографий [11], в том числе широко известных книг «Гипертоническая болезнь» (1948), «Нефриты» (1958), «Коллагенозы» (1965), «Основы нефрологии» (в 2 томах, 1972; соавтор и редактор), Е. М. Тареев еще в 1920—1930-е годы активно участвовал в создании теоретического фундамента будущей нефрологии (книги «Анемия брайтиков», 1929; «Болезни почек», 1936). В середине века он был автором приоритетных работ в различных разделах терапевтической клиники и инфекционных болезней, касавшихся гепатитов и циррозов печени, системных заболеваний соединительной ткани, артериальной гипертензии, септического эндокардита, малярии. Но во второй половине XX в. в центре его внимания неизменно находились проблемы нефрологии. Он показал интегрирующую роль нефрологии в современной терапевтической клинической практике, предложил классификацию и описал редкие формы поражения почек, механизмы формирования нефротического синдрома, этапы развития почечной недостаточности, закономерности амилоидоза почек.

Если тематика научно-исследовательской деятельности Е. М. Тареева во многом связана с работами М. И. Вихерта, то клиническое мировоззрение его, безусловно, развивалось под влиянием другого учителя — М. П. Кончаловского, который в эпоху «органопатологии» разрабатывал проблему «системности заболеваний»; эту проблему Е. М. Тареев развивал в клинико-физиологическом и социальном (профилактически-эпидемиологическом) аспектах. Ко времени подготовки и проведения выборов в АМН СССР (1947—1948) среди всех кандидатов он был, по более чем весомому мнению В. Ф. Зеленина (оно отражено в его письменном отзыве о трудах Е. М. Тареева, представленном в АМН), ведущим претендентом в силу особенно высокой научной значимости его исследований. Можно вспомнить при этом, что среди соискателей высокого звания действительного члена АМН были исследователи такого калибра, как М. С. Вовси, А. Н. Крюков, А. Л. Мясников. Научная нефрологическая школа Е. М. Тареева (Н. А. Мухин, В. В. Сура, И. Е. Тареева и др.) сохраняла лидирующие позиции в отечественной нефрологии до конца XX и в начале XXI в. Ревматологическое направление работ его клиники продолжили О. М. Виноградова, В. А. Насонова, кардиологическое — А. В. Сумароков, А. А. Михайлов, В. С. Моисеев, исследования по проблемам тропических болезней — Н. Н. Озерецковская. Как врач-исследователь Е. М. Тареев очевидно претендовал на лидерство даже в блестящей когорте столичных терапевтов середины XX в. (наряду с И. А. Кассирским, А. Л. Мясниковым).

Академик АМН СССР (1948), Герой Социалистического Труда (1965), лауреат Сталинской (1946), Ленинской (1974) и Государственной (1983) премий, один из основоположников советской нефрологии, гепатологии, ревматологии, Евгений Михайлович Тареев родился 13 (25) мая 1895 г. в Пскове, где его

отец, выдающийся русский богослов М. М. Тареев, преподавал в духовной семинарии. Детство и гимназические годы прошли в Сергиевом Посаде. В 1913 г. он поступил на медицинский факультет ИМУ. Четвертый курс, на котором он учился, был выпущен в 1917 г. досрочно в связи с Первой мировой войной. Он работал участковым врачом при Хамовническом комиссариате, а с апреля 1918 г. — ординатором госпитальной терапевтической клиники 1-го МГУ. С 1924 г. он ассистент, затем доцент на кафедре факультетской терапии 1-го МГУ (1-го Московского медицинского института — ММИ), с 1936 г. — заведующий кафедрой терапии 3-го ММИ, одновременно (1929—1951) он руководил клиническим отделом Института медицинской паразитологии и тропической медицины. С 1941 г. заведовал кафедрами инфекционных и внутренних болезней ряда медицинских институтов, руководил 1-й терапевтической клиникой Московского областного научно-исследовательского клинического института (МОНИКИ, 1945—1951). С 1951 г. до конца жизни Е. М. Тареев заведовал кафедрой терапии и профзаболеваний санитарно-гигиенического факультета 1-го ММИ (на базе 24-й городской клинической больницы, затем в новой клинике на ул. Россолимо). Одновременно (1949—1986) он возглавлял академическую группу Академии медицинских наук (АМН).

Один из организаторов (1969) и бессменный председатель Всесоюзного научного общества нефрологов, основатель нефрологической клиники (ныне — Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний имени Е. М. Тареева на ул. Россолимо, 11а, на здании в 1993 г. установлена мемориальная доска с барельефным портретом ученого, в клинике создан мемориальный кабинет)<sup>1</sup>, Е. М. Тареев обеспечил и интеллектуальное содержание, и организационное оформление новой дисциплины и безоговорочно признается основоположником советской нефрологии. Он и умер, перешагнув «за девяносто», в своей клинике 17 августа 1986 г., с благодарностью Богу, что расстается с жизнью ухоженным, в тепле и сытости, окруженным вниманием родных, учеников, коллег. Похоронен на Новодевичьем кладбище.

Таким образом, мы полагаем, что Ф. Г. Яновский в Киеве, С. С. Зимницкий в Казани и М. И. Вихерт в Москве в первой четверти XX в. заложили научный фундамент дальнейшего развития учения о болезнях почек как самостоятельного направления в отечественной клинике внутренних болезней. В 1930—1950-е годы М. С. Вовси и Е. М. Тареев (Москва) возглавили это направление. С 1960-х годов под руководством Е. М. Тареева проходила институционализация нефрологии как самостоятельной научной дисциплины и врачебной специальности. Приведенный материал подтверждает, что именно Е. М. Тареева следует считать основоположником нефрологии в СССР.

<sup>1</sup> Другой научно-лечебный центр нефрологии в Москве был создан академиком М. С. Вовси и проф. М. Я. Ратнер на базе городской клинической больницы № 52.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кончаловский М. П. Моя жизнь, встречи и впечатления. *Исторический вестник ММА им. И. М. Сеченова*. 1996;(6):119.
2. Бородулин В. И. Терапевтическая школа В. Д. Шервинского — Л. Е. Голубина. *Исторический вестник ММА им. И. М. Сеченова*. 1996;(6):34—64.
3. Вихерт Михаил Иосифович. В кн.: Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, 1758—2008 гг.: биографический словарь. Сост. и ред.: М. А. Пальцев, А. М. Сточик, С. Н. Затравкин. М.: Шико; 2008. С. 110—1.
4. Недоступ А. В., Синюков В. В. Старейшая терапевтическая клиника России. *Вестник РАН*. 1996;66(7):611—6.
5. Плетнев Д. Д. Михаил Иосифович Вихерт. *Клиническая медицина*. 1928;6(14):785—6.
6. Артемьев Е. Н., Маслюк В. И. Факультетская терапия. В кн.: Развитие медицинской науки в 1-м ММИ им. И. М. Сеченова. М.; 1968. С. 225.
7. Вихерт М. И. О функциональной диагностике почечных заболеваний на основании клинических наблюдений. *Врачебная газета*. 1912;51:1871.
8. Вихерт М. И., Яковлева А. П., Поспелов С. А. К физиологии мочеобразования; Изменение химического состава органов кроликов при отравлении почечными ядами. В сб.: Труды 7-го съезда российских терапевтов. М. — Л.: Гос. изд-во; 1925. С. 105—22.
9. Смотров В. Н. Профессор М. И. Вихерт. 1884—1928. В кн.: Вихерт М. И., Смотров В. Н. Колиты. М. — Л.: Гос. изд-во; 1928. 352 с.
10. Вихерт А. М., Подзолков В. И. Михаил Иосифович Вихерт. *Исторический вестник ММА им. И. М. Сеченова*. 1996;(6):65—71.
11. Сорокина Т. С., Остапенко В. М. Евгений Михайлович Тареев — основоположник российской нефрологии. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(3):55—9.

Поступила 29.05.2023  
Принята в печать 02.11.2023

## REFERENCES

1. Konchalovskiy M. P. My life, meetings and impressions. *Istoricheskiy vestnik MMA im. I. M. Sechenova*. 1996;(6):103 (in Russian).
2. Borodulin V. I. Shervinskiy—Golubinin clinical school in internal medicine. *Istoricheskiy vestnik MMA im. I. M. Sechenova*. 1996;(6):34—64 (in Russian).
3. Vikhert Mikhail Iosifovich. In: Figures of medical science and healthcare — colleagues and alumni of the Sechenov Moscow Medical Academy, 1758—2008: biographical dictionary [*Dejateli medicinskoj nauki i zdravooxranenija — sotrudniki i pitomcy Moskovskoj medicinskoj akademii im. I. M. Sechenova, 1758—2008 gg.: biograficheskij slovar'*]. Compiled and edited by: Paltsev M. A., Stochik A. M., Zatravkin S. N. Moscow: Shiko; 2008. P. 110—1 (in Russian).
4. Nedostup A. V., Sinyukov V. V. The oldest therapeutic clinic in Russia. *Vestnik RAN*. 1996;66(7):611—6 (in Russian).
5. Pletnev D. D. Mikhail Iosifovich Vikhert. *Klinicheskaya medicina*. 1928;6(14):785—6 (in Russian).
6. Artemiev E. N., Maslyuk V. I. Faculty therapy. In: The development of medical science in the Sechenov 1<sup>st</sup> Moscow Medical Institution [*Razvitiye meditsinskoj nauki v 1-m MMI im. I. M. Sechenova*]. Moscow; 1968. P. 225 (in Russian).
7. Vikhert M. I. On the functional diagnosis of renal diseases based on clinical observations. *Vrachebnaya gazeta*. 1912;51:1871 (in Russian).
8. Vikhert M. I., Yakovleva A. P., Pospelov S. A. To the physiology of urination; Changes in the chemical composition of the organs of rabbits in case of poisoning with kidney poisons. In: Proceedings of the 7<sup>th</sup> Congress of Russian Internists [*Trudy 7-go s'yezda rossiyskikh terapevtov*]. Moscow — Leningrad: Gos. izd-vo; 1925. P. 105—22 (in Russian).
9. Smotrov V. N. Professor M. I. Vikhert. 1884—1928. In: Vikhert M. I., Smotrov V. N. Colitis [*Kolity*]. Moscow — Leningrad: Gos. izd-vo; 1928 (in Russian).
10. Vikhert A. M., Podzolkov V. I. Mikhail Iosifovich Vikhert. *Istoricheskiy vestnik MMA im. I. M. Sechenova*. 1996;(6):65—71 (in Russian).
11. Sorokina T. S., Ostapenko V. M. Evgeny Mikhailovich Tareev — the founder of Russian nephrology. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxranenija i istorii mediciny*. 2014;(3):55—9 (in Russian).

Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В., Софронов О. Ю.

## ФИНАНСОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОКРУЖНЫХ БОЛЬНИЦ ИРКУТСКОГО ГЕНЕРАЛ-ГУБЕРНАТОРСТВА В КОНЦЕ XIX СТОЛЕТИЯ

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, г. Иркутск

*Представлены результаты изучения архивных источников и справочных изданий, раскрывающие неизвестные факты субсидирования окружных больниц Иркутского генерал-губернаторства, статьи и размеры текущих и сверхштатных расходов, источники финансовых ассигнований. Объем финансовой отчетности, составленной заведующими и смотрителями больницы, конторой и советом больницы, а также забота о попечении больных впечатляют. Приведены конкретные данные о пищевом довольствии служащих и служителей гражданских больниц, обеспечении одеждой и жалованием. Цены на хлеб, фураж и товарные вещи позволяют оценить уровень доходов медиков, служивших в Восточной Сибири. Раскрыта роль Приказа общественного призрения в финансировании больниц гражданского ведомства Иркутского генерал-губернаторства в последней трети XIX столетия. В статье использована терминология, соответствующая исследуемому временному периоду.*

*Ключевые слова:* больница гражданского ведомства; источники финансовых ассигнований.

**Для цитирования:** Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В., Софронов О. Ю. Финансовая деятельность окружных больниц Иркутского генерал-губернаторства в конце XIX столетия. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):267—276. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-267-276>

**Для корреспонденции:** Алексеевская Татьяна Иннокентьевна, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: [Alexeevskaya9@mail.ru](mailto:Alexeevskaya9@mail.ru)

Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V., Sofronov O. Yu.

## THE FINANCIAL ACTIVITY OF DISTRICT HOSPITALS OF THE IRKUTSK GENERAL-GOVERNORSHIP IN THE END OF XIX CENTURY

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 664003, Irkutsk, Russia

*The article presents results of the study of archive sources and reference publications. The unknown facts of subsidization of district hospitals of the Irkutsk general-governorship, items and amount of current and supernumerary expenses and sources of financial allocations are revealed. The scope of financial accountability made up by directors and hospital supervisors, office and council of hospitals as well care of patients is impressive. The concrete data concerning food allowance of employees and servants of civilian hospitals and provision of clothing and salaries is presented. The prices of bread, forage and goods permit to evaluate income level of physicians working in the Eastern Siberia. The role of the Department of Public Charity in financing of civil hospitals of the Irkutsk general-governorship in last third of the XIX century is revealed. The article uses terminology corresponding to analyzed time period.*

*Keywords:* civil department hospital; financial allocations; Irkutsk.

**For citation:** Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V., Sofronov O. Yu. The financial activity of district hospitals of the Irkutsk general-governorship in the end of XIX century. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):267—276 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-267-276>

**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 Minzdrav of Russia. e-mail: [Alexeevskaya9@mail.ru](mailto:Alexeevskaya9@mail.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 13.04.2023  
Accepted 02.11.2023

В объявленном Императрицей Екатериной II «Узаконенье» от 7 ноября 1775 г. за № 14 392 в губерниях учреждены Приказы общественного призрения. В разделе о деятельности Приказов определены штаты и обязанности служащих больниц, рекомендуемое количество коек (20—30), условия содержания больных, в том числе плата за лечение: «Въ больницъ пользоваться и призиать всякаго звания бѣдныхъ и неимущихъ людей безденежно, прочихъ же больныхъ и господскихъ служителей тогда только принимать, когда порожнія мѣста случатся, и класть особо, а плату за излѣчение сихъ установить весьма умѣренную» [1]. Приказу общественного призрения однократно из казны Российской

империи полагалось получить 15 тыс. руб. из доходов той губернии, в которой он организован. Часть этой суммы разрешалось вложить в ценные бумаги, под проценты в банк. К началу XIX в. основным источником доходов Приказов становятся кредитные операции — принятие на хранение денежных вкладов и выдача ссуд под залог. Приказ общественного призрения мог принимать средства благотворителей. В Восточно-Сибирской губернии Приказы принимали существенные пожертвования от купечества. В 1859 г. кредитная деятельность Приказов была упразднена и назначено финансирование в размере 850 тыс. руб. каждому в течение 5 лет, начиная с 1861 г.; со временем эта сумма была уменьше-

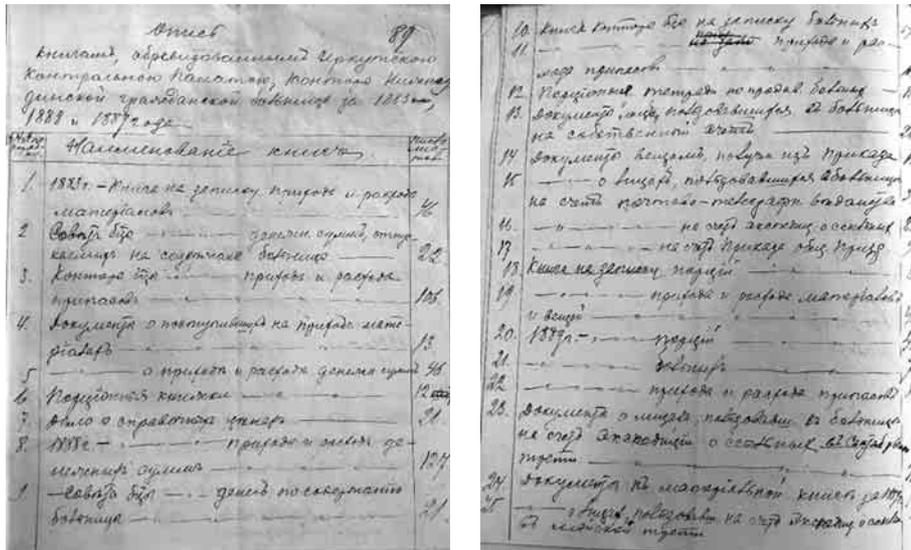


Рис. 1. Опись книг, представленных в Иркутскую контрольную Палату.

Государственный архив Иркутской области (ГАИО) Ф. 33. Оп. 2. Д. 67. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы в 1889 году.

на до 100 тыс. руб. В числе реформ Павла I явилось учреждение губернских врачебных Управ «...для лучшего наблюдения за аптеками и госпиталями, и вообще, что относится до врачевания и содержания больниц...» [2]. Документ определял штатное расписание, казенное жалование, должностные обязанности врачей.

В Иркутской губернии врачебная Управа учреждена 16 января 1798 г., первым ее инспектором стал доктор медицины, коллежский советник Ф. Ф. Реслейн. В последней трети XIX столетия в Восточной Сибири существовали лечебные учреждения военного и гражданского ведомства, развивались ведомственные лечебницы (например, приисковые и железнодорожные) и больницы, выстроенные и содержащиеся за счет частного капитала Приказом общественного призрения. С 1887 г. Восточно-Сибирское генерал-губернаторство преобразовано в Иркутское, на момент исследования включавшее Иркутскую, Енисейскую губернии и Якутскую область.

Ревизия книг и отчетности по содержанию Нижнеудинской, Киренской и Якутской гражданских больниц, имеющих в фондах Иркутского государственного архива, позволяет представить полноценный анализ финансовой деятельности лечебных учреждений гражданского ведомства. Проверка Контрольного стола включала анализ прошитых и опломбированных документов финансовой отчетности: Припасной книги, Порционной книги, Книги о вещах и материалах, Книги комиссариатских припасов, Книги о употребленных медикаментах, Книги конторы больницы на записку больных, Документов о лицах, пользовавшихся в больнице на счет экспедиции о ссыльных. Опись Нижнеудинской гражданской больницы, предоставленная ревизионной комиссии, содержит 31 отчетный журнал (рис. 1).

В годовом отчете за 1889 г. Конторы Нижнеудинской гражданской больницы указана общая сумма финансирования за год и расходы по разделам затрат. Денежных сумм к 1 января в остатке с прошлого года указано 134 руб. 77 ½ коп. На текущий год поступило ассигнований 5189 руб. 93 ½ коп.:

- из Больничного совета на содержание больницы 4700 руб.;
- получено из Нижнеудинского окружного полицейского управления, внесенных разными лицами штрафов в пользу Приказа 3 руб. 36 коп.;
- выручено от продажи с аукционного торга казенных вещей, негодных к употреблению, и вещей

умерших в больнице лиц разного звания 34 руб. 15 коп.;

- получено за содержание, лечение и погребение разных лиц 302 руб. 65 коп.

В эту сумму включены вычеты из оклада смотрителя больницы Дыментова 6 руб. и фельдшеров Тушнева и Потеряева по 2 руб. (1%) из окладов в 200 руб. для зачисления в Инвалидный капитал, всего 10 руб., а также сумма возврата 5 руб., не израсходованных на покупку теплых сапог [3]<sup>1</sup>.

В 1892 г. сумма поступления денежных средств в годовом отчете Конторы Нижнеудинской гражданской больницы указана меньше, но, судя по количеству порций, и число пролеченных больных было меньше (4878; рис. 2).

В остатке с прошлого 1891 г. оставалось 44 руб. 39 ¼ коп. Назначено к поступлению по смете 4399 руб. 95 ¼ коп., в том числе:

- из Больничного совета на содержание больницы 3550 руб.;
- за лечение в больнице лиц разного звания на собственный счет 179 руб. 74 коп.;
- вырученных от продажи с аукционного торга казенных вещей, негодных к употреблению, и вещей умерших в больнице лиц разного звания 26 руб. 65 коп.

В эту сумму включены вычеты из оклада смотрителя больницы Дыментова (6 руб.) и фельдшера Потеряева (4 руб.) в Инвалидный капитал.

Приводимые данные о поступлении средств из Нижнеудинского окружного полицейского управления в основном составляют штрафы за несвоевременное внесение оброка по казенно-оброчной статье в волостные управления Удинское, Окинское,

<sup>1</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 2. Ед. 67. Дело иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы в 1889 году.

