

18+

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

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

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

Зав. редакцией

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

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

Все права защищены.

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

Цена свободная.

Подписка:

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

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2024. Т. 32. № 5. 875—1032.

Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 08.10.2024.

Подписано в печать 28.10.2024.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 19,75. Усл. печ. л. 19,31.
Уч.-изд. л. 21,82.

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

5

Том 32

2024

СЕНТЯБРЬ—ОКТАБРЬ

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)

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

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

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)

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)

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

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

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

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

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

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

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

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

N. A. Semashko National
Research Institute of Public Health

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

Founded in 1993.

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

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

www.nriph.ru

Managing editor

Scheglova T. D.

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

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

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

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

PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

The bimonthly theoretical and practical journal

5

Volume 32

2024

SEPTEMBER—OCTOBER

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.

Dzumaliev 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

- Боговская Е. А., Александрова О. Ю., Зудин А. Б. Организационно-правовые проблемы, связанные с реализацией социальной защиты лиц, участвующих в оказании медицинской помощи во время COVID-19 879

Здоровье и общество

- Самойлов Н. Г., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Медико-психологическая концепция инклюзивного здравоохранения 887
- Симонян Р. З., Карапетян А. С., Бречка Е. А. Правовой статус офф-лейбл препаратов и правовые аспекты их применения на территории Российской Федерации 892
- Шаркова И. В., Мореева Е. В., Баймешова С. Имидж некоммерческих организаций в России в информационном поле в 2019 г. 897
- Журавлева И. В. Интеракция использования цифровых устройств и поведенческие показатели здоровья молодежи 904
- Гайдаров Г. М., Макарова А. Е. Оценка эффективности новой методики персонализированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов 912
- Тонконог В. В. Актуальные вопросы обязательной маркировки некоторых видов медицинских изделий 918
- Русских С. В., Савлевич Е. Л., Васильева Т. П., Шурупина А. В., Герасимов А. Н. Оценка профессионального потенциала медицинских кадров в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи на основе интегральной оценки количественных показателей социологических исследований 924
- Вольская Е. А. Развитие регулирования в сфере обращения лекарственных средств в ЕС и США в 1992—2020 гг. Сообщение 3. Формирование законодательства Европейского союза в сфере обращения лекарственных средств в 2001—2020 гг. 933
- Волкова О. А. Социальный иммунитет как компонент социального здоровья (контекст демографической безопасности) 941
- Гаряев Г. А., Балаева Д. А., Рыжкин С. А., Голанов А. В., Мингазова Э. Н. Доступность онкологической медицинской помощи в Российской Федерации в контексте радиотерапии. Анализ последних лет 946
- Шлык С. В., Меметов С. С., Ким В. В., Мамхягова Л. П., Солонец И. Л. Совершенствование подходов к медицинской реабилитации пациентов при последствиях острого нарушения мозгового кровообращения с использованием Международной классификации функционирования ... 953
- Тимченко Т. Н. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи рыбакам в географических сегментах Северного морского пути 959
- Кордубан Е. Н., Ананченкова П. И., Цориев А. Э. Экспорт медицинских услуг в сегменте высокотехнологичной медицинской помощи 965
- Царанов К. Н., Марков Д. И., Комолова О. А., Наурузова М. А., Плутницкий А. Н., Тарбастаев А. Г. Влияние ценностных ориентаций врачей на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в условиях неопределенности 969
- Османов Э. М., Татарченко В. В., Маньяков Р. Р., Прокопов А. Ю., Гараева А. С., Кормазова Л. Х., Гараева Я. А. Динамика заболеваемости взрослого населения Российской Федерации по классу болезней уха и сосцевидного отростка за 2018—2022 гг. 979
- Mohammad Ahmad Abdalla. The vitiligo is the human skin's pigmentary challenge still: an up-to-date review 985
- Амлаев К. Р., Дахкильгова Х. Т., Блинкова Л. Н., Мажаров В. Н. Мероприятия по повышению уровня физической активности (международный опыт) 994

Образование и кадры

- Ефимикова Ю. О., Евстафьева Ю. В., Ходакова О. В. Характеристика врачебных кадровых ресурсов в государственной системе здравоохранения региона 998

CONTENTS

COVID-19

- Bogovskaya E. A., Aleksandrova O. Yu., Zudin A. B. The organizational legal issues related to implementation of social care of persons involved into medical care support during COVID-19 879

Health and Society

- Samoilov N. G., Petrov D. S., Konovalov O. E. The medical psychological concept of inclusive health care 887
- Simonyan R. Z., Karapetyan A. S., Brechka E. A. The legal status of off-label preparations and legal aspects of their application in the Russian Federation 892
- Sharkova I. V., Mareeva E. V., Baymeshova S. The image of non-commercial organizations in information field in Russia in 2019 897
- Zhuravleva I. V. The interaction of digital devices utilization and behavior indicators of youth health 904
- Gaydarov G. M., Makarova A. E. The evaluation of efficiency of new methodology of personified registration and distribution of workload of pathoanatomists 912
- Tonkonog V. V. The actual issues of mandatory labeling of certain types of medical items 918
- Russkikh S. V., Savlevich E. L., Vasilieva T. P., Shurupina A. V., Gerasimov A. N. The evaluation of professional potential of medical personnel in preventing medical risks at medical care support of patients with inflammatory diseases of maxillary antrum based on integral assessment of quantitative indicators of sociological surveys 924
- Volskaya E. A. The development of regulation of pharmaceuticals turn-over in EU and the USA in 1992–2020. Report 3. The making of the EU legislation of pharmaceuticals turn-over in 2001–2020 933
- Volkova O. A. The social immunity as component of social health in context of demographic security 941
- Garyaev G. A., Balaeva D. A., Ryzhkin S. A., Golanov A. V., Mingazova E. N. The accessibility of oncologic medical care in the Russian Federation in context of radiotherapy: The last years analysis 946
- Shlyk S. V., Memetov S. S., Kim V. V., Mamkhyagova L. P., Solonets I. L. The development of approaches to medical rehabilitation under after-troubles of acute disorders of cerebral blood circulation using International Classification of Functioning 953
- Timchenko T. N. The problematic aspects of medical care support of fishermen in geographical segments of the Northern Sea Way 959
- Korduban E. N., Ananchenkova P. I., Tsoiriev A. E. The export of medical services in segment of hi-technological medical care 965
- Tsaranov K. N., Markov D. I., Komolova O. A., Nauruzova M. A., Plutnitsky A. N., Tarbastaev A. G. The effect of value orientations of physicians on satisfaction of patients with medical care quality in conditions of uncertainty 969
- Osmanov E. M., Tatarchenko V. V., Manyakov R. R., Prokopov A. Yu., Garaeva A. S., Korkmazova L. H., Garaeva Ya. A. The dynamics of morbidity of adult population of The Russian Federation by diseases of ear and mastoid in 2018–2022 979
- Mohammad Ahmad Abdalla. The vitiligo is the human skin's pigmentary challenge still: an up-to-date review 985
- Amlaev K. R., Dahkilgova Kh. T., Blinkova L. N., Mazharov V. N. The activities on increasing level of physical activity: The international experience 994

Education and Personnel

- Efimikova Yu. O., Evstafeva Yu. V., Khodakova O. V. The characteristic of medical personnel resources in the state health care system of the Region 998

Сафонов А. Л., Долженкова Ю. В., Некипелова Д. В., Шеозhev X. В. Ресурсно-кадровое обеспечение системы долго-временного ухода в Российской Федерации 1006

За рубежом

Ismailov A. A., Karataeva A. M., Bashirov M. B., Sarbaeva G. O. The results of analysis of assessment of quality of medical care in the Kyrgyz Republic 1013

История медицины

Игнатъев В. Г., Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Метаморфозы разгосударствления 1993 года. Сообщение 2: цены на лекарства как информация 1017

Серебряный Р. С. Питание населения СССР в послевоенные годы (1949—1954) 1025

Safonov A. L., Dolzenkova Yu. V., Nekipelova D. V., Sheozhev H. V. The personnel support of the long-turn care system in the Russian Federation

From Abroad

Ismailov A. A., Karataeva A. M., Bashirov M. B., Sarbaeva G. O. The results of analysis of assessment of quality of medical care in the Kyrgyz Republic

History of Medicine

Ignatiev V. G., Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The metamorphoses of denationalization of 1993. Report II. The prices of medications as information

Serebryany R. S. The nutrition of population of the USSR during 1949–1954

COVID-19

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 614.2

Боговская Е. А.^{1,2}, Александрова О. Ю.¹, Зудин А. Б.¹

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ЛИЦ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ COVID-19

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

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва

В статье определены основные проблемы, связанные с реализацией социальной защиты лиц, участвующих в оказании медицинской помощи во время COVID-19.

Цель исследования — выявление организационно-правовых проблем при реализации социальной защиты лиц, участвующих в оказании медицинской помощи во время COVID-19.

Для анализа организационно-правовых проблем, предусмотренных социальной гарантией, использованы нормативные правовые акты РФ, документы ВОЗ, официальные данные Минздрава России, портала «Стопкоронавирус.рф», а также официальных порталов Конституционного суда РФ, Следственного Комитета РФ, Прокуратуры РФ, Профсоюза медицинских работников.

Методологическую основу исследования составил диалектический метод познания социально-правовых явлений. В работе применены также логический метод для изложения всего материала, рекомендаций и подведения выводов, метод системного анализа, метод сравнительного правоведения.

Анализ документов национального законодательства, судебных решений, информации, размещенной на официальных сайтах Президента, органов исполнительной власти (государственные доклады о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2020, 2021, 2022 гг.), показал, что на протяжении 2020—2023 гг. для работников медицинских организаций были предусмотрены дополнительные социальные гарантии, в том числе обеспечение дополнительными социальными выплатами.

К сожалению, сложность установления диагноза, неверное толкование норм, отсутствие разъяснений в момент появления новелл привели к появлению претензий со стороны работников медицинских организаций.

Ключевые слова: *работники медицинских организаций; инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи; нозокомиальные инфекции; заболевания; внутрибольничная инфекция; медицинские работники; чрезвычайные ситуации; режим повышенной готовности; эпидемия; пандемия; социальная поддержка; выплаты; законодательство; страховой случай; страхование от несчастных случаев на производстве; профессиональные заболевания; исполнение трудовых обязанностей; COVID-19.*

Для цитирования: Боговская Е. А., Александрова О. Ю., Зудин А. Б. Организационно-правовые проблемы, связанные с реализацией социальной защиты лиц, участвующих в оказании медицинской помощи во время COVID-19. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):879-886. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-879-886>

Для корреспонденции: Боговская Елизавета Алексеевна, канд. мед. наук, юрист, доцент, зав. кафедрой многопрофильной клинической подготовки ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: bogovskaia@yandex.ru

Bogovskaya E. A.^{1,2}, Aleksandrova O. Yu.¹, Zudin A. B.¹

THE ORGANIZATIONAL LEGAL ISSUES RELATED TO IMPLEMENTATION OF SOCIAL CARE OF PERSONS INVOLVED INTO MEDICAL CARE SUPPORT DURING COVID-19

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

²The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia

The article considers main problems related to implementation of social protection of persons involved in medical care support during COVID-19 pandemic.

The purpose of the study is to identify organizational legal problems in implementing social protection of persons involved in medical care support during COVID-19.

The normative legal acts of the Russian Federation, the WHO documents, official data of Minzdrav of Russia, information from portals of “Stopcoronavirus.rf”, Constitutional Court of Russia, Inquiry Committee of Russia, office of Public Prosecutor of Russia and Trade Union of medical workers of Russia were analyzed. The study used as its methodology the dialectical method of cognition of social legal phenomena. The logical analysis, system analysis and comparative jurisprudence analysis were applied too.

The analysis of national legislation, court decisions, information from official websites of the President of the Russian Federation, executive authorities (state reports on sanitary epidemiological well-being of population of the Russian Federation in 2020–2023) demonstrated that in 2020–2023 additional social guarantees were provided for workers of medical organizations, including additional social payments.

Unfortunately, complicacy of establishing diagnosis, misinterpretation of clinical norms, lacking of explanations at instant of novels occurrence resulted in emergence of complaints of workers of medical organizations.

Key words: *worker; medical organization; healthcare-associated infection; nosocomial infection; disease; emergence situation; higher readiness regimen; epidemic; pandemic; social support; payments; legislation; insurance case; insurance against accidents at work; occupational diseases; performance of labor duties; COVID-19.*

For citation: Bogovskaya E. A., Aleksandrova O. Yu., Zudin A. B. The organizational legal issues related to implementation of social care of persons involved into medical care support during COVID-19. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(5):879-886 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-879-886>

For correspondence: Bogovskaya E. A., candidate of medical sciences, lawyer, associate professor, the Head of the Chair of Multi-Field Clinical Training of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: bogovskaia@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 08.03.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

Инфекционные болезни, в том числе новые, составляют угрозу развитию человечества, поскольку являются причиной $\frac{1}{3}$ общего ежегодного количества смертей в мире¹. Коронавирусная инфекция COVID-19 не только унесла миллионы жизней², но и привела к глобальному экономическому кризису³.