Таблица 1

Сводная таблица доходов по смете, поступивших в депозит совета Киренской гражданской больницы в 1895 г., составленная на основании отчетных ведомостей\*

Статья дохода	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь**	Ноябрь	Декабрь
Депозит с начала отчетного месяца	1443 руб. 2 коп.	2443 руб. 2 коп.	4141 руб. 91 коп.	4385 руб. 39 коп.	4403 руб. 89 коп.	7415 руб. 89 коп.	7788 руб. 36 коп.	7880 руб. 96 коп.	8055 руб. 47 коп.	9139 руб. 27 коп.	9263 руб. 60 коп.	9461 руб. 67 коп.
Пособие от Приказа общественного призрения	1000 руб. 85 руб. 81 коп.				3000 руб.				1000 руб.		—	—
Плата за лечение		59 руб.	9 руб.	9 руб.	12 руб.	45 руб.	9 руб.	93 руб.	25 руб. 50 коп.		107 руб.	—
От продажи медикаментов			34 руб.	9 руб. 50 коп.		78 руб.	83 руб.	80 руб.	80 руб. 58 руб. 30 коп.		34 коп.	18 руб.
За лечение поселенцев	0	0	0	0	0	0	0	0	0		90 руб.	76 руб.
На окончательный ремонт больницы		1465 руб. 84 коп.									73 коп.	35 коп.
На прогоны смотрителю		88 руб. 24 коп.										
Мелочный остаток			32 коп.									
Квартирные						185 руб.						
От продажи негодного кирпича						64 руб.						
Пожертвования	200 руб.										3 р. 25 коп.	203 руб. 25 коп.
Всего в месяц	2528 руб. 83 коп.	1613 руб. 8 коп.	243 руб.	18 руб. 50 коп.	3 12 руб.	372 руб. 47 коп.	92 руб. 60 коп.	174 руб. 51 коп.	1083 руб. 80 коп.		198 руб. 7 коп.	
Итого на год	2528 руб. 83 коп.	4141 руб. 91 коп.	4385 руб. 39 коп.	4403 руб. 89 коп.	7415 руб. 89 коп.	7788 руб. 36 коп.	7880 руб. 96 коп.		9139 руб. 27 коп.	9263 руб. 60 коп.	9461 руб. 67 коп.	9777 руб. 47 коп.

Примечание. Здесь и в табл. 2: незаполненные графы означают отсутствие сведений в архивных документах; \* — ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 140. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Киренской гражданской больницы. \*\* — часть данных за октябрь в архивных источниках отсутствует.

Братское, Сухотинское и др., а также суммы, взимаемые за лечение в больнице и погребение<sup>2, 3, 4</sup>. Эти средства поступали в депозит Иркутского приказа общественного призрения и уже оттуда перечислялись на расходы больницы. В документах ревизионной отчетности Киренской гражданской больницы за 1887 г. содержится переписка о взыскании средств за неуплату лечения. В некоторых случаях взыскание недоимки проводилось с родственников или самих бывших пациентов либо списывалось с экономического поселенческого капитала.

В отчете Нижнеудинской гражданской больницы за 1889 г. указано, что «документов от пользовавшихся на счет сумм военного ведомства при отчете не приложено, потому что лица эти присылались в больницу при «отказных билетах», которые отосланы Приказом в Интендантское управление на предмет отпуска денег за лечение»<sup>5</sup>. Этот пункт отчета демонстрирует, как решались финансовые вопросы между ведомствами.

<sup>2</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 107. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 год.

<sup>3</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 136. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О взыске 9 руб. 78 коп. за лечение и погребение в Нижнеудинской больнице в 1895 году Илимского мещанина Филиппа Евстратова.

<sup>4</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 166. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О взыске 9 руб. 78 коп. за содержание и лечение в Нижнеудинской больнице в 1876 году неизвестного человека, поступившего в больницу под именем Томского мещанина из ссыльных Алексея Федотовича Семенова.

<sup>5</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 2. Ед. 67. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы в 1889 году.

На 1895 г. для Киренской гражданской больницы назначено по смете 7144 руб. 2 коп.: на содержание служащих и прислуги 1184 руб.; 1463 руб. 1 ¼ коп. на покупку пищи для больных и прислуги; 1606 руб. 35 коп. на медикаменты и комиссариатские припасы; 803 руб. 61 ¼ коп. на одежду, белье и обувь, постели и мытье их; 286 руб. 15 коп. на хозяйственные и для больницы вещи; 534 руб. 7 ½ коп. на мелочные расходы, а также погребение умерших; 646 руб. 60 коп. на отопление и освещение; 127 руб. 22 коп. на содержание лошади. Дополнительно вписана сумма 493 руб. на постройку ретирара. Из назначенных 7144 руб. 2 коп. Приказом общественного призрения была вычтена сумма 377 руб. 3 коп. «расчитанная на экономию», поэтому смета составила 6766 руб. 99 коп.; эта сумма позднее дополнена 717 руб. 11 коп. за счет поступившего пожертвования 350 руб. и поступивших от Приказа 367 руб. 11 коп. Денежные средства на содержание больницы получались из окружного казначейства по ассигновке Совета больницы. Поступление средств в распоряжение совета больницы, постоянные и эпизодические, на примере Киренской гражданской больницы, представлены в табл. 1.

Приведенные выше расходные части больниц однотипны. Расходы на содержание служащих и прислуги Киренской гражданской больницы в 1895 г. приведены в табл. 2. В разделе «Расходы», содержащемся в Годовом отчете Конторы Нижнеудинской гражданской больницы за 1889 г., представлены суммы жалования: смотрителю больницы жалование, столовых и на канцелярские расходы 420 руб. в год (по 35 руб. в месяц), жалование фельд-

Таблица 2

Сводная таблица ежемесячных расходов Киренской гражданской больницы, содержащихся в отчетных ведомостях конторы, предоставленных в Приказ общественного призрения\*

Статья расхода	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	*Октябрь	Ноябрь	Декабрь
На содержание служащих и прислуги	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	97 руб. 82 коп.	103 руб. 15 коп.	98 руб. 16 коп.
Пища для больных и прислуги	269 руб. 70 коп.	62 руб. 10 коп.	5 руб. 25 коп.	6 руб. 40 коп.	21 руб. 62 коп.	20 руб. 12 коп.	70 руб. 60 коп.	62 руб.	75 руб. 72 коп.		117 руб. 68 коп.	32 руб. 46 коп.
Содержание второго караульного											15 руб.	15 руб.
Медикаменты и аптечные комиссариатские припасы	14 руб. 80 коп.	22 руб. 25 коп.	35 руб. 40 коп.	496 руб. 10 коп.	32 руб. 25 коп.	34 руб. 62 коп.	37 руб. 30 коп.	15 руб. 72 коп.	69 руб. 38 коп.		23 руб. 25 коп.	17 руб. 40 коп.
Одежда, белье и обувь, постели и мытье их	7 руб. 25 коп.	550 руб. 48 коп.	3 руб. 27 руб.	15 руб. 15 руб.	29 коп. 0	3 руб. 0	2 руб. 10 руб.	2 руб. 10 руб.	3 руб. 20 руб.		2 руб. 20 руб.	76 руб. 7 коп.
Хозяйственные для больницы вещи		70 руб. 99 коп.	27 руб.	15 руб.	0	0	10 руб.	10 руб.	20 руб.		20 руб.	15 руб.
Мелочные расходы, погребение умерших	37 руб. 57 ¼ коп.	54 руб. 73 ½ коп.	92 руб. 75 ¼ коп.	10 руб. 58 коп.	24 руб. 89 коп.	19 руб. 16 коп.	35 руб. 62 коп.	88 коп. 63 коп.	14 руб. 40 руб. 94 коп.		47 руб. 86 коп.	28 руб. 73 коп.
Отопление и освещение	117 руб. 47 коп.	243 руб. 62 коп.	5 руб. 10 коп.	0	0	0	0	0	0		85 руб. 80 коп.	57 руб. 60 коп.
Содержание лошади	49 руб. 23 коп.	7 руб.	41 руб. 40 коп.	13 руб. 5 коп.	16 руб. 54 коп.	0	0	0	0			
Постройка ретирада	493 руб.	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—
Итого затрат	593 руб. 84 ¼ коп.	1108 руб. 99 ½ коп.	307 руб. 72 ¼ коп.	653 руб. 95 коп.	269 руб. 41 коп.	174 руб. 72 коп.	253 руб. 34 коп.	203 руб. 5 коп.	306 руб. 86 коп.		414 руб. 74 коп.	340 руб. 42 коп.

Примечание. На содержание второго караульного запись появляется только в ноябре.  
\* ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 140. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Киренской гражданской больницы.

шеру 16 руб. 66 ½ коп. в месяц, караульному 20 руб. в год (10 руб. в месяц), служителям и служительницам — 40 руб. в месяц на всех (всего 480 руб.).

В разделе «Расходы» Годового отчета Конторы Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 г. в разделе «Выдано жалования служителям и прислуге» сумма в 35 руб. в месяц, выдаваемая смотрителю больницы, расписана: жалования 16 руб. 66 ½ коп., столовых 8 руб. 33 ½ коп., на наем писца и канцелярские расходы 10 руб. Жалование фельдшера и караульного прежние. Указано количество служителей и служительниц (4 и 2), все они получают жалование по 5 руб. в месяц.

Подробно расписаны затраты на жалование и квартирные в отчете за 1859 г. Иркутской гражданской больницы: врачу жалования 286 руб. и квартирные 114 руб. 40 коп (400 руб. 40 коп.), смотрителю больницы — 171 руб. 60 коп., помощнику смотрителя — 84 руб. 90 коп. (жалования 42 руб. 90 коп. и 42 руб. квартирных), фармацевту 377 руб. (жалования 325 руб. и 52 руб. квартирных), четверем старшим лекарским ученикам жалования по 57 руб. 20 коп. и квартирных по 24 руб., всего 324 руб. 80 коп.; 4 младшим лекарским ученикам жалования по 42 руб. 90 коп. и квартирных по 24 руб., всего 267 руб. 60 коп., 7 прачкам и 2 надзирательницам жалования по 18 руб. на общую сумму 162 руб., 24 служителям по 10 руб. 80 коп. на сумму 259 руб. 20 коп., священнику — 30 руб. 2 ¾ коп. Общая сумма, предназначенная на выплату жалования служащим Иркутской гражданской больницы, рассчитанной на 150 кроватей, составила 2148 руб. 95 ¾ коп.

Начисление жалования чинам производилось на основании штатов 1819 и 1827 гг., служителям — по положению Совета Главного Управления Восточ-

ной Сибири от 15 апреля 1838 г. Жалование фармацевту производилось на основании предписания министра внутренних дел от 7 мая 1847 г., квартирные деньги — на основании приказа, подписанного 30 сентября 1847 г. начальником Иркутской губернии. Квартирные деньги лекарским ученикам и помощнику смотрителя назначались по предписанию генерал-губернатора Восточной Сибири от 29 декабря 1845 г. и 2 мая 1846 г., число служителей назначено по предписанию управляющего Министерством внутренних дел от 30 января 1841 г.<sup>6</sup>

Больницы тратили средства на периодическую печать и медицинскую литературу. В 1889 г. для Нижнеудинской гражданской больницы выписывались журналы: «Правительственный вестник» (12 руб. 13 коп.) и «Иркутские губернские ведомости» (5 руб. 10 коп.), еженедельные газеты «Врач» и «Психология» Владиславлева за 1881 г., на них потрачено 16 руб. 45 коп., всего на сумму 33 руб. 68 коп.

На комиссариатские припасы для Нижнеудинской гражданской больницы в 1889 г. израсходовано: на бумагу писчую 9 руб. 90 коп. (по 15 коп. за стопу), мыло вологодское 74 ½ коп. (в среднем 15 коп. за фунт), масло деревянное (оливковое. — Прим. авт.) 19 руб. 20 коп. (по 60 коп за фунт), горчицу 1 руб. 80 коп (по 60 коп. за 1 фунт), перья стальные 1 руб. 30 коп (1 коробка), белую тесьму 2 руб. 10 коп. (3 коп за аршин), вату гигроскопическую 20 фунтов (по 80 руб. за пуд с пересылкой ее из Иркутска за 2 руб. 3 коп.), итого 42 руб. 3 коп.; красный Портвейн на 55 руб. 20 коп. (бутылка — 1 руб. 15 коп.), рубашечный холст (15 аршин по 18 коп. за

<sup>6</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 2. Ед. 106. Дело иркутского Приказа общественного призрения. Подробное исчисление потребностей содержания Иркутской гражданской больницы в 1859 году.

История медицины

аршин) 13 руб. 15 коп.; пиявок 150 штук (по 12 руб. за сотню) 18 руб.; сахар 1 руб. 93 коп. (по 25 коп. за 1 фунт); карандашей дюжину за 1 руб. 20 коп.; чернила (1 коробка за 50 коп.); марлю обыкновенную (по 30 коп. за аршин) на 8 руб. 30 коп.; на фланель 5 руб. (1 руб. 25 коп. за аршин).

Отдельно происходил учет расходов на больных, в эту статью входили затраты на питание и другие необходимые припасы. В 1889 г. на покупку сальных свечей затрачено 208 руб. (по 6 руб. 70 коп. за пуд), а в 1892 г. лишь 79 руб. 45 коп., но появляется расход на керосин, свидетельствующий о том, что для освещения стали использовать лампы. Керосин закуплен на 116 руб. 50 коп. (4 руб. 50 коп. за пуд). В 1889 и 1892 гг. потрачена на покупку уксуса одинаковая сумма в 12 руб. (4 руб. за ведро), ежемесячно приобреталось по  $\frac{1}{4}$  ведра. Уксус в больнице, по сведениям годового отчета, использовался в качестве дезинфицирующего средства для окулирования палат и коридоров. Еще одной статьей расходов на гигиену было приобретение смолы, которая применялась для обработки ретирадных мест (туалетов. — Прим. авт.) на сумму 1 руб. 80 коп. (80 коп за ведро). Ежемесячным расходом являлась чистка ретирад, за которую платили ссыльному Алзатайской волости Ф. Гусеву 5 руб. Для стирки белья и мытья приобреталось мыло жировое, всего в 1889 г. на сумму 27 руб. 35  $\frac{1}{2}$  коп. по разной стоимости (от 5 руб. 40 коп. до 6 руб. 50 коп. за пуд). В 1892 г. мыло стоило дешевле — от 5 до 6 руб. за пуд и всего на него потрачено 30 руб.

Важной статьей расхода для Сибири является покупка дров. В 1889 г. на это потрачено 286 руб. 60 коп., а в 1892 г. — 234 руб. 75 коп.; дрова подешевели: березовые на 60 коп., сосновые на 10—20 коп. за сажень. Общий объем купленных дров ежегодно составлял около 180 саженей. Для лошади, принадлежавшей больнице, приобреталось в 1889 г. сено на 19 руб. 60 коп. и овес на 57 руб. 55  $\frac{1}{2}$  коп. 80 пудов, в 1892 г. овес стоил существенно дешевле и куплено около 90 пудов на 39 руб. 50  $\frac{1}{2}$  коп. Приблизительно два раза в год лошади меняли подковы, за это выплачивался 1 руб. нижеудинскому мещанину Ф. Ф. Шперлингу. Ежегодно приобреталась 16 возов соломы, которая использовалась для набивки тюфяков и подушек: в 1889 г. на 10 руб. 70 коп., в 1892 г. на 6 руб. 30 коп. Ни в одном из отчетов не указано, для чего приобреталась горчица, но если она входит в список комисариатских припасов, то, вероятно, для изготовления горчичников и, возможно, в качестве моющего средства для мытья посуды.

Большую долю расходов больницы составляли расходы на питание больных. По порционной книге Нижнеудинской гражданской больницы за 1889 г. показано 5349 порций, в числе которых обычных порций 4834, слабых (диетических) 515. Количество порций демонстрирует, что в рассчитанной на 20 кроватей больнице в среднем находилось по 15 больных в сутки. В ревизионном отчете указано, что ежедневное количество порций и число состоящих в больнице на лечении «засвидетельствовывалось» в

Вид порции	Количество	В руб.	В коп.	Всего						
Обыкновенная	444	555	189	11	597					
Слабая	537	146	5	501						
Средняя	471	80	19	570						
Сильная	374	75	31	474						
Смешанная	463	74	19	556						
Итого	22	342	103	7	444					
Итого	70	241	54		430					
Обыкновенная	32	17	73		222					
Средняя	45	80	26		144					
Слабая	51	178	29		274					
Сильная	63	202	46	2	348					
Итого	15	271	44		440					
Итого					374	222	177	11	497	6

Рис. 2. Количество порций с учетом диет в отчете Нижнеудинской гражданской больницы.

ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Д. 107. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 год.

ежедневных требованиях от заведующего больницей городского врача. Рацион питания больных, помимо ординарного и слабого, мог быть кисельным и экстрапорционным (усиленное питание). Список диет с распределением количества порций по месяцам содержится в отчетных документах Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 г. (см. рис. 2). Сравнение стоимости продуктов питания при закупках Нижнеудинской гражданской больницы в 1889 и 1892 гг. показывает, что продовольствие преимущественно подешевело в 1892 г., а разнообразие закупаемых продуктов увеличилось<sup>7, 8</sup>. Казалось бы, ожидаема более высокая стоимость товаров и продуктов в Якутской области, но анализ результатов ревизии Якутской гражданской больницы показывает приблизительно такую же стоимость продуктов питания и товаров, приобретаемых для больницы. В 1894 г. средняя стоимость ржаной муки составляла 1 руб. 80 коп. за пуд, пшеничной — 1 руб. 90 коп. за пуд., крупы ячной — 2 руб. 20 коп., мяса скотского — 2 руб. 20 коп., гороха — 15 руб. за пуд, масла коровьего топленого — 8 руб. 75 коп., сахара — 33 коп. за фунт, меда — 28 коп. за фунт, чая кирпичного — 75 коп. за кирпич, омуля по 35 коп. за штуку, свечей стеариновых — 35 коп. за фунт, свечей восковых — 1 руб. 30 коп. за фунт, уксуса — за флакон 13 руб., мыла жирового Иркутского — 9 руб. 50 коп. за пуд, бумаги белой писчей № 3 —

<sup>7</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 2. Ед. 67. Дело иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы в 1889 году.

<sup>8</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 107. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 год.

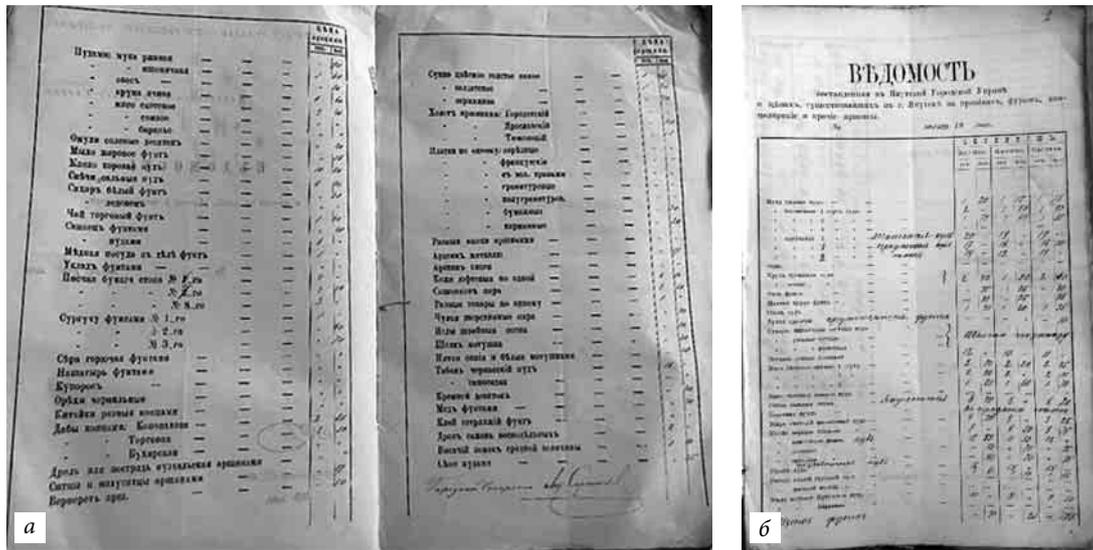


Рис. 3. Ведомости.

а — за январь 1895 г. о ценах на хлеб, фураж и товарные вещи. ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Д. 70. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии отчетности по содержанию Киренской гражданской больницы.  
 б — фрагмент ведомости, составленной в Якутской городской Управе о ценах, существовавших в г. Якутске на провиант, фураж, канцелярские и прочие припасы в январе 1894 г. ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Д. 159. Дело иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Якутской гражданской больницы за 1894 год.

стопа за 9 руб., сукна фабричного — 1 руб. 20 коп. за аршин, холста тюменского — 19 коп. за аршин, сена — 2 руб. 25 коп. за воз в 20 пудов<sup>9</sup>.

В статье расходов «Сведения о заготовлении потребностей в 1889 г. хозяйственным способом для Нижнеудинской гражданской больницы» показан список приобретаемого продовольствия: капусты (квашеной) на 34 руб. 45 коп. (35 коп. за ведро), соли на 21 руб. (1 руб. 40 коп. за пуд), мяса скотского на 591 руб. 71 ¼ коп. (4 руб. за пуд), масла коровьего на 13 руб. 15 коп. (26 коп. за фунт), дрожжей на 3 руб. 60 коп. (40 коп. за штоф), муки ржаной (закупалась в январе) 250 пудов по цене 1 руб. 30 коп. за пуд и второй раз (закупалась в мае) 150 пудов по цене 1 руб. 05 коп. за пуд, всего на сумму 482 руб. 50 коп., крупы ячной 30 пудов в январе по 2 руб. 10 коп. за пуд и в мае 25 пудов по 1 руб. 70 коп., всего на 105 руб. 50 коп., гороха 16 пудов по 3 руб. за пуд на 48 руб. Это все разнообразие продуктов, приобретаемых для больных в 1889 г.

В 1892 г. ассортимент закупаемых продуктов для Нижнеудинской гражданской больницы несколько увеличился, появились в списке мед, приобретенный на сумму 5 руб. 27 ½ коп. (по 2 коп. за фунт), солод на 23 руб. 11 ½ коп., пшеничная мука 42 пуда 22 фунта на 35 руб. 04 коп. (по 80 коп. за пуд), молоко коровье на 31 руб. 80 коп. (80 коп. ведро), булки французские 35 фунтов (по 10 коп. за фунт) на 3 руб. 55 коп., чай кирпичный (по 90 коп. за кирпич) на 29 руб. 70 коп.

Если сравнить стоимость продуктов и товаров по данным экономического бюллетеня Иркутской то-

варной биржи в 1923 г. (самый ранний из доступных), то стоимость муки ржаной составляла 1 руб., пшеничной — 1 руб. 25 коп. за пуд, овса — 80 коп. за пуд, мяса скотского местного — 4 руб. 75 коп. за пуд, масла коровьего — 10 руб. 42 коп. за пуд., чая кирпичного — 30—35 коп. за кирпич, соли кристаллической — 60 коп. за пуд., свечей харбинских — 18—20 руб. за пуд, мыла простого — 5 руб. 22 коп за пуд<sup>10</sup>. Эти цифры показывают, что стоимость основных товаров не изменилась, дальнейший углубленный сравнительный анализ не входил в задачи исследования. В документах ревизии Киренской гражданской больницы, проведенной в 1895 г., содержатся ведомости, предоставляемые в Иркутский Приказ общественного призрения с ценами «на хлеб, фураж и товарные вещи» за каждый месяц, завизированные подписью городского старосты Киренского городского Управления, как и в ревизионной отчетности Якутской гражданской больницы (рис. 3). Список наиболее значимых продуктов и товаров с указанием стоимости представлен в табл. 3.

Использование приобретенных продуктов также поясняется в отчете. Пшеничная мука употреблялась для приготовления хлеба больным, состоявшим на слабой порции, и для всех «на подболткущей и супа». Коровье масло получали все больные на завтрак. Дрожжи употреблялись для выпечки булок больным на слабой порции. Капуста предназначалась больным на ординарной порции. Солод употреблялся для приготовления кваса — 483 ведра в год, по 4 кружки на 1 больного, находящегося на ординарной порции. Мука ржаная, кроме выпечки хлеба для больных на ординарной порции, приме-

<sup>9</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Д. 159. Дело иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Якутской гражданской больницы за 1894 год.

<sup>10</sup> Биржевой бюллетень Иркутской товарной биржи: Торгово-промышленный банк СССР. 1923. № 44 (3 июля).

Выписки из ведомостей о ценах на хлеб, фураж и товарные вещи в 1895 г. в г. Киренске

Товар	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
Мука пшеничная, за 1 пуд	1 руб. 60 коп.	1 руб. 60 коп.	1 руб. 60 коп.	1 руб. 60 коп.	1 руб. 70 коп.	1 руб. 70 коп.	2 руб.	2 руб.	2 руб. 20 коп.	2 руб. 20 коп.	2 руб. 60 коп.	2 руб. 60 коп.
Мука ржаная, за 1 пуд	90 коп.	90 коп.	90 коп.	90 коп.	1 руб. 20 коп.	1 руб. 30 коп.	1 руб. 20 коп.	1 руб. 20 коп.				
Овес, за 1 пуд	70 коп.	70 коп.	90 коп.	1 руб.	1 руб.	1 руб.	1 руб.					
Ячная крупа, за 1 пуд	1 руб. 60 коп.	2 руб.	2 руб.	2 руб.	2 руб.	2 руб.	2 руб.					
Мясо скотское, за 1 пуд	4 руб. 40 коп.	4 руб. 40 коп.	5 руб.	5 руб.	5 руб.	6 руб.	6 руб.	6 руб.	4 руб. 50 коп.	4 руб.	4 руб.	5 руб.
Омуть соленый, за десяток	20 коп.	20 коп.	—	25 коп.	2 руб. 50 коп.	2 руб. 50 коп.	2 руб. 50 коп.	2 руб. 50 коп.	1 руб. 50 коп.	1 руб. 50 коп.	1 руб. 50 коп.	1 руб. 50 коп.
Мыло жировое, за 1 фунт	18 коп.	18 коп.	18 коп.									
Масло коровье, за 1 пуд	10 руб. 80 коп.	16 руб.	16 руб.									
Свечи сальные, за 1 пуд	8 руб. 40 коп.	8 руб. 80 коп.	8 руб. 80 коп.	8 руб.	8 руб.	8 руб.	8 руб.					
Сахар белый, за 1 фунт	30 коп.	30 коп.	30 коп.									
Чай торговый, за 1 фунт	1 руб. 60 коп.	1 руб. 60 коп.	1 руб. 60 коп.									
Дрова весодельные, за 1 сажень	2 руб.	2 руб.	1 руб. 70 коп.	2 руб.	2 руб. 50 коп.	2 руб. 50 коп.	1 руб. 80 коп.	1 руб. 80 коп.				
Сено, за 1 пуд	25 коп.	35 коп.	40 коп.	40 коп.	40 коп.							

нялась для изготовления кваса и выдачу для служителей и прислуги (174 пуда на 8 человек). Половина всей ячной крупы выдавалась служителям и служительницам — 16 пудов 35 фунтов 48 золотников на сумму 57 руб. 48 коп. Соль также выдавалась служителям и прислуге — 4 пуда 22 фунта 56 золотников на сумму 6 руб. 39 <sup>1</sup>/<sub>4</sub> коп. (для 8 человек). Горох приобретался только для служителей и прислуги в расчете на 190 постных дней. Мясо получали все больные и служители, которым его рассчитывалось «на 175 скоромных дней» (16 пудов 24 фунта)<sup>11</sup>.

Приобретение и доставка продовольствия нередко поручались надежному человеку, такому как казак А. П. Терентьев, который часто покупал необходимые для больницы товары. Например, им приобретено капусты полубелой квашеной 10 ведер по 25 коп. за ведро (2 руб. 50 коп.), дрожжей 1 шт. за 40 коп., молока коровьего 1 <sup>1</sup>/<sub>3</sub> ведра (1 руб. 30 коп.), булки французской 12 фунтов по 19 коп. за фунт (на 1 руб. 20 коп.), всего на сумму 5 руб. 40 коп. Подавляющее большинство припасов и вещей приобреталось в торговых лавках города: «уплачено в лавку нижеудинской временной 2-й гильдии купчихи А. И. Суловой, за купленные припасы: горох, мясо 1 сорта, мед, дрожжи 11 руб. 62 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> коп»<sup>12</sup>. В лавке торгового дома Щелкунова и Метелева больница закупила комиссариатские припасы: марлю, холст, бумагу, карандаши, масло деревянное.

Товары, стоимость которых в течение года была неизменной, — писчая бумага (№ 6 — 4 руб. за стопу, № 7 — 3 руб. 50 коп. и № 8 — 3 руб. за стопу), сукно цветное толстое синее (1 руб. 60 коп. за аршин), сукно солдатское (1 руб. 30 коп.), сермяжное (40 коп.).

Сукно приобреталось больницей для пошива одежды больным и персоналу. Так, в отчетных документах ревизии Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 г. содержится пункт расходов на уплату «ссылному Алзамайской волости, Василию Владимирову за шитье одежды для служителей больницы: сюртуков и брюк суконных 3 пары по 2 руб. за пару — 6 руб., брюк летних — 3 пары по 30 коп. за пару — 90 коп., кителей, брюк и жилетов 2 пары по 2 руб. за пару — 4 руб., куртки с панталонами суконные — 6 комплектов и халаты суконные 3 штуки по 40 коп. — 1 руб. 20 коп., всего на 12 руб. 70 коп.»<sup>13</sup>. Кроме сукна, приобретался холст, стоимость его в Киренске составляла 20 коп. за аршин (ярославский) и 15 коп. за аршин (тюменский). Из него шили нательное и постельное белье, о стоимости пошива мы можем судить на примере Нижнеудинской гражданской больницы, которая платила портнихе за шитье вещей для больницы по 10 копеек за рубашки мужские и женские, подштанники и юбки, по 7 коп. за колпак, по 6 коп. за простыню, по 8 коп. за тюфяк для постели, по 4 коп. за наволочку и 1 коп. за полотенце (утиральник).

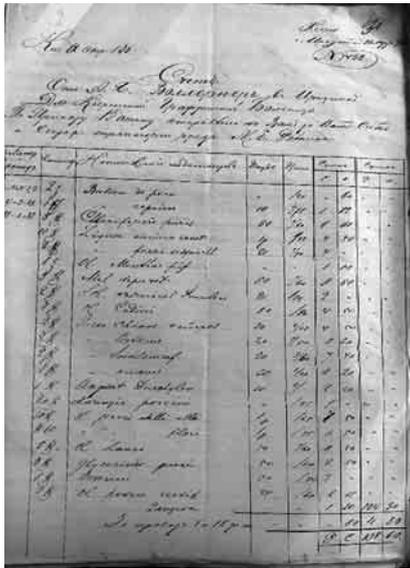
В архивных документах имеется счет, составленный купцом и иркутским благотворителем, инициатором постройки в 1896 г. аптеки Иркутского тюремного замка А. Б. Воллернером, за медикаменты, выписанный Киренской гражданской больнице на сумму 108 руб. 60 коп. и содержащий обычный для того времени список лекарственных средств (рис. 4).

Существовали и такие статьи расходов по хозяйственной части: «Уплачено ссылному Алзамайской волости Ф. М. Лаврентьеву за сделанные шкафы, один для библиотеки больницы с внутренним замком — 25 руб., один для инструментов и аппаратов с 2-мя внутренними замками — 20 руб., стол пись-

<sup>11</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 2. Ед. 67. Дело иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы в 1889 г.

<sup>12</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 107. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 г.

<sup>13</sup> Там же.



**Рис. 4.** Счет за доставленные из Иркутска для Киренской гражданской больницы медикаменты.

ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 140. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Киренской гражданской больницы.

менный с ящиками и внутренними замками для аптеки — 25 руб. а т. ж. за вставку стекол — 2 руб., всего 72 руб.» или «Уплачено жене ссыльного из свободного состояния Алзамайской волости, Марии Бадаевой за шитье вещей для больницы...»<sup>14</sup>.

Отчетность за обслуживание арестантского отделения велась отдельно. Статьи расходов на больных были те же. В статье приводятся только данные Сличительных ведомостей, демонстрирующие общие суммы поступающих и расходуемых средств (табл. 4). Всего же по арестантскому отделению на 1895 г. по смете определено на содержание служащих и прислуги 1072 руб. (66 руб. в месяц), на пищу для больных и прислуги 664 руб. 86 коп., на медикаменты и аптечные припасы 530 руб. 44 коп., на оде-

жду и обувь, постели и мытье их 408 руб. 35 коп., на хозяйственные и для больницы вещи 2 руб. 10 коп., на мелочные расходы и погребение умерших 30 руб., на отопление и освещение 146 руб. 70 коп.

Случались и расходы непредвиденные, обозначаемые в отчетных документах как «сверхштатный расход». К таким случаям отнесен пожар, который случился из-за печного отопления. Так, в документах о ревизии Нижнеудинской гражданской больницы мы находим счет на сумму 126 руб., потраченных на исправление повреждений, причиненных пожаром заднему корпусу больницы 24 декабря 1892 г. Часть этой суммы пошла на оплату отставному рядовому Сергею Темникову за сделанные новые и исправленные и окрашенные оконные рамы, ссыльному Алзамайской волости Лариону Судакову за все произведенные им после пожара плотничные работы, Дмитриевскому мещанину Павлу Мокрогузову за исправление печи в прачечной и побелку стен и потолков в горевших и задымленных помещениях здания больницы. Но в этой ситуации все обошлось благополучно, чего не скажешь о сгоревшей 10 февраля 1895 г. Киренской гражданской больнице. Еще с 1891 г. прослеживается активная переписка о необходимости проведения ремонтных работ в Киренской гражданской больнице. В донесении Совета в Иркутский Приказ общественного призрения за № 63 есть запись о проведенном анализе потребности в ремонте, составленном плане постройки новой кухни, подготовленной иркутским мещанином и временным киренским купцом 2-й гильдии М. Я. Ильиным смете (рис. 5). Поражают эстетические качества документа, заключенного в обложку.

Весь объем ремонтных работ изложен в рапорте члена Иркутской врачебной Управы статского советника П. С. Покрышкина и неперменного члена Приказа г. Перова в губернское управление за февраль 1894 г. Смета на общую сумму 2565 руб. 92 коп. утверждена, о чем в архиве имеется заключение за подписями губернского инженера, губернского архитектора и делопроизводителя губернской администрации от 5 апреля 1894 г. № 1110. В обращении

<sup>14</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 107. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Нижнеудинской гражданской больницы за 1892 г.

Таблица 4

**Сводная таблица ежемесячных Сличительных ведомостей Конторы Киренской гражданской больницы об обороте всех сумм по арестантскому отделению за 1895 г., капиталы 1-го разряда**

Месяц	К 1-му числу месяца, остаток с предыдущего	В текущем месяце		Осталось	В том числе неуплаченных ассигновок	Примечания
		поступило	израсходовано			
Январь	411 руб. 97 ¼ коп.	—	196 руб. 36 коп.	215 руб. 61 ¼ коп.	—	—
Февраль	215 руб. 62 ¼ коп.	—	127 руб. 30 коп.	88 руб. 31 ¼ коп.	—	—
Март	88 руб. 31 ¼ коп.	188 руб. 33 коп.	544 руб. 73 коп.	231 руб. 91 ¼ коп.	—	500 руб. позаимствовано из штатных сумм.
Апрель	231 руб. 91 ¼ коп.	—	145 руб. 16 коп.	86 руб. 75 ¼ коп.	—	—
Май	86 руб. 75 ¼ коп.	227 руб. 63 коп.	116 руб. 36 коп.	198 руб. 2 ¼ коп.	—	—
Июнь	198 руб. 2 ¼ коп.	—	101 руб. 4 ½ коп.	96 руб. 97 ¾ коп.	—	—
Июль	96 руб. 97 ¾ коп.	—	99 руб. 48 коп.	49 ¾ коп.	—	Позаимствовано у смотрителя больницы 3 руб.
Август	49 ¾ коп.	174 руб.	135 руб. 56 коп.	38 руб. 93 ¾ коп.	—	—
Сентябрь	38 руб. 93 ¾ коп.	126 руб. 92 коп.	151 руб. 67 коп.	14 руб. 18 ¾ коп.	—	—
Октябрь	14 руб. 18 ¾ коп.	145 руб. 86 коп.	119 руб. 32 коп.	40 руб. 72 ¾ коп.	—	—
Ноябрь	40 руб. 72 ¾ коп.	110 руб. 20 коп.	105 руб. 27 коп.	45 руб. 65 ¾ коп.	—	—
Декабрь	45 руб. 65 ¾ коп.	343 руб. 52 коп.	387 руб. 70 коп.	1 руб. 47 ¾ коп.	—	—

Примечание. Прочерк — архивные данные отсутствуют.

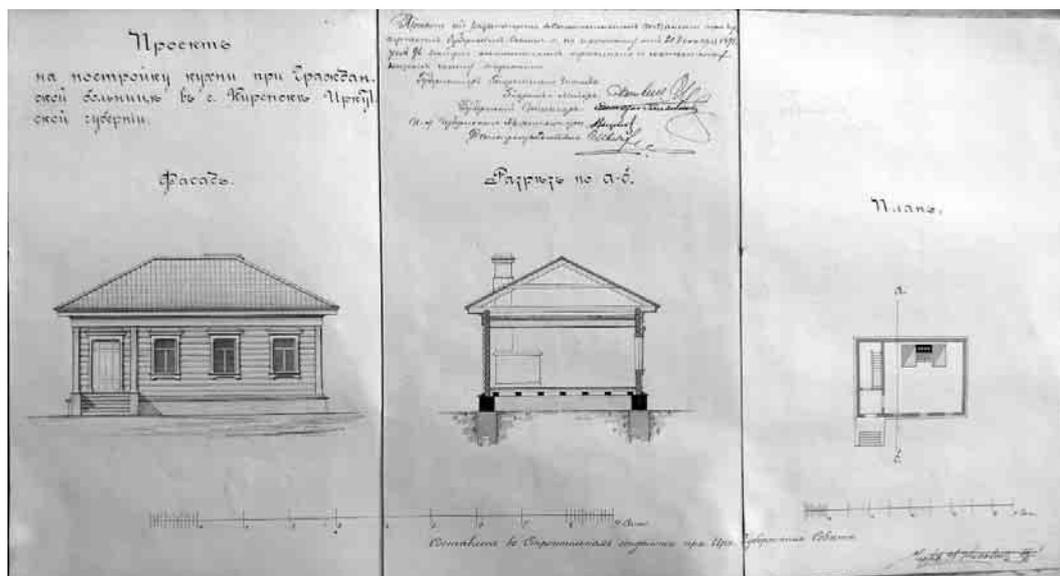


Рис. 5. Проект постройки кухни для Киренской гражданской больницы.

ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 100. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О командировании техника для осмотра неисправностей по Киренской больнице.