По всему миру⁴ зафиксированы случаи заболеваемости⁵ и гибели работников сферы здравоохранения. По данным ВОЗ, только в период с января 2020 г. по май 2021 г. от COVID-19 могли умереть от 80 тыс. до 180 тыс. работников здравоохранения, что соответствует среднему сценарию в 115 500 смертей⁶.

В Российской Федерации для защиты работников здравоохранения были разработаны и введены дополнительные социальные гарантии, в том числе в виде дополнительных выплат.

Вопросы правомерности выплат/невыплат неоднократно рассматривался на самом высоком уровне: Президентом РФ, МЗ РФ, следственными органами, Прокуратурой РФ и даже Конституционным судом (КС) РФ⁷.

К сожалению, даже при наличии предусмотренных нормативно-правовых актов, регулирующих социальную защиту работников здравоохранения, а также разъяснений, были зафиксированы нарушения⁸.

Еще 5 мая 2020 г. президент В. В. Путин пояснил губернаторам, что эти деньги должны быть выпла-

чены за работу с больными с коронавирусной инфекцией, а не за какие-то часы, минуты и так далее. Были названы конкретные сроки и конкретные цифры этих платежей.

Правительство РФ в этот же день отменило начисление доплат исходя из фактически отработанного времени, определив, что средства должны быть выплачены в полном объеме всем медработникам, которые оказывали помощь пациентам с коронавирусом, вне зависимости от количества отработанных в течение месяца смен или часов⁹. Соответствующие поправки были внесены в действующий нормативный документ. Но Правила предоставления доплат в соответствии с постановлением № 415 изменены не были.

Тем не менее к 9 мая 2020 г. выплаты были осуществлены только в 56 субъектах РФ, средства получили меньше половины медиков. «По имеющимся у меня данным, по состоянию на 9 мая, указанные выплаты существуют только в 56 субъектах Федерации, а получили их на руки 56 тыс. человек. А это меньше половины из числа тех медработников, кому начислены выплаты», — указал Путин. Президент поручил наладить работу и предоставить медработникам положенные выплаты за апрель до 15 мая. Мониторить ситуацию должны были правительство и МЗ РФ. «Я лично проверю состояние дел по этому вопросу в каждом регионе России», — подчеркнул Путин¹⁰.

В 2020 г. на выплаты из Резервного фонда регионам было выделено: Минздраву России — 10 223,4 млн руб. на осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам,

¹ Яковлев С. А. Инфекционные заболевания как глобальная проблема современности. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/infektsionnye-zabolevaniya-kak-globalnaya-problema-sovremennosti/viewer> (дата обращения 29.09.2023).

² Официальный сайт Johns Hopkins University&Medicine (JHU). Режим доступа: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (дата обращения 29.09.2023).

³ Постковидный синдром: как пандемия изменила мировую экономику. <https://www.forbes.ru/mneniya/489585-postkovidnyj-sindrom-kak-pandemia-izmenila-mirovuu-ekonomiku> (дата обращения 29.09.2023).

⁴ Journal of Occupational Medicine and Toxicology. Asma Ali Al-Nuaimi, Sami Abdeen, Muna Abed Alah, Sameera AlHajri, Sandy Semaan and Mohamed Ghaith Al-Kuwari. Sickness absenteeism among primary health care workers in Qatar before and during the COVID-19 pandemic. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/369301180_Sickness_absenteeism_among_primary_health_care_workers_in_Qatar_before_and_during_the_COVID-19_pandemic (дата обращения 29.03.2023).

⁵ Long H Nguyen, David A Drew, Mark S Graham, Amit D Joshi, Chuan-Guo Guo. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. Режим доступа: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30164-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30164-X/fulltext) (дата обращения 29.03.2023).

⁶ ВОЗ. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300> (дата обращения 29.03.2023).

⁷ Определение Конституционного Суда РФ от 21.07.2022 № 2002-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Липинской Анжелики Владимировны на нарушение ее конституционных прав частью первой статьи 154 Трудового кодекса Российской Федерации и положением Постановления Правительства Российской Федерации „О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации“». Режим доступа: <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-21072022-n-2002-o/> (дата обращения 29.03.2023).

⁸ Прокуратура проверит выплаты врачам. Режим доступа: <https://rg.ru/2020/05/20/reg-cfo/prokuratura-proverit-vyplaty-vracham.html> (дата обращения 29.03.2023).

⁹ Фактор времени не будет учитываться при расчете федеральных выплат медработникам. Официальный сайт Правительства РФ. Режим доступа: <http://government.ru/news/39698/> (дата обращения 29.02.2023).

¹⁰ Путин раскритиковал власти регионов за задержку выплат медикам. Известия. 11 мая 2020-г. Режим доступа: <https://iz.ru/1009877/2020-05-11/putin-raskritikoval-vlasti-regionov-za-zaderzhku-vyplat-vracham> (дата обращения 29.02.2023).

COVID-19

оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, Роспотребнадзору — 1618,2 млн руб. на предоставление из федерального бюджета субсидий на иные цели подведомственным организациям Роспотребнадзора на осуществление выплат стимулирующего характера лицам, работающим в усиленном режиме в связи с принимаемыми мерами по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации¹¹, из которых на 17 мая 2020 г. по субъектам удалось распределить около 8 млрд руб.

Премьер-министр Михаил Мишустин на оперативном совещании с членами Правительства РФ 18 мая 2020 г. высказался о ситуации с выплатами: «Где-то при начислении доплат стали считать смены, где-то часы, а где-то минуты. Мало того, что такие действия прямо противоречат сути обращений и поручений Президента РФ. Людям, которые принимают подобные решения, просто чисто по-человечески должно быть стыдно перед врачами и медицинскими работниками, которые каждый день рискуют своим здоровьем и, к сожалению, даже жизнью, неделями не видят своих родных и близких. И вместо благодарности и заслуженной премии им начинают высчитывать количество времени, проведенного рядом с больными коронавирусом»¹². На устранение нарушений были даны сутки.

На основании постановления Правительства РФ № 484 также было решено, что получение выплат должно происходить «исходя из фактически отработанного времени», для этого было зарезервировано для регионов 41,7 млрд руб.

Президент РФ и премьер-министр дали задание постоянно проводить контроль выплат и оперативно реагировать на ситуации. В большинстве случаев контроль давал положительные результаты, но, несмотря на рекомендации и усиленное мониторинговое наблюдение на самом высоком уровне, жалобы из регионов не переставали поступать весь период (2020–2023)^{13, 14, 15, 16, 17, 18}.

В соответствии с поручениями Председателя Следственного комитета РФ Александра Бастрыкина руководителями следственных подразделений

¹¹ Распоряжение от 18 марта 2020-г. №-648-р. Режим доступа: <http://government.ru/docs/39202/> (дата обращения 29.03.2023).

¹² Совещание: «О стимулирующих выплатах работникам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным новой коронавирусной инфекцией». Официальный сайт Правительства РФ. Режим доступа: <http://government.ru/news/39709/> (дата обращения 29.02.2023).

¹³ А. Воробьев. Режим доступа: https://vk.com/andreyvorobiev?w=wall327815124_191488 (дата обращения 29.02.2023).

¹⁴ Лечащие пациентов с коронавирусом ульяновские медики получают региональные выплаты. Режим доступа: <https://tass.ru/obshchestvo/8491577> (дата обращения 29.02.2023).

¹⁵ Самарские медики, не получившие федеральных выплат, не выезжали к больным с коронавирусом. Режим доступа: <https://tass.ru/obshchestvo/8493783> (дата обращения 29.02.2023).

¹⁶ Выплаты медикам за работу с коронавирусом пересчитали в Челябинской области. Режим доступа: https://chel.aif.ru/health/vyplaty_vracham_za_rabotu_s_koronavirusom_pereschitali_v_chelyabinskoy_oblasti (дата обращения 29.02.2023).

ведомства в регионах регулярно проводились проверки сведений о невыплате денежных компенсаций медицинским работникам, задействованным в оказании помощи больным коронавирусом COVID-19.

По официальным данным сайта Следственного комитета (СК) РФ, следственными органами были организованы процессуальные проверки по 249 сообщениям в Рязанской, Новосибирской, Кемеровской, Владимирской, Иркутской, Орловской, Новгородской областях, Краснодарском крае, Республике Кабардино-Балкарии и ряде других регионов. Основанием для их проведения стали материалы СМИ, содержащие сообщения о невыплате в полном объеме положенных дополнительных выплат работникам^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 25}. По такой информации оперативно проводились проверки, иногда по результатам возбуждались уголовные дела²⁶.

Даже несмотря на усиленный контроль, при неполучении положенных денежных выплат медицинские работники были вынуждены обращаться в суд.

Так, в одном из субъектов РФ иск подали более 500 человек, от санитаров и водителей машин скорой медицинской помощи до врачей и профессоров²⁷.

3 мая 2020 г. в сети Интернет было опубликовано видеообращение работников ГБУЗ РА «Адыгейская Республиканская станция скорой медицинской помощи и центр медицины катастроф», в котором медики сообщали о невыплатах им стимулирующих надбавок за особые условия труда, связанные с оказанием медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (Постановление Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. № 415 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации»¹⁷).

¹⁷ «Ни рубля, ни копейки»: прокуратура заинтересовалась видеообращением врачей Армавира, пожаловавшимися на отсутствие выплат. Режим доступа: <https://newkuban.ru/news/160534002/> (дата обращения 29.02.2023).

¹⁸ В прокуратуре Владимирской области подведены промежуточные итоги проверки соблюдения трудового законодательства в деятельности медицинских учреждений региона. Режим доступа: https://epp.genproc.gov.ru/web/proc_33/mass-media/news?item=85409801 (дата обращения 29.02.2023).

¹⁹ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <https://sledcom.ru/search?q=Водители+Скорой+помощи+выплаты&dates=> (дата обращения 29.03.2023).

²⁰ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1465117/> (дата обращения 29.03.2023).

²¹ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1464794/> (дата обращения 29.03.2023).

²² Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/events/item/1466240/> (дата обращения 29.03.2023).

²³ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/news/item/1465999/> (дата обращения 29.03.2023).

²⁴ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1532370/> (дата обращения 29.03.2023).

²⁵ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/news/item/1464619/> (дата обращения 29.03.2023).

²⁶ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/smi/item/1465462/> (дата обращения 29.03.2023).

²⁷ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/news/item/1569390/> (дата обращения 29.03.2023).

ской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией». По данному факту была начата процессуальная проверка, в ходе которой получены объяснения от медицинских работников, руководства станции скорой медицинской помощи, истребованы необходимые документы. Установлено, что выплаты стимулирующего характера не осуществлены 97 медработникам станции скорой медицинской помощи. В результате проверочных мероприятий и проведенных встреч выяснено, что указанная ситуация с невыплатой стимулирующих надбавок возникла вследствие неверного толкования вышеуказанного постановления Правительства²⁸.

Для предупреждения нарушений Министерством здравоохранения РФ 21 мая 2020 г. разъяснения были даны и доведены до субъектов. Указанными разъяснениями уточнено, что медицинские работники станции скорой медицинской помощи относятся к категории лиц, имеющих право на получение стимулирующих выплат. В результате принятых в ходе процессуальной проверки мер всем работникам станции скорой медицинской помощи были произведены соответствующие выплаты стимулирующего характера на общую сумму более 1,3 млн руб.

Для предупреждения противоправных деяний представители СК проводили телефонные разговоры с руководителями субъектов РФ по выплатам работникам здравоохранения²⁹, а также рабочие встречи³⁰ с контролем документов, подтверждающих начисленные и произведенные медикам выплаты³¹, разъясняли положения действующего законодательства, регламентирующие данные выплаты³².

Иногда правомерно и своевременно проводимые выплаты могли сочетаться с пробелами, требующими дальнейшего правового урегулирования, на которые указывали граждане, прося рассмотреть вопрос об изменении законодательства в части назначения выплат за работу с больными коронавирусной инфекцией, например техническому персоналу

медицинских учреждений (уборщицы, лифтеры, разнорабочие)³³.

Несмотря на постоянно проводимую работу, постоянное мониторинговое надзорными органами, были не до конца урегулированные проблемы, возбуждались уголовные дела, связанные с мошенничеством при получении выплат, в том числе совершенные лицами с использованием своего служебного положения (ч. 3 ст. 159.2 УК)^{34, 35}.

В мае 2020 г.³⁶ восьми субъектам были выделены из резервного фонда денежные средства размере 2 млрд руб., еще 4,5 млрд руб. — на федеральную доплату медицинским работникам в 61 регионе за особые условия труда и дополнительную нагрузку, остальные средства — правительственный резерв для оперативного реагирования³⁷.