Совета больницы 27 мая 1894 г. за № 399 указано, что ввиду ветхости здания Киренской городской больницы, построенной в 1816 г., имеется «крайняя необходимость в ремонте». Выражается просьба об ассигновании денег на постройку ретирода «в *концъ* правого крыла больничного здания около лаборатории»<sup>15</sup>. 15 июня 1894 г. в сообщении № 100 в Иркутскую врачебную Управу киренский окружной врач, заведующий больницей А. И. Красицкий, проведя подробный осмотр состояния зданий больницы и изучив план ремонта, отмечает острую потребность в строительстве ретирода, перестройке амбара для хранения продуктов, не имеющего вентиляции, замене сгнивших досок пола в некоторых помещениях больницы. 25 июня 1894 г. за № 2741 в Иркутский Приказ общественного призрения из Общего губернского Управления, препровождено подлежащее исполнению от генерал-губернатора за 17 июня 1894 года № 1104 распоряжение относительно данных Министерством внутренних дел указаний «на производство постройки анатомического покая при Нижнеудинской больнице, квартир при Туркинском Императорском источнике и ремонта Киренской городской больницы»<sup>16</sup>. В отправленных из Министерства внутренних дел указаниях смета на постройку кухни временно отклонена. Помимо этого, в распоряжении № 5153 от 16 декабря 1893 г. генерал-губернатор А. Д. Горемыкин указывал иркутскому губернатору К. Н. Светлицкому, что из необходимости производства строительных работ в некоторых подведомственных Иркутскому Приказу общественного призрения благотворительных учреждений «ходатайствуйте об отпуске на этот пред-

мет 23 896 руб. 17 коп., составляющих сводный остаток от земского пособия в 100 тыс. руб., ассигнованных Приказу на четырехлетие 1890—1893 годы»<sup>17</sup>. Данная сумма остатка должна была быть включена в зачет на трехлетие 1894—1896 гг. В итоге с разрешения министра финансов и товарища министра внутренних дел Д. С. Сипягина получено разрешение на использование остатка. Общая сумма, Высочайше утвержденная, на производство строительных работ составила 31 118 руб. Из них выделялось 2500 руб. на постройку анатомического покая при Нижнеудинской больнице, постройку 2 квартир для служащих при Туркинском минеральном источнике, 2 квартир для приезжающих (25 094 руб.) и ремонт Киренской больницы (3524 руб.). 3 августа 1894 г. киренский окружной исправник, заведующий Киренской гражданской больницей П. М. Кухтерин, недавно назначенный на эту должность, и смотритель больницы И. Марков после проведения осмотра больницы с надворными постройками составили акт, в котором указали несоответствие насущных потребностей в ремонте и профинансированных. «В виду предположения постройки не в далеком будущем нового больничного здания» чиновники предлагают некоторые пункты ремонта, указанные по смете, отложить и заменить на: в больничной бане сделать новую печь (100 руб.), настелить новые полы вместо сгнивших (45 руб.), заменить некоторые рамы (18 руб. за 1 квадратный аршин), в кухне построить новую кирпичную плиту (45 руб.), в «лабораторке» настелить новый пол (30 руб.), исправить кухонную печь (10 руб.), построить новую ретироду (400 руб.), в помещении фельдшера «устроить новую русскую печь» (80 руб.), переложить 19 дымоходных труб и очистить чердак от

<sup>15</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 2. Ед. 94. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ремонте Киренской гражданской больницы.

<sup>16</sup> Там же.

<sup>17</sup> Там же.

щегня (200 руб.). Не согласившись с предложением руководства больницы, Приказ общественного призрения приступил к назначенным ремонтным работам, что могло повлиять на вероятность развития трагедии. В документах Иркутского Приказа общественного призрения имеется телеграмма о проведении полицией дознания по поводу возникшего 10 февраля пожара в Киренской гражданской больнице. Пожар начался от железной печи, потушить его не удалось, больница сгорела дотла, никто из работников и больных не пострадал<sup>18</sup>. Председатель больничного Совета Рейнсен уведомил Приказ о том, что больные временно переведены в здание городской Управы и городским старостой начат поиск помещения с амбаром, возовой и отдельно стоящим домиком для фельдшера в аренду, на которую Советом определена сумма в 500 руб. в год. 24 мая 1895 г. выделены 135 руб. для найма помещения для больничной конторы и смотрителя.

Помимо сверхштатных расходов могли быть и сверхштатные доходы, отмеченные в ревизионных книгах Киренской гражданской больницы, в которых содержится информация о сумме в 350 руб., пожертвованной в 1895 г. киренским купцом 2-й гильдии Д. А. Акуловым, и дополнительной суммы, перечисленной больнице иркутским Приказом общественного призрения 717 руб. 11 коп., согласно предписанию № 3433 от 20 октября 1894 г.<sup>19</sup>. Староста Конгалакского поселка Виллюйского округа Якутской области Г. Н. Попов, пожертвовал 100 руб. на питание больных Иркутской гражданской больницы в 1889 г.<sup>20</sup>. Были и более существенные суммы, например 17 тыс. руб. пожертвованные в

1894 г. Ю. И. Базановой на постройку дома для врачей Иркутской гражданской больницы<sup>21</sup>.

### Заключение

Исследование архивных документов показало, что источники финансирования окружных больниц формировались по смешанному принципу. В конце XIX в. был сформирован основной документооборот ведомостей, сводных отчетов, канцелярских книг по движению финансовых средств. Отмечается введение в деятельность окружных больниц поэтапного распределения финансовых средств и годовое исполнение бюджета больниц. В отчетах детализируются структура питания больных по продуктовым наборам, составление рационов питания и ценовая политика.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Полное собрание законов Российской Империи. Т. 20 (1775—1780): Законы (14 233 — 15 105). № 14 392. Учреждения для управления губерний Всероссийской Империи. СПб.: Тип. II. Отд. СЕИВК; 1775. 287 с.
2. Полное собрание законов Российской Империи. Т. 24 (6 ноября 1796 — 1797): Законы (17 530 — 18 301). № 17 743. Об учреждении медицинских управ. СПб.: Тип. II. Отд. СЕИВК; 1830. 287 с.
3. Энциклопедический словарь Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона. Инвалидный капитал. Пб.: Брокгауз—Ефрон; 1890—1907.

Поступила 13.04.2023  
Принята в печать 02.11.2023

### REFERENCES

1. *Polnoe sobranie zakonov Rossijskoj Imperii*. Vol. 20 (1775—1780): *Zakony* (14 233 — 15 105). № 14 392. Institutions for the administration of the provinces of the Russian Empire. St. Petersburg: Tip. II. Otd. SEIVK; 1775. 287 p. (in Russian).
2. *Polnoe sobranie zakonov Rossijskoj Imperii*. Vol. 24 (6 Nov 1796 — 1797): *Zakony* (17 530 — 18 301). № 17 743. About the establishment of medical boards. St. Petersburg: Tip. II. Otd. SEIVK; 1830. 287 p. (in Russian).
3. *Jenciklopedicheskiĭ slovar' F. A. Brokgauza i I. A. Efrona*. Disabled Capital. St. Petersburg: Brokgauz—Efron; 1890—1907 (in Russian).

<sup>18</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 134. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О пожаре в Киренской гражданской больнице в феврале 1895 года и найме помещений.

<sup>19</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 140. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О ревизии Киренской гражданской больницы.

<sup>20</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 79. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О 100 руб. пожертвованных старостою Якутской области Виллюйского округа Конгалакского поселка Георгием Николаевичем Поповым для употребления % с них на улучшение пищи больным Иркутской гражданской больницы в день 23 апреля.

<sup>21</sup> ГАИО. Ф. 33. Оп. 1. Ед. 132. Дело Иркутского Приказа общественного призрения. О 17 000 руб., пожертвованных вдовой потомственного гражданина Юлею Ивановной Базановой на постройку дома врачам Иркутской больницы.

**Миццюк Н. А., Покусаева В. Н.**

## **РОДИЛЬНЫЙ СТУЛ, АКУШЕРСКАЯ КРОВАТЬ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ КРЕСЛО В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ РОССИИ XVIII—XX вв.**

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, г. Смоленск, Россия

*Цель исследования состоит в изучении материальной культуры родовспоможения в Новой и Новейшей истории России. Среди важнейших задач — вовлечение в научный оборот российского эмпирического материала, чтобы на примере предметов материальной культуры (родильных кроватей, стульев, кресел) изучить трансформацию культуры деторождения при переходе от традиционной к биомедицинской модели родов. Ключевыми выступили подходы и методы социальной истории медицины, теории социального контроля и медикализации. При работе с эмпирическими материалами применялись методы контент-анализа, нарративного и интерпретативного анализа. В русской народной традиции отсутствовали специальные приспособления в виде родильных кроватей, кресел или стульев, что объяснялось доминированием вертикальной родильной позы. Первые родильные стулья были занесены в Россию иностранными акушерками. С развитием клинического родовспоможения утверждалась горизонтальная поза роженицы, что было обусловлено удобством для врачей. С последней четверти XIX в. российские врачи стали экспериментировать, изобретая максимально удобный вариант родильных кроватей и гинекологических кресел. Советская система родовспоможения была общедоступной, массовой, но она закрепляла технократическую модель родов. В родильных отделениях распространение получила «рахмановская родильная кровать». Кресла при родах не применялись, их использовали исключительно в гинекологии. Материальная культура советских родильных домов оказалась чрезвычайно устойчивой и консервативной. В современном российском акушерстве с переходом к холистической модели родов и актуализацией свободного положения роженицы стали широко внедряться кровати-трансформеры, фитболы, обеспечивающие оптимальное течение родового процесса. Материальная культура родовспоможения тесным образом связана с доминирующим типом родильной культуры.*

*Ключевые слова:* история деторождения; история акушерства и гинекологии; родильная культура; родительство; материнство; охрана материнства и младенчества; родильная кровать; гинекологическое кресло.

**Для цитирования:** Миццюк Н. А., Покусаева В. Н. Родильный стул, акушерская кровать и гинекологическое кресло в акушерстве и гинекологии России XVIII—XX вв. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):277—285. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-277-285>

**Для корреспонденции:** Миццюк Наталья Александровна, д-р ист. наук, доцент кафедры философии, биоэтики, истории медицины ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: nmitsyuk@gmail.com

**Mitsyuk N. A., Pokusaeva V. N.**

## **THE BIRTHING CHAIR, OBSTETRIC BED AND GYNECOLOGICAL CHAIR IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN RUSSIA OF XVIII-XX CENTURIES**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Smolensk State Medical University” of  
Minzdrav of Russia, 214019, Smolensk, Russia

*The purpose of the study is to investigate material culture of obstetrics in New and Modern history of Russia. The most important objective of research is to involve into scientific circulation Russian empirical material in order to study transformation of culture of childbirth during transition from traditional to biomedical model of childbirth exemplified by material culture items (maternity beds, chairs, armchairs). The key approaches were those of historical anthropology, social history of medicine, theory of social control and medicalization. The methods of content analysis, narrative and interpretive analysis were applied to analyze empirical data. In the Russian folk tradition included no such special devices as maternity beds and birth chairs that was explained by dominance of vertical maternity pose. The first birth chairs were brought into Russia by foreign midwives. With development of clinical obstetrics horizontal position of woman in labor was approving that was conditioned by convenience of physicians. Since last quarter of the XIX century, Russian physicians began to experiment, inventing most convenient version of maternity beds and gynecological chairs. The Soviet system of obstetrics was mass and publicly accessible, but consolidated technocratic model of childbirth. In maternity wards, the “Rakhmanov obstetric bed” became widespread. The chairs were not used during childbirth, being used exclusively in gynecology. The material culture of Soviet maternity hospitals turned out to be extremely stable and conservative. In modern Russian obstetrics, with transition to holistic model of childbirth and actualization of free positioning of woman in labor, transformer beds and fitballs began to be applied to provide optimal course of birth process. The material culture of obstetrics is closely related to dominant type of maternity culture.*

*Keywords:* history; childbirth; obstetrics; gynecology; maternity culture; parenthood; motherhood; maternity and infancy; maternity bed; gynecological chair.

**For citation:** Mitsyuk N. A., Pokusaeva V. N. The birthing chair, obstetric bed and gynecological chair in obstetrics and gynecology in Russia of XVIII-XX centuries. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):277—285 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-277-285>

**For correspondence:** Mitsyuk N. A., doctor of historical sciences, associate professor of the Chair of Philosophy, Bioethics, History of Medicine of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Smolensk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: nmitsyuk@gmail.com

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

**Acknowledgment.** The study was supported by the Russian Science Foundation under grant № 22-28-00625 “Parenthood in the context of family and reproductive policy in the modern history of Russia: Socio-historical, medical-anthropological analysis”.

В настоящих условиях выстраивания эффективной системы акушерской помощи, внедрения холистической модели родовспоможения, при которой соблюдается баланс между безопасностью, комфортом, правами и интересами пациенток и врачей, обращение к материальной культуре родов позволяет находить оптимальные решения. Основная цель публикации состоит в изучении трансформации материальной культуры родов при смене моделей родовспоможения, развитии научного акушерства. В фокусе изучения — родильные стулья, акушерские кровати и гинекологические кресла.

В российском историко-медицинском научном сегменте данная тема до сих пор не нашла отражения [1]. Поиск научных публикаций в изданиях, включенных в РИНЦ, по соответствующим ключевым словам (родильный стул, родильное кресло, родильная кровать, акушерская кровать) не дал результатов. Аналогичный поиск (по ключевому тэгу birth chair) по международным базам научного цитирования (WoS, Scopus) показал десятки публикаций. В междисциплинарных исследованиях британских и американских историков медицины была сделана попытка рассмотреть, как меняются родильные позы и материальный мир роженицы при переходе от традиционной к технократической модели родов [2]. Появились отдельные исследования, посвященные изучению того, как трансформировались родильные кровати в истории родильной культуры, что при этом теряли и приобретали женщины, как утверждался авторитет мужчин в акушерской профессии [3, 4].

Одной из ключевых концепций исследования явилась теория историков медицины о существовании трех моделей родов в истории человечества (традиционной, технократической и холистической), которые в разное время и у разных обществ приходили на смену друг другу. По мнению исследователей, смена этих моделей совпадает с переходом от аграрных обществ к индустриальным и постиндустриальным и тесно связана с развитием и утверждением в обществе научной медицины [5, 6]. Издержки технократической (биомедицинской) модели (излишняя патологизация родов, женщина превращается в объект для медицинских манипуляций, патерналистическое отношение врача к пациенткам, жесткое следование стандартам) приводят к появлению запроса в обществе на выработку новых подходов: холистической модели родов, в которой роженица выступает активной участницей процесса, присутствует выбор медицинской помощи, сочетание квалифицированной врачебной помощи и свободы пациенток. Концептуальными рамками исследования стали теории социального контроля и медикализации [7], к которой часто прибегают социальные историки медицины, социологи медицины, изучающие репродуктивное поведение населе-

ния России [8, 9]. Исследование основано на различных группах источников: материалы этнографов и врачей XIX — первой половины XX в., медицинские отчеты врачей, медицинская литература, автодокументальные источники, визуальные источники и музейные экспонаты. Привлекались также данные о советских и российских патентах на соответствующих интернет-ресурсах.

Вариации родильных стульев использовались на протяжении тысячелетий, есть свидетельства об их применении в египетских папирусах и Ветхом Завете [5]. Музейные экспонаты стран Западной Европы показывают обилие различных моделей родильных кресел и стульев [Birthing chair; Parturition (birthing) chair; Parturition chair or commode], которые различались по форме и размеру [10]. Анализ многочисленных источников и результатов этнографических исследований показал, что в русской народной традиции отсутствовали прототипы родильных стульев и кресел, которые были распространены в культурах других народов. Это было обусловлено целым рядом факторов.

В русской крестьянской традиции существовало поверье, что роды пройдут легче, если их проводить тайно [11]. Происходившие вне дома роды не предполагали наличия специальных предметов мебели (кровать, стул, кресло). Народные повитухи, которые продолжали доминировать в регионах России вплоть до 20—30-х годов XX в., несмотря на развитие клинического акушерства, использовали исключительно традиционные родильные позы, при которых роженица могла вести себя свободно, положение ее тела при этом не было регламентировано. В абсолютном большинстве доминировали вертикальные роды [12]. Функцию родильного стула могли выполнять присутствующие на родах люди (повитуха, муж, родственники), на коленях которых сидела роженица. Для более эффективного родового акта женщина могла использовать дополнительные предметы, но все они предполагали вертикальное или полувертикальное положение рожавшей.

Первые упоминания об использовании родильных стульев и кресел были обнаружены в автодокументальных источниках, а также в медицинской литературе. В обеспеченных семьях со второй половины XVIII в. стала складываться особая культура домашних родов. Она представляла собой смешение народного и научного акушерства. Представительницы привилегированного сословия, в отличие от крестьянок, чаще использовали для родов горизонтальную или полугоризонтальную позу. Исследователи выдвигают гипотезу, что влияние на распространение горизонтальной родильной позы имели представители монарших домов, которые одними из первых стали приглашать профессиональных акушеров и врачей на роды [13]. В дальнейшем эта практика стала распространяться на привилегиро-



Рис. 1. Модель родильного кресла в книге немецкого врача Е. Реслина, начало XVI в. ([http://digital.onb.ac.at/OnbViewer/viewer.faces?doc=ABO\\_%2BZ174577800](http://digital.onb.ac.at/OnbViewer/viewer.faces?doc=ABO_%2BZ174577800))

ванное сословие дворян. В связи с этим кровать или ее подобие были важным атрибутом при родах в дворянских семьях.

Для подготовки кровати к родам врачи в инструкциях для образованных повивальных бабок рекомендовали вынимать в подножной части кровати доски или вырезать в них «клинообразный кусок» [14]. Предлагалось также укладывать роженицу поперек кровати, подкладывая ей под спину подушки, ноги должны были упираться в края кровати, специальный валик или в стулья, расположенные рядом [15]. При использовании кровати женщина занимала продольное или поперечное положение.

Родильные кресла были занесены иностранными акушерками, которые нередко приглашались в семьи аристократов [16]. Наиболее распространенной формой было родильное кресло, изображение которого впервые встречается в работе немецкого врача Е. Реслина (рис. 1) [17]. Использование родильных стульев считалось средством, облегчающим родовой процесс. Описание подобных кресел мы находим в первых учебниках по акушерству, авторами которых были иностранцы. В частности, Д. И. Левитский описывал вариант родильного стула с подвижной спинкой, доской-седалищем с прорезанным в ней отверстием, ступеньками для укрепления ног, «перильцами с подвижными рукоятками» [18]. Под спину роженицы подкладывалась подушка, а под стул ставили таз «для истечения нечистот во время родов» [18] (рис. 2). Осознавая тот факт, что родильные кресла «весьма удобны», но крайне редки в России, врачи предлагали использовать простую форму родильного стула. Модель родильного кресла, описанная Верманом, представляла собой два связанных между собой обычных стула, раздвинутых спереди, в образовавшуюся «расщелину» усаживали роженицу [14]. В России подобные приспособления получили название «повивальный стул» или «повивальное кресло».

«Родильное кресло» могли устроить из предметов домашнего обихода. Повивальные бабки, при-

сутствуя на домашних родах, нередко практиковали роды в кресле. Как правило, использовалось обычное домашнее кресло, специально для этого приспособленное (застелили клеенкой и чистой тканью). В российских музеях, как нам известно, не сохранилось ни одного отечественного родильного кресла. Их описания (рисунки) можно встретить исключительно в учебниках по акушерству или в зарубежных музеях.

В результате развития научной медицины, акушерской теории и практики, роста числа родильных стационаров со второй половины XIX в. в крупных городах России формировалась система клинического родовспоможения. В условиях клинического родовспоможения зарождалась технократическая (биомедицинская) модель родов. Главными действующими лицами стационарного акушерства становились профессионалы — врачи и образованные повивальные бабки (в последней трети XIX в. за ними укрепилось наименование «акушерки»), чьи знания были основаны на научной медицине. Главная задача первых родильных приютов (при медицинских учебных заведениях и воспитательных домах в Москве и Санкт-Петербурге) состояла в возможности развивать практические навыки у врачей, которые в условиях доминирования домашних родов и сохранения женского пространства родов были лишены этого.

Женское тело стало восприниматься в качестве объекта для врачебных манипуляций, движения и позы роженицы должны были быть ограничены для максимального удобства работы профессионалов. На протяжении второй половины XVIII — начала XX в. происходила легитимация родильной позы в положении лежа на спине или полулежа. Все иные



Рис. 2. Тип родильного кресла, описанный в учебнике Д. И. Левитского (1821) (<https://collection.sciencemuseumgroup.org.uk/objects/co96268/parturition-birthing-chair-parturition-chair>)



Рис. 3. Кровать для рожениц, предложенная Д. О Оттом в 80-х годах XIX в. [19].

размещенной (с подушками под спиной) слегка полусидя. Как и в немецком прототипе, его родильная кровать имела в середине выемку для таза. Поначалу такие кровати не были обязательным атрибутом клиник, но по мере изъятия у «неграмотных повитух» контроля за процессом родов родильные кресла с приспособлениями для облегчения потуг оказались заменены плоскими кроватями — менее удобными для женщин, но более комфортными для лиц, которые следили за процессом и помогали родильницам.

С последней трети XIX в. в рамках клинического родовспоможения стали разрабатываться разнообразные формы родильных кроватей. В столичных ро-

дильных домах использовались дорогие зарубежные родильные кровати, имевшие сложную конструкцию. Врачи-акушеры буквально соревновались в изобретении оптимальной акушерской кровати. В Императорском клиническом повивально-гинекологическом институте использовались экспериментальные кровати, разработанные Дмитрием Оскаровичем Оттом (рис. 3, 4) [21]. Он считал, что в работе акушера и гинеколога важнейшее место занимает правильное освещение. По его проекту к спинкам кроватей (ножной части) были прикреплены лампы. Кровати для рожениц были на высоких

позы расценивались врачами как «первобытные» [12].  
Вслед за просвещенной Европой в Россию проникла убежденность в необходимости оснащения клиник родильными кроватями. Одним из первых в России их использовал глава родильного отделения Калининской больницы в Санкт-Петербурге Нестор Максимович Амбодик-Максимович [19, 20]. Как выпускник Страсбургского университета, он применял немецкий вариант кровати, но доработал его, существенно увеличив высоту ложа — чтобы врачи и повитухи не наклонялись над рожаящей,

родильных домах использовались дорогие зарубежные родильные кровати, имевшие сложную конструкцию. Врачи-акушеры буквально соревновались в изобретении оптимальной акушерской кровати. В Императорском клиническом повивально-гинекологическом институте использовались экспериментальные кровати, разработанные Дмитрием Оскаровичем Оттом (рис. 3, 4) [21]. Он считал, что в работе акушера и гинеколога важнейшее место занимает правильное освещение. По его проекту к спинкам кроватей (ножной части) были прикреплены лампы. Кровати для рожениц были на высоких



Рис. 4. Родильные кровати, разработанные Д. О. Оттом. Могли использоваться при родах и при осмотре пациенток [19].



Рис. 5. Учебная операционная в виде амфитеатра с операционным столом в центре [19].

ножках, для их большей устойчивости и мобильности они снабжались колесиками в головной части, в ножной части к ножкам кроватей прикреплялись резиновые вставки. Встречалось использование кроватей, сконструированных профессором Н. В. Ястребовым. Данный образец отличался тем, что кровать могла разделяться на две части, в результате чего легко «из простой постели превращалась в поперечную» [21].

В обиход родильной клиники входили акушерские (повивальные) столы. С развитием акушерской науки важным преимуществом клинического родовспоможения стали широкие возможности использования оперативного вмешательства в случае возникновения патологии [22]. К началу XX в. операционные имелись в большинстве родильных отделений и стали ключевым преимуществом клинического родовспоможения, символизируя авторитет врача перед домашними повивальницами. Родильный стол занимал центральное место в операционной, к его устройству предъявлялось все больше требований [23].

На всем протяжении XIX в. акушеры предлагали различные варианты акушерских столов, которые во многом повторяли зарубежные дорогие модели. Врачи экспериментировали с разработкой операци-

онного стола, наиболее удобного для медицинского персонала. Конструкции операционных при университетских клиниках были однотипными, напоминавшими амфитеатр со специальными местами для зрителей-слушателей (рис. 5) [19]. В центре круглой операционной Императорской военно-медицинской академии и родильного госпиталя Повивального института в Санкт-Петербурге находился стеклянный павильон, буквально на уровне второго этажа размещались несколько ярусов для зрителей, рассчитанные на 60 человек. Приходившие студенты превращались в зрителей, которым выдавали бинокли. За производимыми над роженицей манипуляциями могли наблюдать до 100 человек, включая врачебный персонал. При проведении полостных операций роженицу размещали на операционном столе. Образцовыми считались зарубежные варианты. Так, операционный стол немецкого хирурга и гинеколога Ф. Тренделенбурга был металлическим, он располагался на подвижной оси и мог поворачиваться на 360 градусов, менять наклон [24]. Стол состоял из трех частей, что позволяло изменять положение пациентки, приподнимая или опуская ее верхнюю или нижнюю часть тела. В конце XIX в. для изменения высоты расположения роженицы появилась специальная педаль [23]. Д. О. Отт про-

водил различные трансформации зарубежных вариантов операционных столов, которые, как он считал, позволяли обеспечивать максимально удобное для врача положение пациентки. Он разработал дешевый и простой вариант деревянной операционной кровати, которая была устойчива, состояла из двух частей, позволяя опускать верхнюю и нижнюю часть тела пациентки, а также фиксировать положение ее ног.

Классической стала родильная кровать (могла приобретать форму кресла), разработанная в начале XX в. акушером-гинекологом А. Н. Рахмановым и получившая наименование «рахмановская кровать». Кровать была специально сконструирована для родильного дома А. А. Абрикосовой, директором которого он являлся. Кровать Рахманова не была оригинальна, так как ее конструкция основана на типовых моделях зарубежных кроватей. Но ее главное преимущество — простота и дешевизна. Как и дорогие заграничные модели, кровать Рахманова могла трансформироваться; изменялось положение спинки, ножная часть также могла двигаться для удобного доступа медицинского персонала к промежности пациентки, присутствовали подколеники для максимального разведения бедер. Предложенный вариант родильной кровати был универсальным для применения при родах, гинекологических операциях и для гинекологического осмотра [24]. Изобретение Рахманова не получило широкого распространения в дореволюционной России, но стало универсальным в условиях советского стационарного акушерства благодаря простоте конструкции.

До последней трети XIX в. родильные кресла в клиниках встречались редко и мало чем отличались от образцов, которые могли использоваться при домашних родах. Однако с развитием гинекологии (прежде всего оперативной) и заявлением врачей о важности «внутреннего обследования» женщин для выявления различного рода патологий функционал кресел стал все более ограничен гинекологическими и акушерскими осмотрами, получив название «стул для акушерских исследований» [20]. Первые акушерские и гинекологические кресла, разработанные преимущественно немецкими или английскими врачами, в столичные клиники доставлялись из-за границы. Распространенными креслами для осмотра пациенток были «шредеровское кресло», «кресло Симса» [19]. С конца XIX в. российские врачи-акушеры стали разрабатывать и применять различные варианты отечественных акушерских кресел [23], которые могли бы зафиксировать и обездвижить тело пациентки для максимального удобства работы врача. Распространение получили приспособления профессора акушерства и гинекологии Д. О. Отта, который сконструировал дешевый деревянный вариант операционного гинекологического кресла, который оценивался в 30 руб. [25]. Он был устроен таким образом, что пациентку можно было фиксировать в различном положении (даже вниз головой) и проводить над ней всевозможные медицинские

манипуляции. Для удобной фиксации ног пациентки использовались специальные приспособления, которые получили название «ногoderжатели Отта». При отсутствии у врача предлагаемой конструкции Д. О. Отт предлагал вариант простого ногoderжателя, сделанного из подручных материалов (платков, бинтов и пр.) [26].

В условиях советского здравоохранения стационарное акушерство признавалось единственно правильным, в связи с этим ставка была сделана на формирование системы родовспомогательных учреждений, значительный рост числа коек и массовое вовлечение женщин в систему стандартизированной и унифицированной акушерской, гинекологической помощи и различного рода патронажа. В условиях социалистической идеи равенства советское государство впервые в мире предоставило женщинам набор общедоступных, бесплатных, но в то же время стандартных, типовых услуг, связанных с родовспоможением и репродуктивным здоровьем. К середине XX в. в СССР оформилась технократическая модель родов. Происходила унификация медицинских учреждений (архитектурные решения, планировка, наименование медицинских инструментов), медицинских процедур, алгоритма поведения врачей и акушерок. Стандартный родильный дом включал смотровое отделение, предродовую, родовую, послеродовую, операционную, отделение для новорожденных [27]. Роженицы в официальных документах стали называться «больными» [28]. Весь алгоритм акушерской и гинекологической помощи был строго регламентирован. Выбор женщины в этой системе (набор услуг, палата, одежда, родильная поза) был ограничен. Все решения определяло сообщество экспертов (врачи-акушеры), закреплялась иерархия медицинского персонала и патерналистское отношение врача к пациентке. Поведение роженицы на всех стадиях родового процесса было стандартизировано, происходила полная изоляция пациенток от посетителей.

В новой системе стационарной акушерской и гинекологической помощи происходила унификация родильной позы. Роженицы должны были занимать единственно одобряемую родильную позу — горизонтальную, лежа на спине на родильной кровати [28]. К 1930-м годам была утверждена модель типовой родильной кровати («родильная койка» [29]), которая должна была использоваться во всех стационарах в случае нормальных родов. За основу была взята родильная кровать, разработанная врачом-акушером А. Н. Рахмановым (рис. 6). Конструкция «рахмановской кровати» была максимально упрощена. Все было сделано для удобства врачей, что указано в инструкциях [28]. Родильная кровать была высокой и достаточно узкой. Кровать позволяла менять положение роженицы (поперечное или продольное) в зависимости от характера протекания родов и применяемых медицинских манипуляций, обеспечивая акушерке оптимальный «доступ к наружным половым органам» роженицы. Верхняя часть кровати могла подниматься, обеспечивая ро-

## История медицины

женице положение полулежачая. Кровать можно было сдвинуть, превращая ее в так называемую поперечную кровать. Для усиления потуг использовались специальные ремни, вожжи или полотенца, разработанные дореволюционными врачами (типа «ногoderжателей Отта»). Специальные приспособления прикреплялись к краям кровати. Роженица должна была держаться за концы этих ремней (полотенец), согнув при этом ноги в тазобедренных и коленных суставах и упираясь ступнями в кровать, и тянуть на себя вожжи. По инструкции роженице не рекомендовалось вставать, кричать и запрокидывать голову [28].

Если в условиях родильных стационаров утверждалась родильная кровать, то в гинекологии унифицировалась форма гинекологического кресла. На протяжении 1920—1950-х годов вводились обязательные гинекологические осмотры, открывались женские консультации и смотровые кабинеты для женщин всех возрастов, в повседневную жизнь горожанок входила диспансеризация. Гинекологическое кресло стало обязательным атрибутом женских консультаций [29]. Его внешний вид был чем-то средним между гинекологическим креслом, изобретенным Д. О. Оттом, зарубежными образцами и родильной кроватью А. Н. Рахманова. Первоначально к кровати Рахманова прикручивали железные ногoderжатели, верхнюю часть кровати приподнимали, а нижнюю сдвигали [28]. Общий вид гинекологического кресла мало чем отличался от дореволюционного, с той лишь разницей, что его форма была упрощена (ликвидирована педалька, которая позволяла регулировать высоту кресла). Кресло с подлокотниками располагалось на высокой оси, положение спинки и ножного отделения можно было изменять. В основании располагались железные ногoderжатели, высота которых также могла трансформироваться. Попытки усовершенствовать гинекологическое кресло были реализованы с конца 1950—1960-х годов. Советскими врачами и конструкторами были предложены четыре патента на усовершенствование гинекологического кресла. В частности,

гинекологическое кресло было снова снабжено педалькой, с помощью которой врач-гинеколог мог менять его высоту (предложение сотрудников Государственного института по проектированию лечебно-профилактических учреждений И. А. Славина, М. П. Романовой, И. В. Кашина, принятое в 1964 г.) [30]. Предлагалась также для удобства врача возможность разведения ног пациентки при помощи разводных ногoderжателей.

С 1980-х годов в странах Западной Европы, США стала утверждаться холистическая модель родов, в рамках которой особое внимание уделялось активному поведению рожениц и естественному течению родовой деятельности. Было доказано, что вертикальная, полусидячая позы могут быть наиболее эффективны в случае нормальных родов. В клиническое родовспоможение стало возвращаться родильное кресло [4]. В Советской России сохранялось доминирование родильных кроватей. После утверждения образцов «рахмановской родильной кровати» и ее массового производства советские врачи перестали экспериментировать с формами акушерских кроватей, что подтверждает анализ советских патентов. Родильные кресла не использовались. Переход к холистической модели родовспоможения в России стал реализовываться в постсоветской России. В современном российском акушерстве все шире внедряется свободное положение женщины на каждом этапе родов, которое признано оптимальным с медицинской и психологической точки зрения. Для ведения таких «вертикальных» родов не требуется специального оснащения. Дополнение родовой палаты каким-либо оборудованием (например, фитболы), кроватями-трансформерами, современными родильными креслами позволяет роженице выбирать те позы, в которых она чувствует себя максимально комфортно. «Рахмановская кровать» подверглась существенной трансформации и позволяет роженице занимать оптимальное удобное положение. Подобный симбиоз классического и современного акушерства в определении позы женщины во втором периоде не только обеспечивает максимально физиологическое течение родового акта, но и позволяет женщине почувствовать себя активным участником процесса рождения ребенка.

### Заключение

Формы родильных кресел, столов, стульев и кроватей были напрямую связаны с одобряемыми и легитимизированными родильными позами, доминировавшими в тот или иной исторический период, и моделями родовспоможения. В условиях традиционной модели родов, существовавшей в народной среде, поведение роженицы было свободным, использовались различные родильные позы, наиболее распространенным было вертикальное положение. В русской народной традиции отсутствовали специальные приспособления в виде родильных кроватей, кресел или стульев. Подобные изобретения были занесены в Россию иностранными акушерками. Первые врачи-акушеры, получившие об-

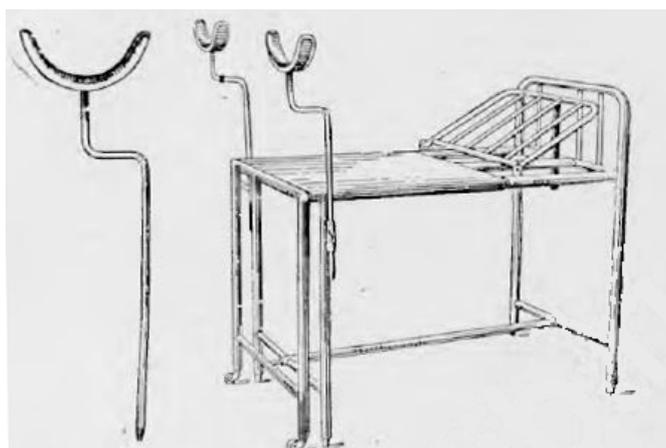


Рис. 6. «Рахмановская кровать» с металлическими ногoderжателями (Бодяжина В. И. Учебник акушерства (для медицинских училищ). М.: Медгиз; 1958).

разование по зарубежным книгам, также предлагали различные модели родильных кресел. С формированием технократической модели родовспоможения в условиях клинического родовспоможения стала доминировать горизонтальная поза роженицы, что было обусловлено удобством для врача при проведении необходимых манипуляций с телом роженицы. В условиях дореволюционного стационара существовали различные модели родильных кресел и кроватей. Врачи экспериментировали, изобретая максимально удобный вариант и закрепляя свой авторитет в профессии. С развитием оперативного акушерства и гинекологии тело роженицы все более обездвиживалось, ограничивалась свобода ее действий при помощи различных приспособлений (ногостержатели, ремни, специальная одежда, наркоз). Советская система родовспоможения была общедоступной, массовой, но закрепила жесткую технократическую модель родов. Родильная кровать стала основным атрибутом родовой палаты, так как единственно одобряемой в условиях советского стационара считалась горизонтальная поза роженицы. Кресла при родах не применялись, использовались исключительно в гинекологии. Вся материальная культура советских родильных домов была очень устойчивой и консервативной вплоть до нового этапа в истории российского родовспоможения. Начало ему положили 1990-е годы — годы сближения российской и европейской науки в вопросах подготовки будущих матерей к возможно более естественному и наименее травматичному (в том числе в психологическом и физиологическом плане) разрешению от бремени в чутком взаимодействии с акушерской бригадой.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-28-00625 «Родительство в контексте семейной и репродуктивной политики в новейшей истории России: социально-исторический, медико-антропологический анализ».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пушкарева Н. Л., Белова А. В., Мицюк Н. А. История деторождения как объект социально-гуманитарных исследований в России. *История медицины*. 2019;(4):206-12.
2. Davis-Floyd R., Sargent C. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: University of California Press; 1997. 510 p.
3. Banks A. *Birth Chairs, Midwives, and Medicine*. Jackson, Mississippi: Press of Mississippi; 1999. 154 p.
4. Jowitt M. The Rise and Rise of the Obstetric Bed. *Midwifery Matters*. 2012;132:11-6.
5. Hopwood N., Flemming R. *Reproduction: Antiquity to the Present Day*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. 730 p.
6. Мицюк Н. А., Пушкарева Н. Л. Зарождение биополитической модели рождаемости в XIX ? начале XX в. *Журнал исследования социальной политики*. 2021;(3):421-36.
7. Conrad P. *The Medicalization of Society on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007. 224 p.
8. Темкина А. А. Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль. *Журнал исследования социальной политики*. 2014;(3):321-36.
9. Rivkin-Fish M., Leykin I. Politicized Demography and Biomedical Authority in Post-Soviet Russia. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*. 2022;41(6-7):702-17.

10. Музейная коллекция Science Museum Group. Режим доступа: <https://collection.sciencemuseumgroup.org.uk/objects/co96268/parturition-birthing-chair-parturition-chair>
11. Жук В. Легенды и поверья русской народной медицины. *Акушерка*. 1902;(7-8):106—14.
12. Рейн Г. Е. О русском народном акушерстве. СПб.: Тип. М. М. Стасюлевича; 1889. 68 с.
13. Dundes L. The Evolution of Maternal Birthing Position. *Public Health Then and Now*. 1987;77(5):636-41.
14. Верман К. Руководство к обучению повивальному искусству. М.: Тип. Лазаревых; 1832. 184 с.
15. Атлас акушерский рисунков с ссылками на учебную книгу акушерства доктора Д. В. Буше. М.: Тип. А. Семена; 1852. 235 с.
16. Мицюк Н. А., Белова А. В. Акушерский труд как первая официальная профессия женщин в России в XVIII — начале XX в. *Вестник РУДН. Серия: История России*. 2021;20(2):270—86.
17. Rößlin E. *Der Swangern Frauen vnd Hebammen Rosengarten*. 1513. Режим доступа: [http://digital.onb.ac.at/OnbViewer/view-er.faces?doc=ABO\\_%2BZ174577800](http://digital.onb.ac.at/OnbViewer/view-er.faces?doc=ABO_%2BZ174577800)
18. Левитский Д. И. Руководство к повивальной науке. М.: Тип. А. Семена; 1821. 184 с.
19. Акушерско-гинекологические учреждения России. СПб.: Гос. тип.; 1910. 328 с.
20. Залеский Ф. Ф. Очерки главнейших публичных лечебных заведений С.-Петербурга и Москвы. Казань: Типография Университета; 1859. 121 с.
21. Муратов А. А. Медицинский отчет женской лечебницы и родовспомогательного заведения с бесплатными койками за 1886—1888 гг. М.: Тип Э. Лиснера и Ю. Романа; 1890. 187 с.
22. Мицюк Н. А., Пушкарева Н. Л., Белова А. В. Организация пространства первых родильных клиник в России (XIX — начало XX в.) *Былые годы*. 2022;17(2):621-30.
23. Отт Д. Оперативная гинекология. СПб.: Гос. тип.; 1914. 603 с.
24. Отчет о деятельности городского родильного дома им. А. А. Абрикосовой. М.: Город. тип.; 1909. 99 с.
25. Бубличенко Л. И. Практические указания устройства родильного приюта. Петроград: Гос. типография; 1915. 26 с.
26. Феноменов Н. Н. Оперативное акушерство. СПб.: Гос. тип.; 1902. 491 с.
27. Леви М. Ф. История родовспоможения в СССР. М.: АМН СССР; 1950. 202 с.
28. Каплан А. Л. Учебник акушерства и гинекологии. М.: Медгиз; 1960. 284 с.
29. Штекель Я. Основы акушерства. Т. 1. М. — Л.: Государственное медицинское издательство; 1933. 582 с.
30. Патенты на усовершенствование гинекологического кресла. Режим доступа: <https://patents.su/3-164931-kresloginekologicheskoe.html>

Поступила 18.04.2023  
Принята в печать 02.11.2023

#### REFERENCES

1. Pushkareva N. L., Belova A. V., Mitsyuk N. A. The history of childbirth as the subject of social and humanitarian studies in Russia. *Istoriya mediciny = History of Medicine*. 2019;(4):206-12 (in Russian).
2. Davis-Floyd R., Sargent C., eds. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: University of California Press; 1997. 510 p.
3. Banks A. *Birth Chairs, Midwives, and Medicine*. Jackson, Mississippi: Press of Mississippi; 1999. 154 p.
4. Jowitt M. The Rise and Rise of the Obstetric Bed. *Midwifery Matters*. 2012;132:11-6.
5. Hopwood N., Flemming R. *Reproduction: Antiquity to the Present Day*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. 730 p.
6. Mitsyuk N. A., Pushkareva N. L. The origin of the biopolitical model of birth control in the 19th — beginning of 20th centuries Russia. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki = The Journal of Social Policy Studies*. 2021;(3):421-36 (in Russian).
7. Conrad P. *The Medicalization of Society on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007. 224 p.
8. Temkina A. A. Medicalization of the Reproduction and Childbirth: a Struggle for Control. *Zhurnal issledovaniya sotsial'noy politiki = The Journal of Social Policy Studies*. 2014;(3):321-36 (in Russian).
9. Rivkin-Fish M., Leykin I. Politicized Demography and Biomedical Authority in Post-Soviet Russia. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*. 2022;41(6-7):702-17.