6 августа 2020 г. на заседании Правительства было решено направить «более 9 млрд рублей 76 регионам на стимулирующие выплаты сотрудникам первичного звена здравоохранения, которые оказывают помощь пациентам с коронавирусной инфекцией и людям из группы риска. Такие надбавки за особые условия труда и дополнительную нагрузку рассчитывались в зависимости от среднемесячного дохода медицинских работников. Кроме того, за июль и август 2020 г. были продлены фиксированные выплаты сотрудникам стационаров и службы скорой помощи, которые были установлены по поручению Президента. Для предоставления этих выплат за июль было решено направить около 5 млрд рублей»³⁸. Кроме того, в июле 2020 г. Михаил Мишустин распорядился выделить еще 2,3 млрд руб. «за выполнение особо важных работ» медицинским и иным работникам, участвующим в оказании медпомощи пациентам с выявленным COVID-19, и 1 млрд руб. — на стимулирующие выплаты врачам, которые работают в федеральных медицинских организациях и задействованы в лечении пациентов, зараженных коронавирусом.

За октябрь 2020 г., на основе прогноза российских регионов Правительство России решило выделить из резервного фонда Минздраву около 25 млрд руб. на стимулирующие выплаты медицинским и иным работникам, которые оказывали помощь пациентам с коронавирусом³⁹.

²⁸ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/news/item/1466562/> (дата обращения 29.03.2023).

²⁹ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/events/item/1470487/> (дата обращения 29.02.2023).

³⁰ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/events/item/1466751/> (дата обращения 29.02.2023).

³¹ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/events/item/1470400/> (дата обращения 29.02.2023).

³² Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <http://sledcom.ru/press/events/item/1472827/> (дата обращения 29.02.2023).

³³ Официальный сайт СК РФ. Режим доступа: <https://sledcom.ru/news/item/1531869/> (дата обращения 29.02.2023).

³⁴ Главврач, оказавшийся под следствием из-за ковидных доплат, перешел работать в другую больницу. Режим доступа: <https://74.ru/text/health/2023/03/28/72167582/> (дата обращения 28.03.2023).

³⁵ В Белгороде за мошенничество при исполнении госконтрактов вынесен приговор бывшему руководителю лаборатории одного из бюджетных учреждений здравоохранения. Режим доступа: <https://31.mvd.rf/news/item/39123156/> (дата обращения 14.06.2023).

³⁶ Распоряжение Правительства РФ от 28.05.2020 № 1406-п. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202005290039?rangeSize=1&index=1>

³⁷ Заседание Правительства 28.05.2020. Режим доступа: <http://government.ru/news/39773/> (дата обращения 29.02.2023).

³⁸ Заседание Правительства 06 августа 2020. Режим доступа: <http://government.ru/news/40162/> (дата обращения 29.02.2023).

³⁹ ТАСС. На выплаты борющимся с COVID-19 медикам за октябрь выделят почти 25 млрд рублей. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/9870201> (дата обращения 29.02.2023).

COVID-19

В декабре того же года Правительство РФ⁴⁰ определило направить 3,534 млрд руб. на специальные социальные выплаты задействованным в борьбе с коронавирусной инфекцией медикам и иным служащим в силовых структурах по контракту и по призыву.

Также было решено продлить до 1 февраля 2021 г. назначение стимулирующих выплат медицинским работникам Федерального медико-биологического агентства⁴¹, оказывающим помощь пациентам с коронавирусной инфекцией и подозрением на нее. На это правительством было решено выделить 606,6 млн руб.

Аналогичные выплаты были предусмотрены и проводились в 2021 г. и в 2022 г.

В апреле 2022 г. правительство выделило на единовременные страховые выплаты медработникам, заразившимся COVID-19 на рабочем месте, более 3 млрд руб., медицинским работникам, которые боролись с новой инфекцией в военных частях, органах внутренних дел, противопожарной службе и других ведомствах, — более 2 млрд руб. Деньги планировалось направить адресатам во II квартале⁴². По итогам первых трех месяцев 2022 г. Фонд социального страхования получил на эти цели 4,1 млрд руб.⁴³

Некоторые субъекты РФ, кроме федеральных выплат, предусмотрели, законодательно закрепили и производили региональные выплаты^{44, 45}, тем самым значительно улучшив положение работников, борющихся с новой инфекцией.

Но на фоне улучшения эпидемиологической ситуации в июле 2022 г. было решено скорректировать выплаты работникам медицинских организаций, оказывающим помощь пациентам с COVID-19. Действовавший ранее, в 2020—2022 гг., порядок стимулирующих выплат был приостановлен до конца 2022 г.

Взамен приостановленных выплат было решено установить компенсационные выплаты в размере 25% оклада⁴⁶.

⁴⁰ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.12.2020 № 3336-р. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012160025?index=1&rangeSize=1> (дата обращения 29.02.2023).

⁴¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.12.2020 № 3337-р. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012160008> (дата обращения 29.02.2023).

⁴² Заседание Правительства 14 апреля 2022. Режим доступа: <http://government.ru/news/45147/> (дата обращения 29.02.2023).

⁴³ Распоряжение от 26 марта 2022 года № 625-р. Режим доступа: <http://government.ru/news/44958/> (дата обращения 29.02.2023).

⁴⁴ Постановление правительства Санкт-Петербурга от 28 апреля 2020 года № 247 «О Порядке и условиях предоставления единовременных выплат медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, пострадавшим вследствие оказания помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также членам семей указанных работников». Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2020/04/28/spb-post247-reg-dok.html>

⁴⁵ Официальный сайт Правительства Московской области. Выплаты медработникам в Подмосковье: президентские, федеральные и региональные. Режим доступа: <https://mosreg.ru/sobytiya/novosti/news-submoscow/vyplaty-medrabotnikam-v-podmoskove-prezidentskie-federalnye-i-regionalnye>

Эти изменения были отнесены к оказывающим медицинскую помощь (участвующим в оказании, обеспечивающим оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции: врачам и медицинским работникам с высшим (немедицинским) образованием, оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, участковым терапевтам, участковым педиатрам, семейным врачам, врачам-инфекционистам, среднему медицинскому персоналу, работающему с данными врачами, фельдшерам фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Данные изменения распространялись также на медицинских работников и иных работников, военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и по призыву, имеющих специальные звания сотрудников федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральными законами предусмотрена военная или приравненная к ней служба, и их территориальных органов, подведомственных организаций, учреждений, воинских частей, органов управления, оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции.

Необходимо подчеркнуть, что работники бригад скорой помощи в данном документе упомянуты не были. Новый порядок выплат начал действовать с 1 июля 2022 г.

Как следовало из документа, региональные министерства здравоохранения должны были определить перечень медицинских организаций, сотрудники которых с 1 июля 2022 г. могли претендовать на увеличение оклада на 25%, в том числе профильные и перепрофилированные стационары, которые оказывали помощь лицам с COVID-19, симптомами ОРЗ, гриппа, пневмонии, специально созданные амбулаторные отделения поликлиник, где проводилось лечение больных с симптомами ОРВИ, забор материала для лабораторных исследований, а также специально созданные бригады для оказания помощи на дому. Составление списков должностей работников, которым предоставлялись выплаты, осуществлялось руководителями организаций.

Компенсации медработникам предусматривались ежемесячно к окладу отдельно на основном месте работы и по совместительству с учетом районных коэффициентов и облагались страховыми взносами. Необходимо отметить, что если сотруд-

⁴⁶ Постановление Правительства РФ от 15 июля 2022 г. № 1268 «О порядке предоставления компенсационной выплаты отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией».

ник отработал неполный месяц, то выплаты начислялись на неполный оклад. Поскольку выплаты включили в зарплату, это учитывалось при расчете среднего заработка, в том числе для расчета оплаты отпуска, компенсации за неиспользованный отпуск.

Помимо отмены введенных в 2020 г. специальных социальных выплат, на которые могли рассчитывать также сотрудники стационарных социальных учреждений, было приостановлено и действие постановления о повышающих коэффициентах к этим доплатам. Но если право на получение выплаты наступило до утверждения постановления, то оно сохранилось за гражданами до окончания периода, на который она была назначена.

В это же время, в июле 2022 г., было поручено профильным министерствам: Министерству финансов РФ, МЗ РФ — и регионам в течение 15 дней со дня опубликования акта подготовить и утвердить методические рекомендации по порядку его применения, а также обеспечить финансирование выплат.

Вопрос с дополнительными страховыми гарантиями (выплатами) был решен аналогично⁴⁷, утратившими силу, в частности, признаны указы № 313 от 06.05.2020⁴⁸ и № 60 от 01.02.2021⁴⁹, т. е. были отменены действующие нормы, устанавливающие дополнительные страховые гарантии в виде единовременной выплаты врачам, среднему и младшему медперсоналу, водителям автомобилей скорой помощи, работающим с пациентами, больными коронавирусом.

Особо стоит подчеркнуть, что также были отменены выплаты в случае смерти работника в результате инфицирования COVID-19 или причинения вреда здоровью при исполнении трудовых обязанностей, стойкой утрате трудоспособности в результате развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного коронавирусом (2 752 452 руб. в случае смерти медработника, 68 811 руб. при причинении вреда здоровью).

К сожалению, не понятна логика законодателя, определившая отмену выплат, ведь прекращение чрезвычайной ситуации ВОЗ было заявлено только 4 мая 2023 г. В это же время МЗ РФ указало, что, «несмотря на заявление главы ВОЗ об окончании пандемии COVID-19, наши врачи продолжают оказывать медицинскую помощь пациентам с COVID-19 в полном объеме»⁵⁰.

Учитывая вышесказанное, а также продолжение дальнейшей работы ВОЗ в данном направлении⁵¹, выплаты работникам медицинских организаций,

⁴⁷ Указ Президента № 464 от 15.07.2022. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/48080> (дата обращения 29.02.2023).

⁴⁸ Указ Президента №-313 от 06.05.2020 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников». Режим доступа: <http://kremlin.ru/acts/bank/45509> (дата обращения 29.02.2023).

⁴⁹ Указ Президента № 60 от 01.02.2021 «О дополнительных государственных гарантиях отдельным категориям граждан». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_375506/ (дата обращения 29.02.2023).

⁵⁰ Официальный телеграм-канал МЗ РФ. Режим доступа: https://t.me/minzdrav_ru/2649 (дата обращения 01.07.2023).

инфицированным новой инфекцией (погибшим сотрудникам/родственникам), должны были проводиться как минимум до принятия решения о снятии международной чрезвычайной ситуации, а может быть, иметь место и по сей день, ввиду «циркуляции и мутирования вируса»⁵².

Весь период выплат работники медицинских организаций указывали на существующие нарушения. Причиной могла быть связана не только с работодателем, но и, например, с региональными министерствами.

Так, без помощи прокуратуры не удавалось получить 21,7 млн руб. для выплат 108 работникам больницы в связи с отсутствием своевременного перечисления средств красноярского Минздрава⁵³.

Такие проблемы могли длиться не один месяц, например, с 2022 г. решался вопрос, связанный с выплатами, и только в 2023 г. в том вопросе удалось поставить точку после обращения в суд: «...челябинская транспортная прокуратура через суд взыскала с регионального Фонда соцстрахования более 3,2 млн рублей в пользу медработников больницы «РЖД-медицина». После этого Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации (ФСС) должен был оформить единовременную выплату 47 сотрудникам⁵⁴. Прокуратура установила, что с августа 2022 г. ФСС отказывал в выплате страховых случаев медикам, заболевшим коронавирусом на работе. Суд удовлетворил иск прокуратуры. После вступления решений в законную силу прокуратура взяла под контроль его исполнение.

Напомним, что это не первый случай, когда медработникам приходится через суд добиваться положенных выплат.

Так, медицинская сестра Бугусланской районной больницы Оренбургской области смогла только в суде доказать, что заболела COVID-19 именно на работе и что больница неправильно толковала нормативно-правовой акт, регулирующий выплаты, и случай был признан страховым⁵⁵.

Ранее прокуратура Курганской области выявила многочисленные нарушения, связанные с выплатами более чем 40 работникам Шадринской центральной районной больницы⁵⁶. Было установлено, что

⁵¹ Официальный ВОЗ. Стратегия и планирование. Режим доступа: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-and-plans> (дата обращения 01.02.2023).

⁵² Официальный ВОЗ. Вступительное слово Генерального директора ВОЗ на пресс-брифинге 09 августа 2023. <https://www.who.int/ru/press/2023/08/09> (дата обращения 01.09.2023).

⁵³ Красноярская транспортная прокуратура добилась перечисления учреждению здравоохранения 21,7 млн рублей для выплат стимулирующего характера медицинским работникам, оказывающим помощь гражданам, заболевшим COVID-19. Режим доступа: <https://epp.genproc.gov.ru/web/zstp/mass-media/news?item=56140880> (дата обращения 01.02.2023).

⁵⁴ Официальный сайт Генеральной прокуратуры РФ. Режим доступа: <https://epp.genproc.gov.ru/web/gprf/mass-media/news/news-state-main?item=86721105> (дата обращения 01.02.2023).

⁵⁵ Медсестра больницы в Оренбуржье через суд пытается добиться выплат за заражение коронавирусом. Режим доступа: <https://www.interfax-russia.ru/volga/news/medsestra-bolnicy-v-orenburzhe-chez-sud-pytaetsya-dobitsya-vyplat-za-zarazhenie-koronavirusom> (дата обращения 01.02.2023).