История медицины

10. Museum Group. Available at: <https://collection.sciencemuseumgroup.org.uk/objects/co96268/parturition-birthing-chair-parturition-chair>
11. Zhuk V. Legends and beliefs of Russian folk medicine. *Akusherka = Midwife*. 1902;(7–8):106–14 (in Russian).
12. Rein G. E. About Russian folk obstetrics [O russkom narodnom akusherstve]. St. Petersburg: Type. M. M. Stasyulevich; 1889. 68 p. (in Russian).
13. Dundes L. The Evolution of Maternal Birthing Position. *Public Health Then and Now*. 1987;77(5):636–41.
14. Verman K. A guide to teaching midwifery art [Rukovodstvo k obucheniju povival'nomu iskusstvu]. Moscow: Type Lazarev; 1832. 184 p. (in Russian).
15. Atlas of obstetric drawings with links to the textbook of obstetrics by Dr. D. V. Boucher [Atlas akusherskij risunkov s slykami na uchebnuju knigu akusherstva doktora D. V. Bushe]. Moscow: Type A. Seeds; 1852. 235 p. (in Russian).
16. Mitsyuk N. A., Belova A. V. Midwifery as the first official profession of women in Russia, 18th to early 20th centuries. *Vestnik RUDN. Seriya: Istoriya Rossii = RUDN Journal of Russian History*. 2021;20(2):270–86 (in Russian).
17. Rößlin E. Der Swangern Frauwen vnd Hebammen Rosengarten. 1513. Available at: [http://digital.onb.ac.at/OnbViewer/viewer.faces?doc=ABO\\_%2BZ174577800](http://digital.onb.ac.at/OnbViewer/viewer.faces?doc=ABO_%2BZ174577800)
18. Levitsky D. I. Guide to midwifery science [Rukovodstvo k povival'noj nauke]. Moscow: Type A. Seeds; 1821. 184 p. (in Russian).
19. Obstetric and gynecological institutions of Russia [Akushersko-ginekologicheskie uchrezhdenija Rossii]. St. Petersburg: State type.; 1910. 328 p. (in Russian).
20. Zalesky F. F. Essays of the main public medical institutions of St. Petersburg and Moscow [Ocherki glavnejshih publicnyh lechebnyh zavedenij S.-Peterburga i Moskvy]. Kazan: Printing House of the University; 1859. 121 p. (in Russian).
21. Muratov A. A. Medical report of a women's hospital and maternity hospital with free beds for 1886–1888 [Medicinskij otchet zhenskoy lechebnicy i rodovspomogatel'nogo zavedenija za 1886–1888 gg.]. Moscow: E. Lissner and Y. Roman type; 1890. 187 p. (in Russian).
22. Mitsyuk N. A., Pushkareva N. L., Belova A. V. Organization of the Space of the First Maternity Clinics in Russia (XVIII — beginning of the XX centuries). *Bylye Gody*. 2022;17(2):621–30 (in Russian).
23. Ott D. Operative gynecology [Operativnaja ginekologija]. St. Petersburg: Gos. tip.; 1914. 603 p. (in Russian).
24. Report on the activities of the city maternity hospital named after A. A. Abrikosova [Otchet o dejatel'nosti gorodskogo rodil'nogo doma im. A. A. Abrikosovoj]. Moscow: City type; 1909. 99 p. (in Russian).
25. Bulichenko L. I. Practical instructions for the device of a maternity shelter [Prakticheskie ukazaniya ustrojstva rodil'nogo prijuta]. Petrograd: State Printing House; 1915. 26 p. (in Russian).
26. Phenomenov N. N. Operative obstetrics [Operativnoe akusherstvo]. St. Petersburg: State type; 1902. 491 p. (in Russian).
27. Levi M. F. History of maternity care in the USSR [Istorija rodovspomozhenija v SSSR]. Moscow: AMN USSR; 1950. 202 p. (in Russian).
28. Kaplan A. L. Textbook of obstetrics and gynecology [Uchebnik akusherstva i ginekologii]. Moscow: Medgiz; 1960. 284 p. (in Russian).
29. Shtekkel Ya. Fundamentals of Obstetrics [Osnovy akusherstva]. Vol. 1. Moscow — Leningrad: State Medical Publishing House; 1933. 582 p. (in Russian).
30. Patents for the improvement of the gynecological chair [Patenty na usovershenstvovanie ginekologicheskogo kresla]. Available at: <https://patents.su/3-164931-kreslo-ginekologicheskoe.html>

**Крылова С. В.<sup>1</sup>, Крылов Н. Н.<sup>2</sup>, Карпенко И. В.<sup>2</sup>****РОССИЙСКИЙ ПРИОРИТЕТ СОЗДАНИЯ ОБЩЕЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ (СООБЩЕНИЕ 1)**<sup>1</sup>Гуманитарный институт АНО ВО «Российский новый университет», 105005, г. Москва;<sup>2</sup>Институт социальных наук ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)», 119048, г. Москва

*Статья посвящена изучению научно-исследовательской деятельности первооткрывателей «русского наркоза» из Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга: заведующего кафедрой фармакологии Н. П. Кравкова, заведующего кафедрой госпитальной хирургии С. П. Федорова и его ординатора А. П. Еремича. Они впервые в мире развили идеи всестороннего экспериментального обоснования, а затем безопасного клинического введения препарата гедонал для достижения стадии безопасного общего обезболивания и проведения продолжительных и травматичных операций. Научные труды русских первооткрывателей указали принципиально новое направление для формирования анестезиологии в Российской империи и в мире. А. П. Еремич на стадии подготовительных испытаний, отработки методики внутривенной инфузии, определения диапазона безопасных терапевтических доз и создания специальной установки, облегчающей работу с гедоналом в ходе операций профессора С. П. Федорова, может быть признан первым российским анестезистом, а также первым отечественным реаниматологом.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** история медицины; общая внутривенная анестезия; гедонал; Н. П. Кравков; С. П. Федоров; А. П. Еремич.

**Для цитирования:** Крылова С. В., Крылов Н. Н., Карпенко И. В. Российский приоритет создания общей внутривенной анестезии (сообщение 1). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):286–290. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-286-290>

**Для корреспонденции:** Крылов Николай Николаевич, д-р мед. наук, профессор кафедры гуманитарных наук Института социальных наук ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)», e-mail: [nnkrylov01@yandex.ru](mailto:nnkrylov01@yandex.ru)

**Krylova S. V.<sup>1</sup>, Krylov N. N.<sup>2</sup>, Karpenko I. V.<sup>2</sup>****THE RUSSIAN PRIORITY OF DEVELOPMENT OF INTRAVENOUS ANESTHESIA (REPORT I).**<sup>1</sup>The Humanitarian Institute of the Autonomous Non-Profit Educational Organization of Higher Education “The Russian New University”, 105005, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Institute of Social Sciences of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

*The article analyses research activities of the discoverers of “Russian narcosis” from the Military Medical Academy of St. Petersburg: the head of the Department of Pharmacology N. P. Kravkov, the head of the Department of Hospital Surgery S. P. Fedorov and his resident A. P. Eremich. They for the first time in the world developed ideas of comprehensive experimental substantiation and then safe clinical administration of preparation “hedonal” to achieve stage of safe general anesthesia and implementation of long-term and traumatic operations. The scientific works of Russian discoverers indicated fundamentally new direction in formation of anesthesiology in the Russian Empire and in the world. A. P. Eremich at stage of preparatory tests, working out technique of intravenous infusion, determination of range of safe therapeutic doses and creation of special installation facilitating work with hedonal during operations of Professor S. P. Fedorov, can be recognized as the first Russian anesthesiologist and also as the first National resuscitator.*

**К е y o r d s :** history of medicine; general intravenous anesthesia; hedonal; N. P. Kravkov; S. P. Fedorov; A. P. Eremich.

**For citation:** Krylova S. V., Krylov N. N., Karpenko I. V. The Russian priority of development of intravenous anesthesia (Report I). *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):286–290 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-286-290>

**For correspondence:** Krylov N. N., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Humanitarian Sciences of the Institute of Social Sciences of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: [nnkrylov01@yandex.ru](mailto:nnkrylov01@yandex.ru)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.09.2023  
Accepted 02.11.2023

Широкое использование для общего обезболивания сначала эфира, а затем хлороформа позволило в XIX в. накопить значительный материал для объективной оценки результатов их применения. При этом все яснее становились очевидными не только достоинства, но и недостатки ингаляционного наркоза, которые могли приводить к смерти пациента [1].

Так, в начале XX в. анализ 700 случаев смерти после различных операций позволил связать боль-

шинство из них с особенностями проведения обезболивания: тошнота и рвота (риск вдыхания рвотных масс), остановка дыхания от удушья (асфиксия), нарушения сердечного ритма [2]. Стало ясно, что при обычных методах ингаляционной анестезии здоровый пациент может отправиться в операционную на операцию продолжительностью в один час только для того, чтобы выйти из нее, ощущая себя избитым, сломанным и разбитым. В таком состоянии могут пройти месяцы (или даже годы), прежде

## История медицины

чем он восстановит нормальное состояние здоровья [3].

При пользовании маской для наркоза из-за отсутствия специальной аппаратуры для введения анестетика непосредственно в трахею, быстрой утечки газа-гипнотика через респираторный тракт во внешнюю среду наркоз был неустойчив и непродолжителен. Терапевтическая доза препарата легко могла достичь токсических значений. Кроме того, его воздействию во время операции подвергались не только пациент, но и все присутствующие в операционной медике, в том числе хирург.

Стремление отказаться от ингаляционного наркоза в пользу другого пути введения гипнотика стимулировалось также помехами для хирурга во время операций на голове и шее, связанных с необходимостью одновременных манипуляций с маской для наркоза, фиксированной на лице пациента. Кроме того, к началу XX в. стало очевидно, что при желательном внутривенном введении препарата для базового наркоза могли быть исключены такие побочные эффекты, как раздражение гортани и трахеи газообразным веществом, а желудка — слюной, содержащей анестетик. Следовательно, необходимо было изыскать соответствующий препарат, который можно было бы вводить непосредственно в кровь с минимальным токсическим воздействием на внутренние органы и клетки крови.

В 1885 г. О. Шмидеберг, основатель немецкой экспериментальной фармакологии, обосновал научную гипотезу о механизме синтеза нового лекарственного препарата, который должен был бы обладать сильным снотворным действием [4]. Это новое лекарство в 1899 г. синтезировал Дрессер в Мюнхене и назвал его «гедонал» (от греческого «наслаждение») [5]. Для изучения свойств нового препарата в виварии в эксперименте О. Шмидеберг разослал гедонал своим коллегам и ученикам. Среди адресатов был в том числе русский профессор Николай Павлович Кравков, который в 1896—1898 гг. проходил у него в Страсбурге стажировку по фармакологии и получил опыт изучения снотворных свойств уретана, производным которого был гедонал.

Далее направления работы по изучению свойств гедонала в России и за рубежом расходятся. В Западной Европе (например, Sch?ler в Австро-Венгрии) вскоре стали с успехом применять гедонал в клинической практике для лечения пациентов с бессонницей, назначая его перорально [6]. В России благодаря усилиям руководителей кафедры фармакологии (Н. П. Кравкова) и госпитальной хирургии (С. П. Федорова) Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге акцентируют внимание на возможности использования уретана, а затем гедонала в качестве компонента комбинированного наркоза, а затем создают новое направление клинической медицины и анестезиологии, которую в конце XX в. назовут «общая внутривенная анестезия» (total intravenous anesthesia, TIVA).

Выдающийся русский хирург С. Федоров, по сути, сформулировал фармакологу Н. П. Кравкову

конкретное научное задание: разрешить проблему предупреждения грозных побочных эффектов газообразных анестетиков и разработать новый способ введения препарата для наркоза в вену.

По воспоминаниям С. П. Федорова, Н. П. Кравков с успехом испытал снотворное действие уретана на животных и убедился в его безвредности и эффективности в терапевтических дозах. «Мы решили применить этот препарат на людях. Люди крепко засыпали от уретана, но полного наркоза, нужного для операции, получить не удалось» [7]. Тогда Николай Павлович решил использовать вместо уретана новое снотворное средство — гедонал.

К тому времени в физиологической лаборатории Военно-медицинской академии этот препарат был исследован сотрудником Н. П. Кравкова С. П. Лампсаковым. В результате исследований в 1902 г. им была подготовлена и защищена диссертация «О действии гедонала (hedonal) на животный организм» [8]. Это было исключительно физиологическое исследование фармакологических свойств лекарства, и оно не имело никакого отношения к внутривенному наркозу.

Сравнительная оценка фармакологических свойств гедонала и хлороформа позволила установить, что гедонал может вызывать глубокий и длительный сон без предшествующего состояния возбуждения. Кроме того, гедонал снижал артериальное давление в меньшей степени, чем хлороформ, при сопоставимых уровнях анестезии. Была найдена оптимальная терапевтическая дозировка препарата для достижения полной анестезии при исследованиях на кроликах и собаках [9].

На основании этих результатов в 1903 г. было решено провести комбинированное общее обезболивание. Пациент за час до операции принимал таблетки гедонала, а базисный наркоз хирурги проводили хлороформом. Стало очевидным, что такая комбинация средств для наркоза позволила предупредить фазу психомоторного возбуждения в начале обезболивания, уменьшить расход анестетиков и вероятность наступления других побочных эффектов использования хлороформа. У Н. П. Кравкова сложилось мнение, что к практической выгоде такого наркоза можно отнести и тот факт, что больные, находясь под влиянием снотворного действия гедонала, не обращают внимание на обстановку операционного зала и не испытывают неприятных ощущений при первых вдохах паров хлороформа [10]. С. П. Федоров смог выполнить под комбинированным наркозом травматичные операции на прямой кишке и по поводу рака молочной железы. Однако желаемой глубины наркоза, по его мнению, удавалось достичь не всегда [11]. Об этом же писал на основании своего опыта и Владимир Михайлович Минц из московской Старо-Екатерининской больницы [12].

Первоначально Н. П. Кравков не планировал использовать внутривенное введение гедонала для погружения пациента в наркоз. Однако после знакомства с работой Л. Буркхардта [13], посвященной

внутривенному применению летучих анестетиков хлороформа и диэтилового эфира для индукции анестезии, он пришел к выводу о возможности использовать для внутривенной анестезии гедонал, поскольку он имеет определенные преимущества перед хлороформом и диэтиловым эфиром в качестве внутривенного анестетика.

После стадии экспериментальных исследований при вивисекции Н. П. Кравков установил, что гедонал менее токсичен, чем другие препараты, например содержащие хлор (хлоралгидрат), при этом была рассчитана его терапевтическая доза. Для дальнейших исследований и начала клинических испытаний С. П. Федоров направил в лабораторию Н. П. Кравкова своего ординатора Александра Порфирьевича Еремича. Продолжая исследования в избранном направлении, А. П. Еремич связал узость (или широту) терапевтического диапазона препаратов для наркоза с их химическим строением. Кроме того, он не обнаружил токсических эффектов гедонала при его внутривенном введении в рабочих дозах.

Первое клиническое испытание эффективности внутривенного введения гедонала С. П. Федоров провел в ходе операции на пациенте с огромной неоперабельной забрюшинной опухолью, которому уже не помогал прием опиатов. С паллиативной целью, по решению начальника клиники, А. П. Еремич впервые ввел измученному постоянной болью пациенту небольшую дозу 0,75% гедонала внутривенно. Ее оказалось недостаточно для погружения больного в сон, но инъекция позволила ему впервые за два месяца отдохнуть в течение ночи, заметно снизив интенсивность боли.

Первое неосложненное введение гедонала внутривенно послужило толчком для окончательного решения использовать этот препарат в ходе объемной травматичной операции ампутации голени пациенту 57 лет, страдавшему саркомой пяточной кости. Первая в мире операция под тотальной внутривенной анестезией успешно прошла 7 декабря 1909 г. За 90 мин до операции пациент получил 3,0 г гедонала через рот. Пациент заснул, но проснулся на операционном столе еще до начала операции. Ему внутривенно ввели 275 мл 0,75% гедонала в физиологическом растворе. Хирургический уровень анестезии был достигнут через 4 мин без фазы психомоторного возбуждения, дыхательный и сердечный ритмы оставались регулярными и правильными. Для поддержания анестезии были использованы еще две дополнительные инфузии гедонала: первая — 75 мл раствора, а следующая — 25 мл. Профессор С. П. Федоров ампутировал голень за 13 мин; наркоз длился 45 мин, больной пришел в сознание, отметил, что ничего не чувствовал, и заснул еще на 5 ч.

Все это время А. П. Еремич не отходил от пациента, контролировал пульс, глубину дыхания, уровень сознания после пробуждения. Тошноты или рвоты после анестезии не было. На следующее утро признаков токсического повреждения почки (появ-

ление эритроцитов и белка в моче) не было. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии А. П. Еремич пунктировал локтевую вену для введения гедонала по направлению от сердца к периферии. Также, видя угнетающее действие однопроцентного раствора гедонала на дыхательный центр, он уменьшил концентрацию раствора до 0,75%. Ход общего обезболивания стал более управляемым: при недостаточной глубине наркоза А. П. Еремич ускорял введение раствора препарата.

В случае если возникало угнетение или урежение дыхания, если оно становилось поверхностным и редким, А. П. Еремич несколько раз резко сдавливал грудную клетку больного своими руками, а также временно прекращал введение препарата. После этого самостоятельное глубокое ритмичное дыхание восстанавливалось. Мировой приоритет использования внутривенного наркоза был заявлен через месяц после операции в опубликованной Н. П. Кравковым статье «О внутривенном гедоналовом наркозе» в журнале «Русский врач» [14].

Однако остается малоизвестным информационное сообщение о первых шести успешных применениях гедонала для внутривенной анестезии, которое сделал А. П. Еремич на IX Съезде российских хирургов в Москве всего через 12 дней после первой операции — 19 декабря 1909 г. [15]. Председательствующий на съезде профессор Сергей Иванович Спасокукоцкий подчеркнул, что он с чувством национальной гордости выслушал такой содержательный доклад, исходящий из русской клиники. А в июне 1910 г. Еремич защитил докторскую диссертацию на тему «О внутривенном гедоналовом наркозе (экспериментальное и клиническое исследование)» [16].

Вскоре после защиты докторской диссертации А. П. Еремичем в «Журнале женских болезней» вышла статья профессора С. П. Федорова, в которой он подробно описал новую методику внутривенного наркоза гедоналом и предлагал заинтересованным коллегам обратиться в его клинику, чтобы овладеть новой компетенцией из первых рук [17]. Кроме того, нельзя исключить, что Федоров имел в виду опыт быстрого распространения наркоза гедоналом не только в отделениях хирургии, но также в палатах акушерства и гинекологии, в том числе при проведении безболезненных родов, как это произошло ранее при использовании хлороформа благодаря работам шотландского акушера и хирурга Джеймса Янга Симпсона [18].

У первого, а затем и последующих пациентов А. П. Еремич использовал метод прерывистых инъекций гедонала. Для этого 0,75% раствор гедонала помещали в колбу и заставляли течь через резиновую трубку и полую иглу, установленную в периферической вене локтевой области или предплечья. После того как вводили строго определенный объем раствора, достаточный для проведения общей анестезии, иглу извлекали. По мере необходимости проводили повторную пункцию вены для дальнейших инъекций [19].