COVID-19

при заболевании расследование в медицинской организации или не проводилось вообще, или проходило с нарушением сроков. Вместо предусмотренных трех дней, дело могло рассматриваться через месяц, при этом выплаты работникам не производились⁵⁷.

Подчас невыплаты за работу с больными COVID-19 были связаны с нарушением формирования норм. Так, в распоряжение Правительства РФ «забыли» включить семь субъектов, которым должны были быть определены выплаты⁵⁸.

Нарушения выплат зафиксированы не только при заболевании^{59, 60, 61}, но и при гибели работников медицинских организаций^{62, 63}. Иногда дети медицинских работников даже при гибели обоих родителей не могли получить единовременную страховую выплату⁶⁴.

Сложнее обстояло дело с выплатами, если работник в медицинской организации занимал должность, не находящуюся в номенклатуре должностей медицинских работников⁶⁵, причем имея медицинское образование.

Так, регистратор госпиталя для ветеранов войн Мария Тышко не попала в официальные списки медиков, погибших от COVID-19. Руководство, указало, что «регистратор медработником не является».

Необходимо указать, что первые 6 лет женщина работала медицинской сестрой, «а потом ее перевели в медрегистраторы, как позже выяснится, без приставки „мед“. По словам мамы погибшей, администрация госпиталя, видимо, таким образом сэкономила деньги». После огласки СМИ проверку провела прокуратура Невского района Петербурга: Мария Тышко признана медработником, а ее родители получают все полагающиеся по закону выплаты⁶⁶.

Вопрос правомерности перевода медицинских работников⁶⁷ в целях экономии поднимался неод-

нократно на самом высоком уровне: В. В. Путин в своем выступлении еще несколько лет назад указал: «...некоторые вещи ну просто вызывают удивление. Допустим, вот санитарок мы приравняли по темпам роста заработной платы к среднему персоналу, но начали их переводить в уборщицы. Ну зачем? И так у них не такая уж большая заработная плата, ну и экономия. На чем экономим-то?», а также призвал «разобраться, насколько эффективна действующая система оплаты труда»⁶⁸.

Следующий вопрос — вопрос выплат, если медицинский работник работал в немедицинских организациях. Даже при наличии у организации лицензии на медицинскую деятельность, наличии должности медицинского работника, признании страхового случая работодателем порой получение выплат было возможным только через суд⁶⁹. Зафиксированы нарушения выплат и в частных медицинских организациях⁷⁰.

Большую помощь в решении вопросов выплат, кроме надзорных органов, имели и профсоюзы. Так, председатель профсоюза работников здравоохранения Анатолий Домников обращался к главе профильного министерства и главе Минтруда с письмом, в котором просил пересмотреть материальную помощь медработникам, которые оказывают помощь больным COVID-19^{71, 72}; неоднократно участвовал в представлении интересов работников при нарушении выплат.

Заключение

Учитывая вышеизложенное, необходимо констатировать наличие в национальном законодательстве предусмотренных норм, определяющих защиту лиц, участвующих в оказании медицинской помощи в период повышенной готовности.

⁵⁶ Курганским врачам, заболевшим на работе, не выплачивали страховку. Режим доступа: <https://ura.news/news/1052545813> (дата обращения 01.02.2023).

⁵⁷ Медицинская Россия. Режим доступа: https://m.vk.com/wall-131908471_506832?ysclid=ljj3x0oh15117528577 (дата обращения 01.02.2023).

⁵⁸ Медики в Хабаровском крае пожаловались на отсутствие выплат за работу с больными ковидом. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/10111835> (дата обращения 01.02.2023).

⁵⁹ Определения Первого кассационного суда общей юрисдикции от 21 марта 2022 г. № 88-5538/2022. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=KSOJ001&n=79063#FrP8MjTguoQITJ61> (дата обращения 01.02.2023).

⁶⁰ Определения Первого кассационного суда общей юрисдикции от 20 июня 2022 г. № 88-2822/2022. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=KSOJ001&n=90800#uS3FMjT0ywGYryz42> (дата обращения 01.02.2023).

⁶¹ Судебные решения. Номер дела: 2а-1224/2021/ УИИ:37RS0010-01-2021-001652-73. Режим доступа: <https://судебныерешения.рф/59474106> (дата обращения 01.02.2023).

⁶² Компания «Правовед.RU» Режим доступа: <https://pravoved.ru/question/3116142/> (дата обращения 01.02.2023).

⁶³ Лишившийся выплат за смерть матери-врача от COVID-19 ребенок получит миллионы. Режим доступа: <https://finance.rambler.ru/business/46175774-lishivshiy-sya-vyplat-za-smert-materi-vracha-ot-covid-19-rebenok-poluchit-millyony/> (дата обращения 01.02.2023).

⁶⁴ Определение Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 9 сентября 2021 г. № 88-16223/2021. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=KSOJ006&n=58521#1fu4MjTM937NMCBA1> (дата обращения 01.02.2023).

⁶⁵ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников». Режим доступа: <https://base.garant.ru/70344038/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения 01.02.2023).

⁶⁶ Признана медработником посмертно. После публикации «Доктора Питера» Марии Тышко вернули звание медика. Режим доступа: <https://doctorpiter.ru/zdorove/priznana-medrabotnikom-posmertno-posle-publikacii-and-laquodoktora-pitera-and-raquo-marii-tyshko-vernuli-zvanie-medika26793-id646816/> (дата обращения 01.06.2023).

⁶⁷ На грани изживания. Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/4094759> (дата обращения 01.06.2023).

⁶⁸ Путин возмутился попытками сэкономить деньги на зарплатах санитарок. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/7066980> (дата обращения 01.06.2023).

⁶⁹ Номер дела: 2а-1224/2021/ УИИ:37RS0010-01-2021-001652-73. Режим доступа: <https://судебныерешения.рф/59474106> (дата обращения 01.06.2023).

⁷⁰ Красноярская транспортная прокуратура добилась перечисления учреждению здравоохранения 21,7 млн. рублей для выплат стимулирующего характера медицинским работникам, оказывающим помощь гражданам, заболевшим COVID-19. Режим доступа: <https://erp.genproc.gov.ru/web/zstp/mass-media/news?item=56140880>

Тем не менее наличие организационно-правовых коллизий, пробелов, сложности доказывания места инфицирования⁷³ не всегда позволяет четко и свое-

⁷¹ Официальный сайт профсоюза работников здравоохранения. Режим доступа: https://przrf.ru/novostdetalno_1_189/ (дата обращения 01.06.2023).

⁷² Официальная страница. Профсоюз работников здравоохранения РФ. Режим доступа: https://vk.com/wall-76922638_3868 (дата обращения 01.06.2023).

⁷³ Mi-Na Kim, Joonsang-Yu., Hun Hong. SG-APSIC1176: Laboratory-acquired COVID-19 during the SARS-CoV-2 o (omicron) pandemic wave at a tertiary-care hospital in Korea. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/369317493_SG-APSIC1176_Laboratory-acquired_COVID-19_during_the_SARS-CoV-2_o_omicron_pandemic_wave_at_a_tertiary-care_hospital_in_Korea (дата обращения 29.03.2023).

временно проводить выплаты, что может нарушать законные интересы работников медицинских организаций.

Существует объективная необходимость изменения и унификации механизма установления выплат, четкого определения круга лиц, имеющих право на получение денежных средств, а также усовершенствование и упрощение алгоритма получения выплат без обращения в надзорные и судебные органы.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 08.03.2024
Принята в печать 15.08.2024

Здоровье и общество

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 614.2

Самойлов Н. Г.¹, Петров Д. С.¹, Коновалов О. Е.²

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, 390026 г. Рязань;
²ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Минобрнауки России, 117198, г. Москва

Рассмотрены особенности отношения медицинских работников к инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Осуществлен анализ предпосылок возникновения инклюзивного здравоохранения. Акцентировано внимание на значении документов международных организаций (ООН и ВОЗ), посвященных защите и условиям предоставления инвалидам прав и свобод человека и предназначению инклюзивного здравоохранения в обществе. Определена роль медиков в практической реализации этого феномена в Российской Федерации с медико-психологических позиций.

Показано, что особенности личности инвалидов по отношению к их нозологии носят неспецифический характер: даже психически больные инвалиды могут быть здоровыми психологически. На этой основе раскрывается роль врача в инклюзивном здравоохранении, которая сводится к осознанию им своего вклада в медико-социально-психологическую поддержку лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов. Врач должен выступать активатором в мобилизации медико-психологических ресурсов лиц, являющихся носителями телесных или психических дефектов. Рассмотрены позиции и деятельность врача в процессе минимизации последствий нарушения здоровья посредством рекомендаций медико-психологического характера, содержащих детерминацию «вызова» собственной неполноценности и ведущих к ее компенсации.

В рекомендациях по компенсации имеющихся у этой категории пациентов аномалий здоровья врачам предложено руководствоваться нацеливанием их на отсутствие щадящего режима жизнедеятельности. Под этим понимается, что в предложениях медиков решать проблему интеграции их в общество (собственно инклюзии) необходимо посредством постановки задач, находящихся на грани их ресурсных возможностей.

Сформулирована концепция инклюзивного здравоохранения, ядром которой выступает актуализация медицинскими работниками гуманно-профессиональной и гражданской позиции по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам.

Ключевые слова: инклюзивное здравоохранение; медико-психологическая концепция; компенсация инвалидности.

Для цитирования: Самойлов Н. Г., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Медико-психологическая концепция инклюзивного здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):887–891. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-887-891>

Для корреспонденции: Петров Дмитрий Сергеевич, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, e-mail: Petrovds@list.ru

Samoilov N. G.¹, Petrov D. S.¹, Kononov O. E.²

THE MEDICAL PSYCHOLOGICAL CONCEPT OF INCLUSIVE HEALTH CARE

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University”, 390026, Ryazan, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Patrice Lumumba Peoples’ Friendship University of Russia” of Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

This study considers characteristics of attitude of medical workers to the disabled and persons with limited health capacities. The prerequisites of emergence of inclusive health care emergence were analyzed. The significance of documents of the UNO and the WHO considering both protection and conditions of granting human rights and freedoms to the disabled and reserving inclusive health care in society. The role of physicians in practical implementation of this phenomenon in the Russian Federation is determined from medical psychological positions.

It is demonstrated that personality characteristics of the disabled are non-specific regarding their nosology since even the mentally ill disabled can be psychologically healthy. On basis of this assumption the role of physician in inclusive health care is revealed that comes to awareness of one’s contribution to medical social psychological support of the disabled and persons with limited health capacities. The physician is to come out as activator of mobilization of medical psychological resources of persons with physical or mental defects. The study considers positions and activities of physician in the process of minimization of aftermaths of health disorder by means of medical psychological recommendations containing determination of “challenge” of one’s own inferiority and resulting in leading to its compensation.

The physicians are proposed to be guided by targeting this category of patients to lacking of sparing regimen in their lifestyle. This proposal means to resolve problem of integration of this category of patients into society (inclusion in fact) by setting tasks that are on verge of their resource capabilities.

The concept of inclusive health care is formulated. Its core is actualization by physicians humanistic professional and civic position towards the disabled and persons with limited health capacities with disabilities and handicapped persons.

Keywords: inclusive health care; medical psychological concept; disability compensation.

For citation: Samoilov N. G., Petrov D. S., Kononov O. E. The medical psychological concept of inclusive health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):887–891 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-887-891>

For correspondence: Petrov D. S., doctor of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Psychological counseling and psychotherapy with the course of Psychiatry of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University". e-mail: Petrovds@list.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 06.05.2023
Accepted 15.08.2024

Базовым источником и предпосылкой возникновения инклюзивного здравоохранения за столетия до появления этого понятия выступал гуманизм (лат. *humanitas* — человечность) как «...концепция человеческого бытия и основанная на ней система мировоззрения, утверждающая ценность человеческого существования, достоинства, права и свободы каждого человеческого индивида, обосновывающая возможности развития человека как рода и как индивида» [1].

Сам термин «инклюзия» означает в переводе с латинского «заключаю, включаю». Первоначально он применялся к образованию и обозначал процесс обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) вместе с условно здоровыми детьми. Сутью инклюзивного образования является включение в образовательный процесс всех учащихся независимо от различий в возможностях их здоровья, способностях и социальном положении. Это был шаг гуманного содержания в развитии общества, воплощающий мечты о справедливом его устройстве без угнетения и изоляции его членов.

До середины 1960-х годов в инклюзивном образовании действовала «медицинская модель», означающая необходимость обучения лиц с ОВЗ в изолированных специализированных учебных заведениях [2]. По сути дела, это была модель, противоречащая инклюзии как таковой.

Противоречие заключалось в понимании самого термина «инклюзия», семантика которого означает «включать, содержать, охватывать, иметь в своем составе». Сообразно медицинской модели лиц с ОВЗ и инвалидов следовало исключать из общества, изолировать, что виделось как значимое условие для проведения с ними медико-профилактических и лечебных мероприятий.