История медицины

Первые 44 наблюдения анестезии внутривенным введением гедонала, проведенные в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии, обобщил тот, кого сегодня назвали бы анестезиологом в хирургической бригаде С. П. Федорова — А. П. Еремич. Заведующий кафедрой госпитальной хирургии профессор С. П. Федоров выполнил такие операции, как энтеростомия, нефрэктомия, холецистэктомия, аппендэктомия, а также ампутации конечности больным в возрасте от 9 до 65 лет. Продолжительность операций варьировала от 14 мин до 2 ч 42 мин. Общее количество введенного 0,75% раствора гедонала в ходе одной операции составляло от 325 до 1100 мл [16].

В двух случаях из 44 (4,5%) анестезия была неудовлетворительной. В первом наблюдении изолированная вена была очень тонкой, игла упиралась в ее стенку и инъекция раствора проходила с большим трудом. У другого пациента, страдавшего варикозным расширением поверхностных вен нижних конечностей, инъекцию препарата сделали в большую подкожную вену на ноге. По-видимому, расширенная венозная сеть на ногах депонировала препарат на периферии, и он не оказал желаемого усыпляющего действия даже после инфузии 800 мл раствора. В одном случае Еремич наблюдал угнетение дыхания, связанное со слишком быстрым введением раствора. После операции не развилось ни одного случая тромбоза вен в месте инфузии [19]. Всех больных А. П. Еремич наблюдал вплоть до их выписки из стационара. Таким образом, в хирургической бригаде С. П. Федорова он выполнял ту работу, которую в будущем в России второй половины XX в. станут выполнять сотрудники отделений анестезиологии и реанимации.

Результаты первых 45 операций под новой анестезией С. П. Федоров опубликовал в Германии [20]. Всего же в течение 1910 г. он выполнил в общей сложности 60 вмешательств на разных органах различных областей тела, в том числе на голове и шее. Наиболее проблемные операции при сопутствующих заболеваниях сердца, легких и почек прошли без послеоперационных осложнений. Следует особо выделить наиболее продолжительную и травматичную — экстирпацию прямой кишки с сохранением самостоятельного дыхания. В настоящее время такие операции на органах малого таза при спонтанном дыхании больного проводят в условиях комбинированного общего обезболивания с использованием спинномозговой анестезии. К этому периоду относится и, вероятно, единственная общая статья в соавторстве Федорова и Еремича [21].

После выступления А. П. Еремича на IX Съезде российских хирургов, которое привлекло большое внимание, применение внутривенной анестезии гедоналом вышло далеко за пределы клиники С. П. Федорова. Этот вид общего обезболивания стали с успехом применять и другие отечественные хирурги: А. Т. Сидоренко [22], А. Л. Поленов [23], Л. А. Личковский [24] и В. А. Оппель [25].

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Cotton F. J. Deaths from Anæsthesia: And Lessons to be Drawn from them. *Ann. Surg.* 1913;58(6 Suppl):934—8. doi: 10.1097/0000658-191312000-00026
2. Flemming A. L. A Review of Inquests concerning Deaths during Anæsthesia, 1910—1913. *Proc. R. Soc. Med.* 1914;7(Sect Anaesth):17—24.
3. Honan W. F., Hassler J. W. Intravenous Anæsthesia. *Ann. Surg.* 1913;58(6 Suppl):900—16. doi: 10.1097/0000658-191312000-00023
4. Schmiedeberg O. Lieber die pharmakologischem Wirkungen und die therapeutische Anwendung einiger Carbaminsäure-Ester. 1885—1886. *Arch. Exp. Pathol. Pharmacol.* 1885;20:203—16.
5. Dresser H. Ein neues Hypnotikum der Urethangruppe. *München Med. Wochens.* 1900;40:1310.
6. Current Medical Literature, 1900 — An Epitome Of Current Medical Literature. *Brit. Med. J.* 1900;1(2051):61—4.
7. Федоров С. П. Памяти Н. П. Кравкова. *Врачебная газета.* 1929;20:2478—80.
8. Лампсаков С. П. О действии гедонала (hedonal) на животный организм. Экспериментальное исследование. Дис. на степень доктора медицины. Из фармакологической лаборатории проф. Н. П. Кравкова. СПб.: Тип. Штаба Отделения корпуса жандармов, 1902. 76 с.
9. Krawkow N. P. Die Wirkung von Hedonal auf den Körper von Tieren. *Arch. f. Exp. Path. Pharm. (Leipz.)*. 1908;Suppl. Band:317.
10. Кравков Н. П. О гедонал-хлороформном наркозе. *Русский врач.* 1903;(2):1697—700.
11. Федоров С. П. О комбинированном гедонал-хлороформном наркозе. *Мед. обозр.* 1904;(8):457—61.
12. Минц В. М. О гедонал-хлороформном наркозе. Т-во скоропеч. А. А. Левенсон, ценз. 1905. 9 с. (Из журн. «Хирургия». № 96 за 1905 г.).
13. Burkhardt L. Die intravenöse Narkose mit Aether und Chloroform. *München Med. Wochens.* 1909;2:2365—69.
14. Кравков Н. П. О внутривенном гедоналовом наркозе. *Русский врач.* 1910;12:405—11.
15. Еремич А. П. Об общей анестезии гедоналом. В кн.: IX-й Съезд российских хирургов. Москва, 19—23 дек. 1909. М.; 1910. С. 62—63.
16. Еремич А. П. О внутривенном гедоналовом наркозе (Экспериментальное и клиническое исследование): Дис. на степень доктора медицины. СПб.; 1910. 127 с.
17. Федоров С. П. Внутривенный наркоз гедоналом. *Журнал акушерства и женских болезней.* 1910;(5—6):1173—80.
18. Simpson J. Y. Discovery of a new anaesthetic agent, more effective than sulphuric ether. *Lancet.* 1847;2:549—51. doi: 10.1016/S0140-6736(00)63271-3
19. Jeremitsch A. P. Die intravenöse Hedonalnarkose. *Deutsche Zeitschr Chirurg.* 1911;108:551—63.
20. Fedoroff S. P. Die intravenöse Narkose. *Zentralbl. Chir.* 1910;9:119—21.
21. Fedoroff S. P., Jeremitsch A. P. Über allgemeine Hedonalnarkose. *Zentralbl. Chir.* 1910;9:316—8.
22. Sidorenko A. T. Zur Frag der intravenösen Hedonalnarkose. *Zentralbl Chir.* 1910;37:1219—21.
23. Поленов А. Л. О применении внутривенной гедональной анестезии. *Газета Врач.* 1910;17:1331—3.
24. Личковский Л. А. О наркозе гедоналом. *Русский Врач.* 1910;(9):1447—9.
25. Оппель В. А. Внутривенная анестезия гедоналом. *Известия Императорской Военно-Медицинской Академии.* 1911;22:3—19.

Поступила 18.09.2023  
Принята в печать 02.11.2023

REFERENCES

1. Cotton F. J. Deaths from Anæsthesia: And Lessons to be Drawn from them. *Ann. Surg.* 1913;58(6 Suppl):934—8. doi: 10.1097/0000658-191312000-00026
2. Flemming A. L. A Review of Inquests concerning Deaths during Anæsthesia, 1910—1913. *Proc. R. Soc. Med.* 1914;7(Sect Anaesth):17—24.
3. Honan W. F., Hassler J. W. Intravenous Anæsthesia. *Ann. Surg.* 1913;58(6 Suppl):900—16. doi: 10.1097/0000658-191312000-00023

4. Schmiedeberg O. Lieber die pharmakologischem Wirkungen und die therapeutische Anwendung einiger Carbaminsaure-Ester. 1885–1886. *Arch. Exp. Pathol. Pharmacol.* 1885;20:203–16.
5. Dresser H. Ein neues Hypnotikum der Urethangruppe. *München Med. Wochen.* 1900;40:1310.
6. Current Medical Literature, 1900 — An Epitome Of Current Medical Literature. *Brit. Med. J.* 1900;1(2051):61–4.
7. Fedorov S. P. In memory of N. P. Kravkov. *Vrachebnaya gazeta.* 1929;20:2478–80 (in Russian).
8. Lampsakov S. P. About the effect of hedonal on the animal organism. Experimental research [O dejstvii gedonala (hedonal) na zhi-votny'j organizm: E'ksperim. issled.]: Dis. doct. med. sci. From Farmakol. lab. of prof. N. P. Kravkov. St. Petersburg: Tip. Shtaba Otdel' n. korp. zhandarm; 1902. 76 p. (in Russian).
9. Krawkow N. P. Die Wirkung von Hedonal auf den Körper von Tieren. *Arch. f. Exp. Path. Pharm. (Leipz.)*. 1908;Suppl. Band:317.
10. Kravkov N. P. About hedonal chloroform anesthesia. *Russkii vrach.* 1903;2:1697–700 (in Russian).
11. Fedorov S. P. About combined hedonal-chloroform anesthesia. *Med. obozr.* 1904;8:457–61 (in Russian).
12. Mints V. M. About hedonal-chloroform anesthesia [O gedonal-khloroformnom narkoze]. T-vo skoropech. A. A. Levenson, tsenz.; 1905. 9 p. (From mag. "Khirurgiya" 1905 № 96) (in Russian).
13. Burkhardt L. Die intravenöse Narkose mit Aether und Chloroform. *München Med. Wochen.* 1909;2:2365–69.
14. Kravkov N. P. About intravenous hedonal anesthesia. *Russkii vrach.* 1910;12:405–11 (in Russian).
15. Eremich A. P. About general anesthesia with hedonal. Str. 62-63 In: IX S'ezd rossiiskikh khirurgov. Moscow, 19–23 Dec 1909. Moscow; 1910. 280 p. (in Russian).
16. Eremich A. P. About intravenous hedonal anesthesia (Experimental and clinical study) [O vnutrivennom gedonalovom narkoze (E'ksperimental' noe i klinicheskoe issledovanie)]: Dis. Doct. Med. St. Petersburg; 1910. 127 p. (in Russian).
17. Fedorov S. P. Intravenous anesthesia with hedonal. *Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei.* 1910;(5–6):1173–80 (in Russian).
18. Simpson J. Y. Discovery of a new anaesthetic agent, more effective than sulphuric ether. *Lancet.* 1847;2:549–51. doi: 10.1016/S0140-6736(00)63271-3
19. Jeremitsch A. P. Die intravenöse Hedonalnarkose. *Deutsche Zeitschr Chirurg.* 1911;108:551–63.
20. Fedoroff S. P. Die intravenöse Narkose. *Zentralb. Chir.* 1910;9:119–21.
21. Fedoroff S. P., Jeremitsch A. P. Über allgemeine Hedonalnarkose. *Zentralbl. Chir.* 1910;9:316–8.
22. Sidorenko A. T. Zur Frag der intravenösen Hedonalnarkose. *Zentralbl Chir.* 1910;37:1219–21.
23. Polenov A. L. About the use of intravenous regional anesthesia. *Gazeta Vrach.* 1910;17:1331–3 (in Russian).
24. Lichkovskii L. A. About hedonal anesthesia. *Russkii Vrach.* 1910;(9):1447–9 (in Russian).
25. Oppel' V. A. Intravenous anesthesia with hedonal. *Izvestiya Imperatorskoi VoЕННО-Meditsinskoi Akademii.* 1911;22:3–19 (in Russian).

**Никишина Н. А.**

**АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ ОТЕЛИН — УЧЕНЫЙ-МОРФОЛОГ, ПЕДАГОГ И ОРГАНИЗАТОР (К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305000, г. Курск

*Статья посвящена научной биографии выдающегося морфолога, доктора медицинских наук, профессора А. А. Отелина, представителя научной школы академика В. П. Воробьева. Показан его вклад в становление морфологических кафедр медицинских институтов в Харькове, Львове, Виннице, Кишиневе, Курске и Кемерове; а также в формирование научных морфологических школ в регионах РСФСР и в республиках СССР. Особое внимание уделено результатам научных исследований А. А. Отелина в 70-е годы XX в. совместно с учеными из Института мозга АМН и Института физиологии им. И. П. Павлова АН по изучению морфологии чувствительных рецепторов — тельца Фатера—Пачини.*

**Ключевые слова:** В. П. Воробьев; А. А. Отелин; анатомия; периферическая нервная система; тельца Фатера—Пачини; история науки.

**Для цитирования:** Никишина Н. А. А. А. Отелин — ученый-морфолог, педагог и организатор (к 120-летию со дня рождения). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):291—295. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-291-295>

**Для корреспонденции:** Никишина Нина Алексеевна, канд. пед. наук, доцент кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: nan2008@mail.ru

**Nikishina N. A.**

**ON THE 120<sup>th</sup> ANNIVERSARY OF A. A. OTELIN — SCIENTIST, MORPHOLOGIST, PEDAGOGUE AND ORGANIZER**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 305000, Kursk, Russia

*The article presents scientific biography of A. A. Otelin — outstanding morphologist, Doctor of Medical Sciences, Professor, representative of scientific school of Academician V. P. Vorobyov. The contribution of A. A. Otelin into becoming of morphological chairs in medical institutes of Kharkov, Lvov, Vinnitsa, Kishinev, Kursk and Kemerovo and in formation of scientific morphological schools in the regions of the RSFSR and the Republics of the USSR is demonstrated. The particular attention is paid to results of scientific studies of A. A. Otelin in the 1970s carried out jointly with scientists of the Institute of Brain of the USSR Academy of Medical Sciences and the I. P. Pavlov Institute of Physiology of the USSR Academy of Sciences concerning investigation of morphology of sensitive receptors — Vater-Pacini corpuscles.*

**Keywords:** V. P. Vorobyov; A. A. Otelin; anatomy; peripheral nervous system; Vater-Pacini corpuscle; history of science.

**For citation:** Nikishina N. A. On the 120<sup>th</sup> anniversary of A. A. Otelin — scientist, morphologist, pedagogue and organizer. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(2):291–295 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-291-295>

**For correspondence:** Nikishina N. A., candidate of pedagogical sciences, associate professor of the Chair of Histology, Embryology and Cytology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: nan2008@mail.ru

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 24.08.2023  
Accepted 02.11.2023

Историко-мемориальная деятельность в вузах, посвященная сохранению памяти выдающихся ученых и основоположников научных школ, имеет большое значение для воспитательной работы и подготовки новых научно-педагогических кадров. Знакомство с биографиями видных деятелей высшего медицинского образования формирует в сознании студентов модели научных карьер, лояльности к научным исследованиям с факторами, определяющими эффективность научной деятельности ученых.

Настоящая статья посвящена научной биографии профессора А. А. Отелина, одного из самых ярких ученых-морфологов, работавших в Курске, показан его вклад в развитие морфологических исследований, в методику и методологию обучения сту-

дентов медицинских вузов, а также в формирование научного сообщества морфологов СССР во второй и третьей четверти XX в.

В работе использовались сведения из личного дела А. А. Отелина, хранящегося в архиве Курского государственного медицинского университета (Ф. Р-4847, опись 3-Л. Дело 853), материалы научных публикаций, а также личные воспоминания о профессоре А. А. Отелине его бывших студентов, выпускников Курского государственного медицинского института (КГМИ).

Александр Анатольевич (Нафтульевич) Отелин родился в 1904 г. в г. Тульчине Винницкой области (Украина) и уже с 12 лет был вынужден работать. В годы Гражданской войны в г. Тульчине был создан революционный комитет, а при нем красноармей-



**Рис. 1.** А. А. Отелин — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нормальной анатомии КГМИ с 1954 по 1966 г. (Курск, 1960).

ский батальон; 15-летний Саша Отелин добился, чтобы его приняли в отряд, уверяя, что он умеет стрелять и будет беззаветно громить врага. Вскоре он стал почетным красным казаком и политруком казачьей сотни 1-й Запорожской красной дивизии и участвовал в Гражданской войне под руководством комдива В. М. Примакова. С 1921 г. боролся с бандитизмом на Украине и являлся агентом секретной части ЧК по борьбе с контрреволюцией и саботажем; с 1923 г. работал членом бюро Тульчинского уездкома, а затем секретарем райкома. В 1923 г. Подольский губком направил его на рабфак Харьковского государственного медицинского института (ХГМИ), по окончании которого в 1925 г. А. А. Отелин был зачислен в ХГМИ.

*Харьковский период научной деятельности.* С первых курсов обучения в ХГМИ А. А. Отелин проявил интерес к изучению анатомии человека и с IV курса уже работал препаратором кафедры нормальной анатомии. В эти годы он как активный член ВКП(б) принимал участие в коллективизации на Украине. После окончания ХГМИ был направлен по распределению Минздрава УССР на должность директора в Винницкий фармацевтический институт (в настоящее время — Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова). В 1932 г. вернулся на кафедру нормальной анатомии ХГМИ и обучался в аспирантуре под руководством заведующего кафедрой академика В. П. Воробьева, одновременно работая под его руководством в отделе морфологии Украинского института экспериментальной медицины. В эти годы все ученики академика В. П. Воробьева помогали ему в работе над сохранением тела В. И. Ленина в мавзолее. А. А. Отелин специализировался на изучении строения желез кожи как органа, которому уделяется особое внимание в бальзамировании, и в 1938 г. защитил канди-

датскую диссертацию на тему «Железы кожи мужских половых органов» [1]. В эти же годы А. А. Отелин помогал В. П. Воробьеву в работе над учебником «Краткий учебник анатомии человека» и изготавлял препараты, фотографии которых вошли в атлас по анатомии В. П. Воробьева [1].

В ХГМИ А. А. Отелин работал до 1945 г.: сначала ассистентом, затем доцентом и профессором. В годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. находился в эвакуации в Чкаловском государственном медицинском институте (в настоящее время — Оренбургский государственный медицинский университет), где исполнял обязанности заведующего кафедрой и в 1943 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Железы кожи» [2].

*Львовский, Винницкий и Кишиневский периоды научной деятельности.* С 1945 по 1949 г. А. А. Отелин заведовал кафедрой анатомии, гистологии и эмбриологии Львовского государственного университета (Украина), с 1949 по 1951 г. — кафедрой анатомии и гистологии Винницкого государственного медицинского института (Украина), с 1951 по 1954 г. — кафедрой анатомии Кишиневского государственного медицинского института (Молдавия). В эти годы он продолжал изучение морфологии желез кожи человека, много внимания уделял развитию представлений о социальной роли ученого в обществе и опубликовал несколько работ, посвященных биографиям гениальных ученых, которые внесли вклад в развитие анатомии [2].

С 1950-х годов область научных интересов А. А. Отелина постепенно сдвигается на изучение строения рецепторов кожи человека. В эти годы он был постоянным участником научных форумов, проходивших под эгидой Всесоюзного научного общества анатомов, гистологов и эмбриологов (ВНОАГЭ), его региональных и республиканских отделений, и имел дружеские рабочие отношения с ведущими учеными-анатомами страны: Н. И. Одноратовым, М. Г. Привесом, Д. А. Ждановым, В. В. Португаловым, Н. И. Зазыбиным и др.

*Курский и Кемеровский периоды научной деятельности.* С 1954 г. А. А. Отелин (рис. 1) возглавлял кафедру нормальной анатомии Курского государственного медицинского института и был председателем Курского отделения ВНОАГЭ. В 1956 г. на II Украинской конференции анатомов, гистологов, эмбриологов и топографоанатомов А. А. Отелин представлял Курское отделение ВНОАГЭ с результатами исследования рецепторов надкостницы человека и животных, полученными всем коллективом кафедры нормальной анатомии КГМИ под его руководством. Особенностью работ курских морфологов было уточнение топографии проводникового отдела нервов для каждой кости скелета человека, изучение особенностей локализации сенсорных рецепторов в надкостнице всех костей скелета человека с особым акцентом на строении и топографии чувствительных рецепторов костей и надкостниц [2].



**Рис. 2.** А. А. Отелин (второй слева) принимает экзамен по анатомии человека у студентов КГМИ (Курск, 1964).

В 1958 г. Курское отделение ВНОАГЭ под руководством А. А. Отелина принимало участие в работе VI Съезда Всесоюзного научного общества анатомов, гистологов и эмбриологов в Киеве. В материалах съезда были опубликованы результаты исследования нервов позвоночного столба (А. А. Отелиным), нервов костей, формирующих грудную клетку (Л. А. Луневой), нервов, иннервирующих надкостницу костей черепа (М. К. Мавромати), нервов плечевых костей (И. И. Лемешко), нервов костей предплечья, нервов голени и стопы (Г. В. Потапенко), нервов кисти (А. Г. Чуревич) и нервов бедренных костей (И. И. Жидеевым) [2].