Как показала история, обществу, социуму, чтобы понять свою роль в собственном развитии и социализации своих членов, понадобились годы. Так, только в 70—80-е годы XX в., начиная со Скандинавии, на смену медицинской модели пришли «модели нормализации» и понятие «нормализация», означавшее признание обществом человека с особенностями развития и ОВЗ как способного осваивать различные виды деятельности и необходимость облегчения ему условий жизни, приближенных к нормальным.

С середины 80-х годов XX в. в развитых странах начала формироваться «модель включения», отражающая суть понятия «инклюзия». Что касается самого термина «инклюзия», то он был введен в международный обиход только в 1994 г. на Всемирной конференции в г. Саламанка (Испания) [3]. Отрад-

но, что гуманистические идеи, давшие ростки в инклюзивном образовании, привели к пониманию роли важнейшего источника в развитии общества, цивилизации, в техническом и экономическом прогрессе: выяснилось, что, вопреки восхвалению подъема экономики, таковым и определяющим условием выступает сам человек. Отсюда появление понятий «человеческое измерение», «человеческий капитал» и отношение к человеку как к «непреходящей ценности».

Одним из важных документов международного уровня, на основе которого определялись права собственно инвалидов, была «Конвенция о правах инвалидов», которая заключена в г. Нью-Йорке 13.12.2006. В данной Конвенции, кроме ст. 25 и 26, прямо адресованных работникам здравоохранения, в ст. 16 «Свобода от эксплуатации, насилия и надругательства» подчеркивается необходимость культурного и гуманного отношения к инвалидам. Так, п. 4 гласит: «Государства-участники (Конвенции.— Авт.) принимают все надлежащие меры для содействия физическому, когнитивному и психологическому восстановлению, реабилитации и социальной реинтеграции инвалидов, ставших жертвами любой формы эксплуатации, насилия или надругательства, в том числе путем оказания услуг по предоставлению защиты. Также восстановление и реинтеграция происходят в обстановке, способствующей укреплению здоровья, благополучия, самоуважения, достоинства и самостоятельности соответствующего лица...» [4].

Концепция инклюзивного здравоохранения, возникшая в первое десятилетие XXI в. в рамках инклюзии как социально-культурного процесса, призвана «гарантировать признание и учет потребностей инвалидов системами здравоохранения в их политике, планировании и обеспечении медицинской помощи» [5]. Чтобы гарантировать доступность медико-психологической помощи, «медико-санитарные учреждения должны доброжелательно относиться к инвалидности и инвалидам, а их специалисты и персонал обладать надлежащими навыками, например коммуникативными умениями, необходимыми для удовлетворения потребностей людей с различными нарушениями» [5].

Осознание смысла не только самого термина «инклюзивное здравоохранение», но и предназначения этого процесса в обществе, а отсюда и роли медиков в практической реализации этого феномена в России только начинается. Для глубинного понимания его сущностного содержания работникам здравоохранения, очевидно, нужен определенный период времени, т. е. в инклюзивном здравоохранении

Здоровье и общество

мы должны пережить этап становления. Ведь неслучайно «инклюзия» воспринята медиками значительно позднее, чем педагогами. Такое видение этого явления ими объясняется многовековым отношением врачей к инвалидам и лицам с ОВЗ, сводящимся к тому, что по бывшим медицинским требованиям им нужен особый уход, особые условия и изоляция от здоровых лиц, вследствие чего по отношению к этой категории граждан распространялась «медицинская модель», по сути своей несовместимая с процессом инклюзии.

Вторым и весьма значимым фактором в замедленном развитии инклюзивного здравоохранения выступал социокультурный уровень общества, особенно страх перед тотальными инфекциями, боязнь заразиться, а также изоляция от общества психически больных как не соответствующих неким общественным «нормам».

Определенную роль в социальном отторжении инвалидов и лиц с ОВЗ сыграла и психологическая культура социума [6]: многие считали, что с инвалидами работать, отдыхать или учиться неудобно, дискомфортно — дескать, соблезнование снижает эмоциональный накал и ухудшает психологический климат. На наш взгляд, осознание огромного значения для целостности и развития общества инклюзивного здравоохранения будет осуществляться как минимум в два этапа. Первый — это информационный, заключающийся в просвещении населения относительно превалирования положительных результатов действительно полноценного (без дискриминации) включения инвалидов в жизнь общества. Исходя из семантической теории смысла, общество должно пройти период сигнификации, т. е. «означивания», для приближения к пониманию значения анализируемого термина (в нашем случае — «инклюзия»).

Однако это этап, содержащий всего лишь информацию, а чтобы она стала знанием, ее нужно индивидуально пережить: в общении, взаимоотношении, в действиях и деятельности врача по отношению к лицам с ОВЗ и инвалидам. Это будет второй этап, который позволит, в зависимости от культуры и образованности (а не только профессиональных знаний и умений) врача, осознать истинный смысл инклюзивного здравоохранения как глобального общественного и социокультурного процесса, выступающего одним из источников развития цивилизации. При этом нужно отметить, что в разные исторические эпохи отношение к людям с ОВЗ определялось уровнем развития экономики, производственных отношений, нравственных, религиозных, политических и иных воззрений общества [7].

Поэтому актуальность практической реализации инклюзивного здравоохранения определяется ответственностью его для общества в целом, а не только для медицины: детерминацией общечеловеческих ценностей и познанием зависимости каждого из нас от окружающих. Степень актуальности анализируемого феномена высока еще и потому, что он имеет непосредственное отношение к жизненным интере-

сам инвалидов (а их миллионы), к духовно-нравственному развитию общества.

В историческом аспекте, как отмечает Н. А. Борисова, «палитра отношений располагалась от нетерпимости к дефекту, жестокости по отношению к его носителю до сострадания, милосердия, защиты и непосредственной материальной и моральной помощи людям, имеющим физический или психический недостаток» [8]. Это показывает, что спектр отношений (врачей в том числе) к инвалидам проявляется в рамках взаимодействий, взаимовлияний, общения, непременно имеющих эмоциональный подтекст, иначе говоря, в психологической плоскости. В этом случае уместно задать вопрос: какое отношение к инклюзивному здравоохранению имеет психология?

Ответ будет простым: как в медицине, так и в психологии, чтобы понять истоки любого процесса, необходимо исследовать его развитие. Механизмы развития телесного или психического дефекта, патологии должны изучаться с позиций имеющейся у инвалидов нозологии. Однако принципиальным и собственно психологическим подходом в инклюзивном здравоохранении является отношение к этим людям не как к больным, поскольку особенности их личности несут по отношению к их нозологии неспецифический характер [9]. А это означает, что лица, нарушениями психики и могут и должны рассматриваться врачом как больные психически, но здоровые психологически [10]. Ярким примером реализации этого положения в жизни гениев русской словесности, описанным в работе [11], выступают Ф. М. Достоевский и Н. В. Гоголь. Оба они имели диагностированные медиками психические заболевания, подтверждавшиеся очевидцами (в период припадков) и дневниковыми записями самих писателей. Да, они были больными людьми, переносящими тяжелейшие боли. «Болезненные состояния до такой степени... невыносимы, что повеситься или утопиться казалось, как бы похоже на какое-то лекарство или облегчение» (из дневника Н. В. Гоголя) [11].

Вместе с тем «наряду с психической патологией у гениев наличествовало психологическое здоровье, что и давало им возможность подняться до вершин гениальности» [12]. Это ли не суперубедительный пример понимания инклюзии, которую обязан осознавать и чтить любой врач? Наличие хотя бы минимума психологической культуры позволит врачу видеть перед собой не просто инвалида, а личность, стремящуюся и страстно желающую быть здоровым как все. Для него здоровье — это возможность иметь полноценную принадлежность к обществу, позитивную идентичность, быть принятым и оказаться нужным людям, желание получить от них одобрение и понимание.

Одним из показателей понимания врачом инклюзивного здравоохранения выступает осознание того, что инвалидность — это не только потеря функций организма, но еще и свидетельство отношения к данному человеку в обществе. Вот почему

заветным желанием людей, имеющих телесные недостатки и ущербность функций, является формула «быть как все», т. е. стремление максимально скрыть, упрятать свою патологию. Поэтому им задачи обучения, приобретения профессии, социализации и в целом становления приходится решать в резко усложненных для них условиях, при наличии «дефицита ресурсов», под которыми понимается наличие всего того, что облегчает решение задач [9].

В связи с этим в инклюзивном здравоохранении возникает еще один аспект решения медицинских задач с позиции психологии. Речь идет об учете соотношения возможностей субъекта с недостатками по здоровью со сложностью решения задач, рекомендуемых ему врачом. При щадящем подходе к возможностям инвалида отсутствует «вызов», гаснет стремление доказать себе и окружающим, что ты можешь не хуже других. Постановка задач оберегающих, явно ослабленных (что бывает в рамках врачебных рекомендаций) вызывает апатию, падение интереса к их выполнению.

В рекомендациях врачей (физиотерапевтов, специалистов по лечебной физической культуре и др.) сложность предлагаемых задач должна быть на грани возможностей инвалида их решать. Только в этом случае он будет напрягаться, мобилизовываться и стремиться подняться над собой, т. е. возвыситься до возможностей здоровых лиц. Это духовный подъем, появление чувства уверенности в себе, силы воли, повышение самооценки [9]. Это один из важных источников самоутверждения, развития, осознания того, что он не «выбракован» обществом. Психологический смысл такого шага — наличие вызова, «презрения» к имеющейся дезадаптации, возвышения честолюбия, подъема мотивации достижения, власти над эмоциями, оценки своих возможностей окружающими. Это путь к компенсации и сверхкомпенсации [9].

В истории человеческого общества физическая или психическая неполноценность при помощи компенсации не решалась: в античной Спарте ослабленных бросали со скалы, а в Японии стариков отправляли умирать на священную гору.

Роль врача в инклюзивном здравоохранении сводится к использованию доверия к доктору, завоеванного медициной в столетиях, ему необходимо взять на вооружение проверенный и доказанный прием: предлагать инвалиду прежде всего самому минимизировать последствия нарушений здоровья, осуществить выбор активной позиции своей деятельности в обществе, мобилизации силы воли, духа для ответа на вызов собственной несостоятельности. Прекрасное подтверждение этой мысли иллюстрируют параолимпийские спортсмены, доказывая всему миру «как бы» отсутствие своей ущербности по здоровью. Так, южноафриканский спортсмен О. Писториус, лишившись обеих ног, пользуясь протезами стал победителем в беге на среднюю дистанцию в Параолимпийских играх, а в 2012 г. выступил на Олимпийских играх, конкурируя с атлетами, имеющими нижние конечности. Он принципиаль-

но не считал себя инвалидом, говоря «у меня просто нет обеих ног».

Психологически оправданным в рамках инклюзивного здравоохранения будет осуществление врачом социальной поддержки инвалидов с духовно-нравственных и социально-психологических позиций [13].

В инклюзивном здравоохранении ориентация врача на компенсацию дефицита телесных ресурсов даже ценой затраты усилий, намного превышающих таковые для здоровых людей, путем вселения веры в то, что «инвалид такой же, как все», что «ты можешь, я в тебя верю», обязательно приведет к его психологическому здоровью и способности «увидеть свет в конце тоннеля».

При таком понимании инклюзии врач выступает активатором в мобилизации психологических ресурсов личности, определяя социально поддерживаемый выбор ею жизненного пути, положения и статуса в обществе. В инклюзивном здравоохранении врач выполняет духовно-нравственную миссию, возвращая инвалиду веру в человеческое в человеке, в человечность, ведь не только в лечении видится его роль, но и в актуализации высокой гуманности врачебной профессии.

Учитывая название данной статьи, следует сформулировать медико-психологическую концепцию инклюзивного здравоохранения. Известно, что концепция (*лат. conceptio*) — это определенный способ понимания, трактовки какого-либо явления, поэтому предпримем попытку выразить это явление (инклюзивное здравоохранение) с точки зрения теории познания как способа выражения внутреннего содержания инклюзии. Поскольку сущность выражает главное, основное в предмете или процессе, а явление выступает внешним раскрытием сущности [1], то, наблюдая и анализируя действия и позицию врача, освещаемую в статье, можно утверждать, что она не совсем или вовсе не соответствует медицинскому подходу к решению проблемы инклюзии: при чем здесь наличие рекомендаций врача психологического содержания?

Но это всего лишь внешняя сторона его деятельности, а ее сущностью, т. е. внутренней, скрытой, обуславливающей учет внутреннего единства явлений и важнейшей стороной инклюзивного здравоохранения, выступает глубинное осознание врачом того, на что направлены его рекомендации и каких результатов следует ожидать при их реализации в жизни. Это то высокогуманное и мобилизующее ядро, которое дает инвалиду силы противостоять каждодневным трудностям «просто жить», без усталости бороться и доказывать миру, людям, что «я тоже многое могу, не выбрасывайте меня из жизни».

Вот в этом и есть сущность медико-психологической концепции инклюзивного здравоохранения: она предполагает прежде всего гражданскую позицию врача, заключающуюся в осознании своего вклада в развитие общества, в активной, равнозначной и равнодушной позиции по отношению ко всем пациентам, включая инвалидов и лиц с ОВЗ, в

Здоровье и общество

стремлении противостоять их дискриминации, изоляции и социальной ограниченности.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Азаренко С. А. Современный философский словарь. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга; 2015. 822 с.
2. Алёхина С. В. Инклюзивное образование: история и современность. М.: Педагогический университет «Первое сентября»; 2013. С. 9.
3. Саламанкская декларация и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями. Всемирная Конференция по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество; 7–10 июня 1994 г., Саламанка, Испания. ЮНЕСКО; 1994. С. 6. Режим доступа: www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/salamanka.pdf (дата обращения 14.11.2023).
4. Конвенция о правах инвалидов. *Журнал Организации Объединенных Наций*. 2006;239:15.
5. Инклюзивное здравоохранение. В кн.: Руководство по реабилитации. Всемирная организация здравоохранения; 2010. С. 7. Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44405/9789241548052_health_rus.pdf?sequence=1 (дата обращения 10.12.2023).
6. Петров Д. С. Роль психообразования лиц с аффективными психическими расстройствами в рамках реабилитационной помощи. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова*. 2012;20(1):104–7. doi: 10.17816/PAVLOVJ20121104-107
7. Ахметова Д. З. Педагогика и психология инклюзивного образования: учебное пособие. Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права; 2013. 204 с.
8. Борисова Н. А., Букина И. А., Бучилова И. А. Инклюзивное образование: учебное пособие. Череповец: ЧГУ; 2016. 162 с.
9. Леонтьев Д. А., Лебедева А. А., Александрова Л. А. Психологические механизмы и ресурсы развития личности у учащихся с ограниченными возможностями здоровья. В кн.: Психолого-педагогические основы инклюзивного образования. М.: Московский городской психолого-педагогический университет; 2013. С. 116–49.
10. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль; 1988. 301 с.
11. Кулиш П. А. Записки о жизни Николая Васильевича Гоголя. СПб.: Типография Александра Якобсона; 1856. С. 10.
12. Холондович Е. Н. Психическое и психологическое здоровье гениев. В кн.: Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества. М.: Институт психологии РАН; 2014. С. 187–207
13. Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Медико-социальное значение информационно-образовательной работы

среди родственников больных шизофренией. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова*. 2010;18(3):85–90. doi: 10.17816/PAVLOVJ2010385-90

Поступила 06.05.2023
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Azarenko S. A. Modern philosophical dictionary. Moscow: Academic project; Yekaterinburg: Business Book; 2015. 822 p. (in Russian).
2. Alyokhina S. V. Inclusive education: history and modernity. Moscow: Pedagogical University “The First of September”; 2013. P. 9 (in Russian).
3. The Salamanca Declaration and Framework for Action on the Education of Persons with Special Needs. World Conference on Education for Persons with Special Needs: Access and Quality; June 7–10, 1994 Salamanca, Spain. UNESCO; 1994. P. 6.
4. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Journal of the United Nations*. 2006;239:15.
5. Inclusive healthcare. In: A guide to rehabilitation. World Health Organization; 2010. P. 7.
6. Petrov D. S. The role of psychoeducation of persons with affective mental disorders in the framework of rehabilitation care. *Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I. P. Pavlov*. 2012;20(1):104–7 (in Russian).
7. Akhmetova D. Z. Pedagogy and psychology of inclusive education: a textbook. Kazan: Publishing house “Cognition” of the Institute of Economics, Management and Law; 2013. 204 p. (in Russian).
8. Borisova N. A., Bukina I. A., Buchilova I. A. Inclusive education: a textbook. Cherepovets: ChSU; 2016. 162 p. (in Russian).
9. Leontiev D. A., Lebedeva A. A., Aleksandrova L. A. Psychological mechanisms and resources of personality development in students with limited health opportunities. In: Psychological and pedagogical foundations of inclusive education. Moscow: Moscow City Psychological and Pedagogical University; 2013. P. 116–49 (in Russian).
10. Bratus B. S. Personality anomalies Moscow: Mysl; 1988. P. 301 (in Russian).
11. Kulish P. A. Notes on the life of Nikolai Vasilyevich Gogol. St. Petersburg: Alexander Yakobson's Printing House; 1856. P. 10 (in Russian).
12. Holondovich E. N. Mental and psychological health of geniuses In: Psychological health of the individual and spiritual and moral problems of modern Russian society. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences; 2014. P. 187–207 (in Russian).
13. Hritinin D. F., Petrov D. S., Konovalov O. E. The medical and social significance of educational work among relatives of patients with schizophrenia. *Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I. P. Pavlov*. 2010;18(3):85–90 (in Russian).

Симомян Р. З., Карапетян А. С., Бречка Е. А.

ПРАВОВОЙ СТАТУС ОФФ-ЛЕЙБЛ ПРЕПАРАТОВ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, г. Курск

Долгие годы препараты «вне инструкции», так называемые офф-лейбл (off-label) препараты, не имели одно-значного правового статуса на территории РФ и других стран, что влекло за собой ряд проблем. Большинство из них касалось схем и тактики лечения пациента, невозможности оказания должной помощи, юридической ответственности лечащего врача, которая может наступить за использование препаратов вне предложенной к ним инструкции. Важным шагом в решении проблемы стало принятие Федерального закона «О внесении изменений в федеральный закон „Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации“», что стало первым шагом на пути приобретения офф-лейбл правового статуса. В ходе исследования проведен анализ упомянутых нормативно-правовых актов, Уголовного кодекса РФ, сформулированы основные выводы, касающиеся применения препаратов в медицинских учреждениях на территории РФ, стратегии врача в случаях, требующих использования препаратов вне инструкции. В случае если препараты были применены вне инструкции без получения информированного добровольного согласия пациента, без крайней необходимости, единолично, а не по решению врачебной комиссии, в ситуациях, когда можно было бы обойтись без них, т. е. при необоснованном риске, врач может быть привлечен к ответственности, поскольку лечение офф-лейбл препаратами, согласно действующей законодательной базе, считается небезопасным.

Ключевые слова: лекарственные препараты; офф-лейбл препараты; юридическая ответственность; врачебная комиссия; обоснованный риск; крайняя необходимость.

Для цитирования: Симомян Р. З., Карапетян А. С., Бречка Е. А. Правовой статус офф-лейбл препаратов и правовые аспекты их применения на территории Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):892–896. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-892-896>

Для корреспонденции: Симомян Римма Зориковна, канд. ист. наук, доцент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: rimmasimonyan@mail.ru

Simonyan R. Z., Karapetyan A. S., Brechka E. A.

THE LEGAL STATUS OF OFF-LABEL PREPARATIONS AND LEGAL ASPECTS OF THEIR APPLICATION
IN THE RUSSIAN FEDERATIONThe Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of
Minzdrav of Russia, 305041, Kursk, Russia

For many years, the medications “outside of instruction” (the so-called “off-label” ones) had no single-valued legal status in the Russian Federation and other countries that entailed number of problems. Most of them had to do with schemes and tactics of treatment of patient, impossibility of proper medical care support, legal responsibility of physician for applying medications outside of attached instruction. The important move in resolving mentioned problem became adoption of the Federal Law “On entering changes in the Federal Law “On Fundamentals of Health Care of Citizen in The Russian Federation” that became first step on the path leading to acquisition by “off-label” its legal status. The analysis of relevant normative legal acts, the Criminal code of the Russian Federation was carried out. The basic conclusions related to application of medications in medical institutions in Russia, to physician strategy in cases requiring application of of medications “outside of instruction” were formulated. In case of applying medications “outside of instruction” without informed voluntary agreement of patient, without utmost necessity, single-handed instead of decision of medical commission or in situations which could be managed without this kind of medications i.e. under unfounded risk the physician can be prosecuted since treatment with off-label medications is considered as insecure according to legislative base currently in force.

Keywords: medication; “off-label” medication; legal liability; medical commission; valid risk; emergency.

For citation: Simonyan R. Z., Karapetyan A. S., Brechka E. A. The legal status of off-label preparations and legal aspects of their application in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):892–896 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-892-896>

For correspondence: Simonyan R. Z., candidate of historical sciences; associate professor of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: rimmasimonyan@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 28.04.2023

Accepted 15.08.2024

Введение

Несмотря на пандемию новой коронавирусной инфекции, проблема роста числа онкологических заболеваний остается актуальной. Согласно данным, представленным Московским научно-исследовательским онкологическим институтом (МНИОИ) имени П. А. Герцена, в 2022 г. в РФ число пациен-

тов, взятых на учет, и больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (ЗНО) составило 523 697 человек, находились на учете 5 лет и более 2 341 440, при этом летальность составила 4,9%; зарегистрирован 584 061 случай ЗНО (без учтенных посмертно) [1].

В 2023 г. также была отмечена тенденция к увеличению числа диагностированных ЗНО, числа он-

кологических больных. Согласно данным, представленным Минздравом России, число онкологических больных составило более 4 млн человек. Нередко при лечении таких пациентов, особенно детей, невозможно обойтись без использования так называемых офф-лейбл препаратов.

Офф-лейбл препараты — это любые препараты, при использовании которых врач в некотором смысле пренебрегает инструкцией, т. е. использует их не в указанной дозировке, иным от предпочтительного способом введения, в заранее неблагоприятной комбинации с другими препаратами или вовсе не по назначению [2—4].

Используя препараты подобным образом, вне зависимости от исхода лечения, даже если исход благоприятный, врач может быть привлечен к юридической ответственности.

Правовой статус офф-лейбл на территории РФ долгие годы оставался неоднозначным, а врач, прибегающий к их использованию, — незащищенным со стороны закона, даже в тех случаях, когда их использование было необходимо. Примером может служить пандемия новой коронавирусной инфекции, когда врачи и ученые всего мира столкнулись с принципиально новой инфекцией. Клинические исследования, разработка новых препаратов или изучение уже существующих в отношении коронавирусной инфекции в короткие сроки были невозможны, разработка новых клинических рекомендаций, внесение изменений в инструкции препаратов также были невозможны, любое использование препаратов до разработки новых клинических рекомендаций подразумевало использование их вне инструкции.

Федеральный закон «О внесении изменений в федеральный закон „Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации“», принятый Правительством Российской Федерации, стал важным шагом для обретения правового статуса офф-лейбл препаратов на территории РФ. Однако многие вопросы, связанные с применением препаратов вне соответствия с их инструкцией, для практикующего врача-клинициста остаются открытыми.

Материалы и методы

В ходе исследования проанализирован Федеральный закон о внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 08.04.2022 № 482 (№ 482 ФЗ). Был использован обзорный метод — изучение актуальных научных статей, посвященных проблемам офф-лейбл препаратов на территории РФ, их юридическому статусу до и после выхода № 482-ФЗ, аналитический метод — анализ нормативно-правовых документов, Уголовного кодекса (УК) РФ, актуальных клинических рекомендаций и федеральных стандартов оказания медицинской помощи, Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), Государственного реестра лекарственных средств.

Результаты исследования

Понятие, назначение офф-лейбл препаратов в РФ. Важнейшим аспектом оказания медицинской помощи населению является ее качество, что подразумевает использование общепринятых стандартов — стандартов медицинской помощи, которые предполагают использование врачом препаратов строго в соответствии с их инструкцией. Наиболее полно отражает актуальную информацию о лекарственных средствах и препаратах Государственный реестр лекарственных препаратов.

Каждый лекарственный препарат имеет инструкцию, в которой отражена информация о фармакологической группе, механизме действия, желательных и возможных нежелательных эффектах и явлениях. Инструкция является единственным официальным источником информации в случае возникновения судебного разбирательства со стороны органов исполнительной власти.

Многие считают, что использование препаратов офф-лейбл предполагается лишь в случаях, когда эффективность препарата не имеет какой-либо доказательной базы, однако это касается также и установленных доз (в том числе без предварительного введения пробной дозы биологического препарата), путей введения, комбинаций, в том числе заведомо неблагоприятных, ограничений (например, возрастных), прямых показаний и противопоказаний.

Отсутствие или недоступность альтернативной терапии вынуждает врача прибегнуть к использованию препаратов вне инструкции, т. е. использовать их в ситуации крайней необходимости без превышения ее пределов и обоснованного риска¹. Эти понятия являются ключевыми в отношении вопроса об использовании препаратов вне инструкции. Под обоснованным риском подразумевается возможность достижения общественно полезной цели, меньшая угроза использования препарата по сравнению с выжидательной тактикой (бездействием). Одним из важнейших условий использования офф-лейбл препарата является информирование пациента о намерениях лечащего врача, возможных рисках и осложнениях.

Поскольку нередко применение офф-лейбл препаратов происходит в отношении онкологических больных, важно отметить, что снижение дозы химиотерапевтических препаратов и увеличение интервала между введениями в день, указанной в описании схемы, вследствие возникновения нежелательных явлений, усиления токсических реакций, нали-

¹ Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_401865/

чия противопоказаний, тяжести состояния пациента также не является назначением офф-лейбл.