Результаты научных исследований анатомов Курского отделения ВНОАГЭ этого периода можно свести к следующим фактам. Периост каждой кости получает иннервацию от нескольких сегментов спинного мозга; периост костей черепа иннервируется черепными и спинномозговыми нервами; периост позвоночного столба и ребер, кроме соматических ветвей, получает нервы симпатического ствола; симпатическая иннервация периоста остальных костей осуществляется симпатическими волокнами, которые входят в надкостницу вместе с сосудами и соматическими нервными стволами. Надкостница костей, которые содержат у взрослого человека красный костный мозг, имеет более обильную иннервацию. В надкостнице каждой кости свободные нервные окончания рассеяны по всей ее площади. Колбовые и бесколбовые инкапсулированные рецепторы находятся преимущественно в адвентициальном слое надкостницы, т. е. в местах, подвергающихся наибольшему механическому давлению. Из нерешенных вопросов, над которыми ра-

ботали в те годы курские анатомы, можно назвать поиск чувствительных рецепторов в красном костном мозге [2].

В 1960 г. А. А. Отелин участвовал в работе Первой научной конференции анатомов, гистологов и эмбриологов Средней Азии и Казахстана и в работе Пленума Правления ВНОАГЭ в г. Фрунзе, на котором выступал с докладом и представлял результаты исследования курских морфологов о закономерностях развития иннервации скелета в онтогенезе, докладывал о выявленных девятнадцати формах рецепторов надкостницы и доказательстве участия всех нервов, за исключением I, II и VIII пар черепных нервов, в иннервации костей, говорил о высокой лабильности иннервации костей в зависимости от генетических и внешних факторов [3].

В Курске под руководством А. А. Отелина были выполнены и защищены четыре кандидатские диссертации, он уделял много внимания учебному процессу и научно-исследовательской работе студентов (рис. 2). Итогом десятилетнего труда коллектива кафедры нормальной анатомии КГМИ стала выполненная экспериментальная часть для монографии А. А. Отелина «Иннервация скелета человека» (1965). В 1966 г. по приглашению ректора Кемеровского государственного медицинского института А. А. Отелин переехал в Кемерово, где заведовал кафедрой нормальной анатомии до 1969 г. и продолжал изучение приспособляемости осознательных и проприоцептивных рецепторов кожи у зрячих и слепых людей. В эти годы он сопоставил данные о строении рецепторного аппарата концевых подушечек пальцев и других отделов кожи ладони у слепых и зрячих людей, выявил особенности локализации

рецепторов в коже ладоней и стоп и высокую приспособляемость их числа и строения [3, 4].

*Ленинградский период научной деятельности.* В 1969 г. А. А. Отелин вместе с женой переехал в Ленинград к сыну, Владимиру Александровичу Отеллину, ученому-гистологу, научному сотруднику Института физиологии им. И. П. Павлова АН СССР, будущему члену-корреспонденту РАМН (1997) и члену-корреспонденту РАН (2014).

В Ленинграде А. А. Отелин продолжал исследования чувствительных рецепторов кожи с использованием электронного микроскопа и работал совместно с В. Ф. Машанским и биофизиком А. С. Миркиным над изучением строения телец Фатера—Пачини. К этому времени телец Фатера—Пачини изучались уже более 200 лет, но интерес к рецепторам не угасал в связи с большой информационной ценностью воспринимаемой ими информации.

Основными результатами научных исследований А. А. Отелина, В. Ф. Машанского и А. С. Миркина являются следующие факты:

- развитие телец Фатера—Пачини начинается на третьем месяце эмбриогенеза, т. е. ранее всех других инкапсулированных рецепторов;
- телец Фатера—Пачини — это рецепторы соединительной ткани, а по локализации они являются экстеро-, проприо- и интерорецепторами;
- функции телец Фатера—Пачини обусловлены в значительной мере их сложным строением;
- наружная оболочка телец образована из упорядоченных периодических структур пластинчатых клеток, промежутки между которыми пронизаны спиральными и концентрическими пучками протофибрилл коллагена;
- существует четко ограниченная широкая свободная зона вокруг внутренней колбы телец, которая образована плотно упакованными слоями глиальных клеток.

К этим фактам следует добавить обнаруженный учеными факт существования ресничек, принадлежащих особому слою клеток на границе между наружной капсулой и внутренней колбой, и пучков продольно ориентированных отростков, располагающихся вблизи поверхности нервного окончания. Свободные концы этих отростков содержат пузырьки, сходные с синаптическими, и эти структуры могут рассматриваться в связи с их возможной принадлежностью к рецепторным клеткам, воспринимающим механический стимул в зоне на границе между наружной капсулой и внутренней колбой [4].

Таким образом, ученые доказали, что в основе структурной организации каждого тельца Фатера—Пачини лежит клетка, снабженная жгутиками или ресничками. Механические воздействия, приложенные к тельцу Фатера—Пачини, возбуждают колебания оболочек наружной капсулы. Тот же механический стимул, достигая внутренней колбы, возбуждает в ней колебания, но поскольку масса и структура последней отличаются от наружной капсулы, колебания в ней могут быть не синхронны с колебаниями

наружных оболочек и тем самым вызывать деформацию ресничек. Нервное окончание, начинающееся в тельце Фатера—Пачини, можно представить себе как своеобразный коллектор, осуществляющий пространственную суммацию возбуждения [4].

В 1976 г. по совету академика В. Н. Черниговского ученые опубликовали книгу «Тельце Фатера—Пачини. Структурно-функциональные особенности». Это фундаментальная монография, не утратившая своего значения и ныне, она начинается с истории изучения телец Фатера—Пачини в XVIII в. и заканчивается объяснением физических законов, лежащих в основе работы этой совершенной биологической структуры, связывающей нашу психику с окружающим миром.

*Наследие и память.* Александр Анатольевич Отелин (31.12.1904 — 20.02.1981) оказал значительное влияние на развитие представлений о строении желез и чувствительных рецепторов кожи человека, внес вклад в становление научной нейроморфологической школы в Харькове, Львове, Виннице, Кишиневе, Курске и Кемерове, он являлся членом Правления ВНОАГЭ. А. А. Отелин работал в сотрудничестве с учеными из Института мозга АМН СССР над проблемами онтогенеза периферического звена кожного и двигательного анализаторов, был консультантом лаборатории Института физиологии имени И. П. Павлова АН СССР. В 70-е годы XX в. работал совместно с В. Ф. Маршанским, владевшим методами электронной микроскопии, и А. С. Миркиным, специалистом в области сенсомоторных регуляторных функций человека, над изучением одного из самых совершенных рецепторов соединительной ткани человека — телец Фатера—Пачини. А. А. Отелин — автор двух фундаментальных монографий: «Иннервация скелета человека» и «Тельце Фатера—Пачини». Под его руководством были выполнены три докторские и 11 кандидатских диссертаций.

Высокая результативность работы А. А. Отелина как ученого, педагога и организатора была во многом основана на его личностных качествах, доброте и активной позиции в обществе. Он был членом ВКП(б), членом Совета старых большевиков и членом Общества ветеранов Гражданской войны. Научная деятельность А. А. Отелина — пример высокой лояльности к научным исследованиям, что обеспечивало высокую эффективность его научных изысканий и дало значительный результат.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов А. В., Ткаченко П. В., Долгарева С. А., Дудка В. Т., Данилова А. В., Никишина Н. А., Пучков В. И. История становления научных школ Курского государственного медицинского института: 1935—1940. *История науки и техники.* 2022;(9):22—31.
2. Никишина Н. А., Ткаченко П. В., Иванов А. В., Долгарева С. А., Пучков В. И. История становления естественнонаучных направлений исследований в г. Курске. *История и педаго-*

История медицины

- гика естествознания*. 2022;(4):25—31. doi: 10.24412/2226-2296-2022-4-25-31
- Иванов А. В., Харченко В. В., Никишина Н. А., Рязьева Л. М. Становление и развитие кафедр анатомии и гистологии Курского государственного медицинского университета. В кн.: Достижения современной морфологии — практической медицине и образованию: Сб. научных статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета, 120-летию со дня рождения профессора К. С. Богоявленского, 100-летию со дня рождения профессора Д. А. Сигалевича, 100-летию со дня рождения профессора З. Н. Горбачевича. Курск, 21—23 мая 2020 г. Курск: Курский государственный медицинский университет; 2020. С. 10—25.
  - Отелин А. А., Машанский В. Ф., Миркин А. С. Тельце Фатер—Пачини. Структурно-функциональные особенности. Л.: Наука, Ленинградское отделение; 1976. 175 с.
- Поступила 24.08.2023  
Принята в печать 02.11.2023
- REFERENCES
- Ivanov A. V., Tkachenko P. V., Dolgareva S. A., Dudka V. T., Danilova A. V., Nikishina N. A., Puchkov V. I. The history of the formation of scientific schools of the Kursk State Medical Institute: 1935—1940. *Istoriya nauki i tekhniki = History of Science and Technology*. 2022;(9):22—31 (in Russian).
  - Nikishina N. A., Tkachenko P. V., Ivanov A. V., Dolgareva S. A., Puchkov V. I. The history of the formation of natural science research areas in the city of Kursk. *Istoriya i pedagogika yestestvoznaniya = History and Pedagogy of Natural Sciences*. 2022;(4):25—31. doi: 10.24412/2226-2296-2022-4-25-31 (in Russian).
  - Ivanov A. V., Kharchenko V. V., Nikishina N. A., Ryazeva L. M. Formation and development of the departments of anatomy and histology of the Kursk State Medical University. In: Achievements of modern morphology — practical medicine and education: Collection of scientific articles based on the materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation, dedicated to the 85<sup>th</sup> anniversary of the Kursk State Medical University, the 120<sup>th</sup> anniversary of birth of Professor K. S. Bogoyavlensky, 100<sup>th</sup> anniversary of the birth of Professor D. A. Sigalevich, 100<sup>th</sup> anniversary of the birth of Professor Z. N. Gorbachevich. Kursk, May 21—23, 2020 [*Dostizheniya sovremennoy morfologii — prakticheskoy meditsine i obrazovaniyu: Sb. nauchnykh statey po materialam Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem, posvyashchennoy 85-letiyu Kurskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta, 120-letiyu so dnya rozhdeniya professora K. S. Bogoyavlenskogo, 100-letiyu so dnya rozhdeniya professora D. A. Sigalevicha, 100-letiyu so dnya rozhdeniya professora Z. N. Gorbachevich. Kursk, 21—23 maya 2020 g.*]. Kursk: Kursk State Medical University; 2020. P. 10—25 (in Russian).
  - Otelin A. A., Mashansky V. F., Mirkin A. S. Vater-Pacini body. Structural and functional features [*Tel'tse Fater—Pachini. Strukturno-funktsional'nyye osobennosti*]. Leningrad: Science, Leningrad branch; 1976. 175 p. (in Russian).

## Рецензии

© РАТМАНОВ П. Э., 2024  
УДК 614.2

**Ратманов П. Э.**

### РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ Е. Е. БЕРГЕР «АМБРУАЗ ПАРЕ. ПЕРВЫЙ ХИРУРГ КОРОЛЕВСТВА» (СПб.: Наука; 2023)

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, 680000, г. Хабаровск

*В рецензии анализируется подход, где знаменитый французский хирург А. Паре помещается в более общий европейский контекст европейского Возрождения XVI в. и в местный контекст интеллектуальной жизни Парижа этого периода. Обсуждается опровержение широко распространенного в истории медицины взгляда на жесткое разделение между университетской медициной и ремесленной хирургией в средневековой Европе.*

*Ключевые слова:* хирургия; Франция; Возрождение; военная медицина; социальная история медицины.

**Для цитирования:** Ратманов П. Э. Рецензия на монографию Е. Е. Бергер «Амбруаз Паре. Первый хирург Королевства» (СПб.: Наука; 2023). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):296–298. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-296-298>

**Для корреспонденции:** Ратманов Павел Эдуардович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: [ratmanov@gmail.com](mailto:ratmanov@gmail.com)

**Ratmanov P. E.**

### THE REVIEW OF THE MONOGRAPH “AMBROISE PARÉ. THE FIRST SURGEON OF THE KINGDOM” BY E. E. BERGER

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Far East State Medical University” of Minzdrav of Russia, 680000, Khabarovsk, Russia

*The review considers the approach placing famous French surgeon A. Paré into more general European context of European Renaissance of XVI century and into local context of intellectual life of Paris of this period.*

*The refutation of widespread in history of medicine opinion about strict separation of university medicine from artisan surgery in Medieval Europe is discussed.*

*Keywords:* surgery; France; Renaissance; military medicine; social history of medicine.

**For citation:** Ratmanov P. E. The review of the monograph “Ambroise Paré. The first surgeon of the Kingdom” by E. E. Berger. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):296–298 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-2-296-298>

**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 East State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: [ratmanov@gmail.com](mailto:ratmanov@gmail.com)

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

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 22.09.2023  
Accepted 02.11.2023

В сердце мировой туристической Мекки — парижском Лувре — уставший от многочасовых экскурсий любопытный турист, разглядывая фасад двора дворца, обратит внимание на несколько десятков статуй, расставленных по всему внутреннему периметру здания. Среди «отцов французской нации», между философом Декартом и политиком кардиналом Ришелье, есть статуя хирурга Амбруаза Паре. Герой книги Е. Е. Бергер [1] — не просто персонаж из истории медицины Франции, а одна из знаковых фигур, участвовавших в создании французской нации на рубеже XVIII—XIX в.

В рассматриваемой книге совершенно справедливо сделан акцент на символической роли Паре — как и почему сформировался миф о Паре как «основателе французской хирургии» и «хирург-новаторе». Книга не является классической биогра-

фией, скорее, трудом о медицине Франции XVI в., где контекст не менее (а иногда и более) важен, чем личность самого героя. В книге об этом прямо сказано, что «личность Паре стала как бы „точкой сборки“» [1].

Структурой книги выступила не хронология событий в жизни главного героя, а проблемы, выбранные автором после изучения трудов Паре (выбор профессии, война, яды, описание случаев болезни, боль, врожденные аномалии, этиология болезней, судебная медицина). Такая подача материала позволяет отойти от повторения недостоверных фактов биографии героя и ставить новые вопросы о трудах Паре, их значении для современников и последователей.

Одна из первых глав книги — историография работ о Паре, построенная в виде развенчания тради-

## Рецензии

ционного мифа о нем как об «основоположнике французской хирургии». Вместе с тем такой подход нельзя считать радикально ревизионистским: автор не свергает с трона своего героя, а пытается найти другое, не столь тривиальное объяснение, почему именно Паре стал самым известным хирургом в истории Франции.

Паре в книге помещен в более общий европейский контекст европейского Возрождения XVI в. и в местный контекст интеллектуальной жизни Парижа этого периода. В книге Паре назван классическим «человеком Возрождения» [1] благодаря его энциклопедическим знаниям и широте интересов. В монографии постоянно подчеркивается выход Паре за границы принятых тогда для представителя хирургического сословия норм («Паре легко переступал границы своего ремесла» [1]). При этом при жизни Паре одновременно был признан (королями и пациентами) и не признан (факультетом университета и колледжем Святых Космы и Дамиана).

Паре как автор текстов совершенно не вписывался в сложившиеся рамки медицины и хирургии, поэтому он постоянно нарушал невидимые границы этих специальностей. Возможно, здесь уместно говорить о гениальном «внеисторическом» мышлении Паре, потому что его труды (в отличие от работ его критиков-современников) были приняты широкой публикой и в XVI в., и в XIX в., и продолжают изучаться до сих пор.

Этот период в истории Франции иногда называют «эпохой культурного перелома» [2] и периодом религиозных войн. В книге неоднократно поднимается вопрос о религиозной идентичности главного героя. В исторической литературе часто используется метафора «реформатора» какой-либо сферы по образцу Лютера. Например, в отношении Парацельса иногда используют эпитет «реформатор медицины», акцентируя внимание на сходных чертах (написании медицинских научных текстов на родном немецком языке, ниспровергании средневековых авторитетов, призывах вернуться к истокам, в его случае — к Гиппократу и эмпирической медицине). К Паре также можно примерить этот образ: он тоже писал на родном французском, порывал с традицией и пытался реформировать подходы в хирургии. Но, как указано в книге, практика написания медицинских текстов на французском языке не была исключительной прерогативой Паре, поэтому важны не его принадлежность к какой-либо конкретной деноминации и принятие им духа XVI в. как периода «реформации».

Один из выводов книги — опровержение широко распространенного в истории медицины взгляда на жесткое разделение между университетской медициной и ремесленной хирургией в средневековой Европе. Особенно этот вывод важен для отечественной истории медицины, потому что в англоязычной литературе давно известно, что в то время были хирурги с университетским опытом, образованные и

богатые, а социальные границы не были жесткими (в сельской местности многие врачи сами изготавливали лекарства и выполняли оперативные вмешательства) [3]. Регулирование медицинской деятельности не было однородным, но картина с тремя медицинскими профессиональными сословиями (врачи, хирурги и аптекари) была частью общественного восприятия медицины в западном обществе вплоть до конца XVIII в.

В целом взгляду читателя книги предстает картина подходов к лечению хирургической патологии во Франции XVI в., в которой Паре удивительно вписывается в общий контекст эпохи, где уже известно и применение лигатур, и лечение огнестрельных ран без использования кипящего масла.

Композиция книги из разных сюжетов, объединенных скорее тем, что они были вдохновлены работами Паре, имеет как положительные стороны, так и некоторые недостатки. Это свежий подход, который выгодно отличает книгу от традиционных биографий. Введение новых сюжетов в каждой новой главе поддерживает интерес к чтению книги. С другой стороны, поскольку в основу книги были положены ранее опубликованные статьи, это привело к повторам, когда один и тот же случай описывается несколько раз.

После прочтения книги остаются вопросы: почему автор использовал все многообразие изданий трудов Паре (как прижизненных, так и нет)? Какое из изданий, вышедших после смерти Паре, он считает наиболее достоверным? Раздел с краткой историей переиздания книг Паре и анализом этой группы источников занял бы заслуженное место в этой монографии.

Книга написана прекрасным языком, читается на одном дыхании, она может быть интересна специалистам в области истории медицины и другим читателям — врачам, историкам, просто любопытным людям. Соблюдение баланса между научным подходом (с академической сухостью и точностью) и научно-популярным (с доступностью изложения и подачи материала) всегда представляет трудность для авторов. Но в случае с книгой Е. Е. Бергер «Амбуаз Паре. Первый хирург Королевства» эта проблема решена. Баланс между доступностью и достоверностью был найден, что позволяет максимальным числом читателей насладиться этим великолепным трудом по истории медицины.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бергер Е. Е. Амбуаз Паре. Первый хирург Королевства. СПб.: Наука; 2023.
2. Французское общество в эпоху культурного перелома: от Франциска I до Людовика XIV: сборник статей: Западное средневековье в письменных памятниках. Приложение к ежегоднику «Средние века». Вып. 3. М.: Институт всеобщей истории; 2008.
3. Vynum W. The History of Medicine: A Very Short Introduction. The History of Medicine. New York: Oxford University Press; 2008.

## REFERENCES

1. Berger E. E. Ambroise Pare. The kingdom's first surgeon [*Ambruaz Pare. Pervyy khirurg korolevstva*]. St. Petersburg: Nauka; 2023 (in Russian).
2. French society in the era of a cultural turning point: from Francis I to Louis XIV: collection of articles: Western Middle Ages in written monuments, supplement to the yearbook "The Middle Ages". Vol. 3 [*Frantsuzskoye obshchestvo v epokhu kul'turnogo pereloma: ot Frantsiska I do Lyudovika XIV?: sbornik statey: Zapadnoye srednevekov'ye v pis'mennykh pamyatnikakh prilozheniye k yezhegodniku "Sredniye veka"*. Vyp. 3]. Moscow: Institute of World History; 2008 (in Russian).
3. Bynum W. The History of Medicine: A Very Short Introduction. The History of Medicine. New York: Oxford University Press; 2008.