Юридическая ответственность за назначение офф-лейбл препаратов в РФ. Согласно нормативно-правовым актам, регулирующим применение офф-лейбл препаратов на территории РФ, их назначение нарушает права пациента на качественную и безопасную медицинскую помощь, а также может повлечь наступление гражданско-правовой ответственности.

Подразумевается, что для каждого заболевания, группы заболеваний должен быть определен перечень офф-лейбл препаратов с указанием дозировок, способа введения, длительности применения и других фармакологических аспектов. Однако, несмотря на актуальность вопроса, принятие и обнародование № 482-ФЗ, нормативно-правового акта (статьи, федерального закона), регламентирующего перечень офф- и он-лейбл препаратов, нет.

Причинение тяжкого вреда здоровью пациента, его смерть вследствие назначения офф-лейбл препаратов может привести к судебному разбирательству, назначению судебно-медицинской экспертизы, целью которой является установление непосредственной причины, повлекшей за собой последствия в виде летального исхода, развившихся клинических проявлений побочных эффектов препарата и лиц, виновных в случившемся [5]. В основу решения судебного разбирательства могут быть положены сведения из инструкции по применению лекарственного препарата, однако применение нескольких препаратов одновременно затрудняет процесс.

При подозрении на изменения со стороны состава препарата пациент имеет право обратиться в Центр контроля качества лекарственных препаратов, после чего учреждение может направить обращение в региональный Росздравнадзор. При подозрении на брак обращение препарата будет приостановлено.

По общему правилу вред возмещается, если будет доказано наличие вины в действиях причинителя вреда. При этом законодательство устанавливает презумпцию вины причинителя вреда, а ее отсутствие должен доказать сам ответчик. Потребительская ответственность продавцов (производителей) в этом плане отличается от общих подходов в делах о причинении вреда. Ответственность может возникнуть даже при отсутствии вины производителя (продавца), за исключением случаев нарушения установленных правил пользования, хранения или перевозки товара непосредственно потребителем.

В иных случаях, когда нарушений со стороны производителя препарата не выявлено, ответственность за его использование вне инструкции ложится на медицинского работника [6]. Вид юридической ответственности зависит от состояния пациента: в случае летального исхода или причинения здоровью пациента тяжкого вреда — уголовная или административная ответственность, в иных случаях — гражданско-правовая и административная.

Гражданско-правовая ответственность наступает для медицинского работника в виде полного возмещения за причиненный пациенту вред, причем деятельность работника может быть расценена, как создающая повышенную опасность для окружающих. Ответственность может коснуться не только непосредственно лечащего врача, но и главного врача медицинской организации, заведующего отделением, так как по ст. 1068 Гражданского кодекса (ГК) РФ они несут ответственность за вред, причиненный работником (сотрудником).

Административная ответственность может наступить для медицинского работника в виде штрафа, обязательных работ. Причинение тяжкого вреда здоровью пациента является отягощающим обстоятельством, что делает меры административной ответственности в отношении медицинского работника жестче: сумма штрафа может варьировать и достигать 500 тыс. руб.

Уголовная ответственность медицинского работника за применение офф-лейбл препарата может наступить даже при отсутствии у пациента описанных последствий для здоровья, поскольку оказанные медицинские услуги, согласно действующей законодательной базе, не отвечают требованиям безопасности, за исключением случаев крайней необходимости и обоснованного риска.

Меры уголовной ответственности за применение офф-лейбл препарата зависят от статьи, по которой будет осужден медицинский работник. Среди них можно выделить ст. 238, 118 и 109 УК РФ. Для ст. 109 УК РФ отягчающими обстоятельствами являются действие или бездействие, связанное с профессиональной деятельностью медицинского работника, а также смерть двух и более пациентов, для ст. 118 (ч. 2) УК РФ — халатность, ненадлежащее исполнение обязанностей, для ст. 238 УК РФ — непосредственно тяжкий вред здоровью пациента, его смерть, совершение или организация преступления группой лиц по предварительному сговору.

Уголовная ответственность по ст. 109 (ч. 2) УК РФ не подразумевает никаких иных мер, кроме лишения свободы: в случае отсутствия отягощающих обстоятельств — до 2 лет, в случае наличия — до 3 лет. Во втором случае врача ждет также запрет на занятие профессиональной деятельностью на срок до 3 лет.

Иные меры наказания предусмотрены в случае, если судебное разбирательство будет происходить по ст. 118 (ч. 2) УК РФ. В отношении медицинского работника также могут быть применены штраф, принудительные, исправительные работы, арест (ограничение свободы). Как при наличии, так и при отсутствии отягощающих обстоятельств уголовная ответственность может настичь врача в виде штрафа, размер которого варьирует от 100 до 500 тыс. руб., принудительных работ (в первом случае до 360 ч, во втором до 5 лет), а также лишением свободы до 2 лет, до 5 лет и выплатой штрафа в размере до 500 тыс. руб. соответственно. Исправительные работы, а также ограничение свободы возможны

Здоровье и общество

лишь при отсутствииотягощающих обстоятельств, срок составляет не более 2 лет.

В случае наступления уголовной ответственности в отношении медицинского работника, использовавшего препарат офф-лейбл, по ст. 238 УК РФ, сумма штрафа, срок различных видов работ значительно меньше в сравнении со ст. 109 или 118 УК РФ. Парадоксально, однако в случае судебного разбирательства по ст. 238 (ч. 2) УК РФ, присутствияотягощающих обстоятельств в виде смерти пациента или причинения ему тяжкого вреда, совершенных или организованных группой лиц по предварительному сговору, предусмотрены не только меры наказания в виде лишения свободы до 1 года и ограничения профессиональной деятельности на срок до 3 лет, но и ограничение свободы до 4 лет, принудительные работы до 1 года в сочетании с ограничением профессиональной деятельности.

Обсуждение

В каждой группе заболеваний, при которых допустимо использование препаратов офф-лейбл, согласно приложению к ФЗ № 482, представлено не менее 50 позиций — нозологических форм, при которых допускается применение офф-лейбл препаратов, что, безусловно, является положительным примером, демонстрирующим большие возможности для применения препарата вне инструкции (офф-лейбл) в практике лечащих врачей практически всех специальностей.

Необходимо очень внимательно изучить перечень заболеваний или групп заболеваний, при которых с 2022 г. допускается использование офф-лейбл препаратов. Наиболее широкое их применение возможно в практике врачей-оториноларингологов, дерматологов, кардиологов, сердечно-сосудистых хирургов и травматологов. Согласно приложению к ФЗ № 482, применение допускается при любых заболеваниях и нозологических формах за редким исключением в виде поверхностных травм и андрогенной алопеции.

Несмотря на то что проблема применения офф-лейбл препаратов как никогда актуальна для пациентов онкологического профиля, приложение очень строго регламентирует использование упомянутых препаратов именно в практике врачей-онкологов. Положительным аспектом является допущение к использованию офф-лейбл препаратов в случае новообразований или болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм. Использование офф-лейбл препаратов допускается практически при всех нозологических формах, за исключением доброкачественных новообразований глаза и его придаточного аппарата.

Однако для доноров крови, кожи, костей, почек, роговицы, печени, сердца и других уточненных и неуточненных органов или тканей применение поддерживающего курса радиотерапии, химиотерапии, переливания крови, десенсибилизации к аллергенам и подготовительным процедурам для последующего

лечения, не классифицированных в других рубриках, применение офф-лейбл препаратов, согласно действующей законодательной базе, недопустимо.

Заключение

Врач при назначении тех или иных препаратов должен опираться на существующие национальные стандарты оказания медицинской помощи, которые регламентируют использование препаратов строго в соответствии с их инструкцией и клиническими рекомендациями.

В случае изменения рекомендованных доз препарата, способа предпочтительного введения, использования заведомо неблагоприятных комбинаций препаратов использование препарата происходит вне его инструкции, т. е. офф-лейбл.

Назначение офф-лейбл препаратов возможно лишь при получении добровольного информированного согласия пациента или его законного представителя, причем им должны быть разъяснены все возможные риски и осложнения, нежелательные реакции, обоснованность риска и крайней необходимости использования препарата по решению врачебной комиссии².

Лечащий врач или лицо, несущее за него ответственность, может быть привлечен к ответственности даже в случае отсутствия летального исхода и причинения тяжкого вреда здоровью пациенту, поскольку лечение офф-лейбл препаратами является небезопасным. В случае судебного разбирательства лечащий врач может понести следующие виды юридической ответственности: гражданско-правовую, административную, уголовную. Летальный исход, причинение тяжкого вреда здоровью пациента вследствие лечения его офф-лейбл препаратами могут стать какотягощающими обстоятельствами в случае судебного разбирательства, так и непосредственной его причиной.

Невозможность использования альтернативной терапии вместо офф-лейбл препаратов, единоличное принятие решения об их использовании при отсутствии крайней необходимости могут повлечь за собой серьезные последствия в виде юридической ответственности, так как, согласно действующей законодательной базе, являются осознанным выбором лечащего врача.

Принятие проанализированного закона стало важным шагом в отношении использования офф-лейбл препаратов на территории РФ. Благодаря ему практикующим врачам стало понятно, в каких случаях использование препаратов вне инструкции стало возможным и законным.

Анализ УК позволил установить, какая именно грозит ответственность за использование офф-лейбл препаратов при несоблюдении вышеупомяну-

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.03.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 10.04.2022). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/f7964563436c4bb0aed73d388df1a95d9103b632/

тых условий, что является отягощающими обстоятельствами при судебном разбирательстве, и как они отражаются на мерах уголовной ответственности по ст. 109 (ч. 2), 118 (ч. 2), 238 УК РФ.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Шахзадова А. О., Старинский В. В., Лисичникова И. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. *Сибирский онкологический журнал*. 2023;22(5):5—13. doi: 10.21294/1814-4861-2023-22-5-5-13
2. Tucker K., Günther K. P., Kjaersgaard-Andersen P., Lützner J., Kretzer J. P., Nelissen R. G. H. H., Lange T., Zagra L. EFORT recommendations for off-label use, mix & match and mismatch in hip and knee arthroplasty. *EFORT Open Rev*. 2021;6:985. doi: 10.1302/2058-5241.6.210080
3. Сомова М. Н., Багищева Г. А. Правовые аспекты назначения лекарственных препаратов off-label. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2016;19:152.
4. Agarwal V. Off-label Medication Use: A Double-edged Sword. *Indian J. Crit. Care Med*. 2021;25:845. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23951
5. Габай П. Г., Багмет Н. А. Использование лекарственных средств офф-лейбл: ответственность медицинского работника и медицинской организации. *Российский следователь*. 2017;17:21—2.
6. Агамов З. Х., Бурцев А. К., Москвичева Л. И. Нормативно-правовое регулирование экспертизы качества медицинской помо-

щи в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(1):139—43. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-139-1

Поступила 28.04.2023
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Shakhzadova A. O., Starinsky V. V., Lisichnikova I. V. Cancer care to the population of Russia in 2022. *Siberian Journal of Oncology*. 2023;22(5):5–13. doi: 10.21294/1814-4861-2023-22-5-5-13 (in Russian).
2. Tucker K., Günther K. P., Kjaersgaard-Andersen P., Lützner J., Kretzer J. P., Nelissen R. G. H. H., Lange T., Zagra L. EFORT recommendations for off-label use, mix & match and mismatch in hip and knee arthroplasty. *EFORT Open Rev*. 2021;6:985. doi: 10.1302/2058-5241.6.210080
3. Somova M. N., Batishcheva G. A. Legal aspects of prescribing off-label drugs. *Applied Information Aspects of Medicine*. 2016;19:152 (in Russian).
4. Agarwal V. Off-label Medication Use: A Double-edged Sword. *Indian J. Crit. Care Med*. 2021;25:845. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23951
5. Gabay P. G., Bagmet N. A. Use of off-label medicines: responsibility of the medical worker and medical organization. *Russian Investigator*. 2017;17:21-2 (in Russian).
6. Agamov Z. Kh., Burtsev A. K., Moskvicheva L. I. The normative legal regulation of expertise of medical care quality in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2021;29(1):139–43. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-139-143 (in Russian).

Шаркова И. В.¹, Мореева Е. В.², Баймешова С.²

ИМИДЖ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОССИИ В ИНФОРМАЦИОННОМ ПОЛЕ В 2019 г.

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный лингвистический университет», 119034, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Российский государственный университет имени А. Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», 119071, г. Москва

Статья содержит результаты первичных исследований информационного поля некоммерческих медицинских организаций в России, проводившихся в период с 1 января по 31 декабря 2019 г. в поисковой системе Яндекс и базе данных СМИ Медиалогия. Проведен анализ результатов исследования с замерами начала и конца 2019 г. Результаты исследования представляют собой одну из частей панельного исследования имиджа медицинских некоммерческих организаций в России и могут использоваться в дальнейшем заинтересованными структурами с целью его корректировки.

Ключевые слова: медицинские некоммерческие организации; имидж; российское здравоохранение; репутация.

Для цитирования: Шаркова И. В., Мореева Е. В., Баймешова С. Имидж некоммерческих организаций в России в информационном поле в 2019 г. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):897–903. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-897-903>

Для корреспонденции: Шаркова Ирина Викторовна, канд. филос. наук, магистр социологии управления, доцент кафедры коммуникационных технологий ФГБОУ ВО «Московский государственный лингвистический университет», e-mail: irina_sharkova@rambler.ru

Sharkova I. V.¹, Mareeva E. V.², Baymeshova S.²

THE IMAGE OF NON-COMMERCIAL ORGANIZATIONS IN INFORMATION FIELD IN RUSSIA IN 2019

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Moscow State Linguistic University”, 119034, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The A. N. Kosygin Russian State University (Technologies.Design. Art)”, 119071, Moscow, Russia

The article presents results of primary researches of information field of non-profit medical organizations in Russia, carried out from January 01 to December 31 2019 in Yandex search engine and Medialogia media database. The analysis of results of the study with measurements of beginning and end of 2019 was carried out. The results are one of parts of a panel study of image of medical non-profit organizations in Russia and can be used in future by interested structures with purpose of its adjustment.

Key words: medical non-profit organization; image; health care; reputation; Russia.

For citation: Sharkova I. V., Mareeva E.V, Baymeshova S. The image of non-commercial organizations in information field in Russia in 2019. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):897–903 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-897-903>

For correspondence: Sharkova I. V., candidate of philosophical sciences, Master of Sociology of Management, associate professor of the Chair of communication Technologies of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Moscow State Linguistic University”. e-mail: irina_sharkova@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 24.04.2023
Accepted 15.08.2024

Введение

В условиях современного информационного общества, где средства массовой информации (СМИ) играют ключевую роль в формировании общественного мнения и повестки дня, исследование публикационной активности медицинских некоммерческих организаций приобретает особую значимость. Введение в 2019 г. Национального проекта «Здравоохранение», направленного на улучшение качества медицинской помощи и повышение доступности медицинских услуг, поставило перед медицинскими некоммерческими организациями новые задачи. Одним из ключевых аспектов их деятельности стала работа с информационным полем, которая включает взаимодействие со СМИ, продвижение своих инициатив и информирование общества о проблемах и достижениях в сфере здравоохранения.

Данная статья посвящена исследованию публикационной активности медицинских некоммерческих организаций в 2019 г., анализу информационного поля и оценке тональности материалов, опубликованных в различных СМИ. Эмпирический материал был собран на основе мониторинга поисковой системы Яндекс и базы данных СМИ Медиалогия, что позволило охватить широкий спектр источников, включая интернет-СМИ, печатные издания, теле- и радиопередачи, а также социальные сети.

Цель исследования — выявление основных тенденций и особенностей публикационной активности медицинских некоммерческих организаций, оценка их имиджа в информационном пространстве, а также разработка рекомендаций по улучшению информационной стратегии. Анализ публикационной активности был проведен по нескольким ключевым организациям: Всероссийскому союзу общественных объединений пациентов, Всероссий-

скому союзу пациентов, Союзу пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям, Движению против рака, Российской диабетической ассоциации и Всероссийскому обществу онкогематологии «Содействие».

Материалы и методы

Эмпирический материал собран на базе нескольких компонентов: мониторинга СМИ в поисковой системе Яндекс [1], а также базы данных средств массовой информации Медиалогия. Поисковая система Яндекс была выбрана для анализа по причине того, что она является лидером на территории России, причина же выбора базы СМИ Медиалогия заключается как в широком охвате, включающем в себя опубликованные материалы СМИ, теле- и радиопередачи, а также онлайн-СМИ и социальные сети, так и в глубине архива (более 25 лет), который, по данным на 2024 г., охватывает более 2,5 млрд аккаунтов социальных сетей и более 84 тыс. СМИ [2]. Архив базы данных СМИ Медиалогия постоянно пополняется и по сравнению с 2015 г. вырос на 56 тыс. полнотекстовых источников СМИ.

Помимо прочего, проводили ежедневный мониторинг СМИ для фиксации аспектов, не входящих в базы банных.

В поисковой системе Яндекс, а также в базе данных СМИ Медиалогия вводились названия некоммерческих организаций, направленных на поддержку пациентов в выработке политики, обеспечение их представительства в таких основных правах, как доступ к здравоохранению, лекарствам и методам лечения, а также облегчение общения между пациентами, врачами, лицами, осуществляющими уход, и другими заинтересованными сторонами.

Статистические данные в поисковой системе Яндекс и в базе данных СМИ Медиалогия фиксировались на момент каждых наступивших суток с 1 января по 31 декабря 2019 г. с последующей оценкой тональности опубликованных материалов. Полученные эмпирические данные дали возможность проследить колебания тональности риторики в отношении некоммерческих организаций, а также оценить состояние информационного поля медицинских некоммерческих организаций в России по каждой из единиц анализа, после чего сделать соответствующие выводы.

Временные рамки исследования были обусловлены запуском национального проекта «Здравоохранение» и завершились закончившимся календарным годом, что трансформировало проблематику информационного поля.

Все полученные данные в поисковой системе и в базе СМИ Медиалогия фиксировали по аналогичной методике независимо друг от друга. Сопоставление данных позволило получить картину имиджа некоммерческих организаций в России в информационном поле.

Результаты исследования

Исследование начали с поиска публикаций по единице анализа «Всероссийский союз общественных объединений пациентов» (<https://vspru.ru/>). В 2019 г. было зафиксировано 438 сообщений с упоминанием указанной некоммерческой организации. Наибольшее количество (375) публикаций зафиксировано в интернет-источниках, 222 из которых пришлось на федеральный уровень, 144 на региональный и только 9 — на зарубежный.

Среди 8 публикаций в газетах федерального уровня наибольшее количество публикаций пришлось на «Российскую газету» и ее спутники — «Российская газета. Спецвыпуск» и «Российская газета. Фармацевтика» — общим количеством 4. Другие 4 публикации были в «Медицинской газете», «Московском комсомольце», «Правде» и «Фармацевтическом вестнике».

Среди интернет-источников наибольшее количество (12) публикаций на федеральном уровне пришлось на сам «Всероссийский союз общественных объединений пациентов». Среди сторонних организаций, публиковавших новости об указанной организации, была зафиксирована medlinks.ru (9), после которой три организации с одинаковым количеством публикаций (по 6): «Лекобоз», «Общероссийская общественная организация инвалидов-больных рассеянным склерозом», «Общероссийский народный фронт».

Среди информационных агентств федерального уровня наиболее активными были «Агентство социальной информации» (8 сообщений), «ТАСС. Ежедневный анонс событий» (5).

На региональном уровне среди интернет-источников лидировал «БезФормата. Москва» (8 сообщений), далее с одинаковым количеством сообщений (по 3) «БезФормата. Барнаул», «Бизнес России. Москва», «Интернет-газета Коми», «НЕФРО-ЛИГА».

По географическому охвату наибольшее количество (302) публикаций пришлось на Москву. Все остальные регионы значительно отставали по количеству. Так, Санкт-петербургские источники, несмотря на второе место, опубликовали за год лишь 7 сообщений. Наименьшее количество сообщений (2) пришлось на Еврейскую автономную область. Наибольшее количество поделившихся пришлось на Москву (1772) и на Санкт-Петербург (786), на третьем месте Московская область (59). Остальные регионы по активности отставали с огромным отрывом. Так, Дальневосточный округ, который следует после Московской области, поделился публикациями лишь 8 раз.

Пик публикаций (90 сообщений) пришелся на сентябрь 2019 г. и был связан с введением новых правил маркировки лекарственных средств. Основные заголовки были: «Новые правила маркировки: что будет с лекарствами?» («Комсомольская правда. Москва», sojuzpharma.ru), а также «Общественники указали на слабые места в новом порядке закупки лекарств» (govoritmoskva.ru, finance.rambler.ru).

Здоровье и общество

Следующей по популярности в сентябре 2019 г. стала тематика «Против приватизации». Основные заголовки публикаций были зафиксированы как «Против приватизации медицинской сферы» («Правда. Москва», Moskva.bezformata.com).

Третьей по популярности на момент сентября 2019 г. стала тематика изменения Национального проекта «Здравоохранение» внесением мер по борьбе с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Так, были зафиксированы следующие заголовки: «Московские эксперты ОНФ предложили дополнить нацпроект „Здравоохранение“ мерами по борьбе с сердечно-сосудистыми и онкозаболеваниями» («Общероссийский народный фронт»), «Эксперты ОНФ обсудили предложения по совершенствованию системы столичного здравоохранения» (medblog.su).

Также хотелось бы отметить и четвертую по популярности тематику, которая по охвату из открытых источников даже превосходила третью, однако по значимости события оказалась на четвертом месте: «Пресс-конференция, посвященная дню безопасности пациента». Данная тематика была представлена следующими заголовками: «17 сентября — Всемирный день безопасности пациента. Видеозапись пресс-конференции в ТАСС» (Obreg.roszdravnadzor.gov.ru), «Пресс-конференция, посвященная Всемирному дню безопасности пациента» (asi.org.ru), «Всемирный день безопасности пациента» (ТАСС).

Следующей организацией для анализа был «Всемирный союз пациентов» (<https://sa-ms.ru/>). В 2019 г. было зафиксировано 881 сообщение с упоминанием указанной некоммерческой организации. Наибольшее количество (798) публикаций зафиксированы в интернет-источниках, 534 из которых пришлось на федеральный уровень, 241 на региональный и только 23 на зарубежный.

Среди публикаций в газетах федерального уровня (14) наибольшее количество пришлось на «Российскую газету» и ее сателлит «Российская газета. Фармацевтика» общим количеством 3. Еще 6 публикаций были в «Медицинской газете» (2), «Московском комсомольце» (2), «Фармацевтическом вестнике» (2). Остальные 5 были распределены по одной публикации в изданиях «Газета РБК. Приложение», «Коммерсант» и его тематическое приложение, «Правда» и «Независимая газета».

Среди интернет-источников наибольшее количество публикаций на федеральном уровне пришлось на «Общероссийскую общественную организацию инвалидов-больных рассеянным склерозом» (84). Далее были зафиксированы сам «Всемирный союз пациентов» (33), «Общероссийская общественная организация-инвалидов» (17), Medlinks.ru (15) и 123ru.net (14).

Среди информационных агентств федерального уровня наиболее активными были «Агентство социальной информации» (6), РИА «Новости» (5) и ИА «Regnum» (4).

На региональном уровне среди интернет-источников лидировал: «БезФормата. Москва» (8), далее

«НЕФРО-ЛИГА» (7), «Первый национальный» (6) и «БезФормата. Барнаул», «Современные страховые технологии» (по 5).

По географическому охвату наибольшее количество публикаций пришлось на Москву (631). Все остальные регионы значительно отставали по количеству. Так, Санкт-петербургские и свердловские источники, несмотря на второе место, опубликовали за год лишь по 17 сообщений. Наименьшее количество (по 5) сообщений пришлось сразу на 7 регионов: Вологодскую, Иркутскую, Липецкую, Новосибирскую области, а также на республики Крым, Башкортостан и Татарстан.

Пик публикаций (281 сообщение) пришелся на ноябрь 2019 г. и был связан с проведением Всероссийского Конгресса пациентов, на котором В. В. Путин поприветствовал участников. Основные заголовки были: «Путин поприветствовал участников Всероссийского конгресса пациентов» (РИА «Новости»), «Путин: Всероссийский союз пациентов содействует повышению качества медицинской помощи» («Абзелил»), «Президент России поприветствовал участников Всероссийского конгресса пациентов» (Seldon.news).

Следующей по популярности в ноябре 2019 г. стала тема нехватки лекарств на фоне принятия нового закона маркировки лекарственных средств. Основные заголовки публикаций были зафиксированы как «Нет лекарств, считай в России» («Московский комсомолец»), «Без пилюлек» («Бузулук-информ»), «Новый закон грозит оставить Россию без лекарств» (TmBW.ru Кишинев).

Третьей по популярности на момент ноября 2019 г. стала тематика обмана паралимпийской чемпионки. Так, были зафиксированы следующие заголовки: «Паралимпийской чемпионке достался кредит вместо протезов» («Коммерсантъ»), «Мошенники обманули паралимпийскую чемпионку на 9,5 млн рублей. Они обещали сделать ей и другим пострадавшим протезы» (lvest.kz).

Также хотелось бы отметить и четвертую по популярности тематику врачей-вымогателей, которая была весьма любопытной по содержанию: «Врачи-вымогатели. Как в больницах заставляют платить за бесплатные услуги» (life.ru, «Страхование сегодня»).

Совсем незначительным по количеству сообщений (274) был зафиксированный пик публикационной активности, который пришелся на октябрь 2019 г. Связан он был с тематикой борьбы Союза пациентов за разрешение торговли рецептурными препаратами по интернету. Так, основными заголовками были: «Союз пациентов просит разрешить интернет-торговлю рецептурными лекарствами» (РИА «Новости»), «Пациенты просят разрешить онлайн-продажу рецептурных препаратов» («Мир новостей»), «Всемирный союз пациентов просит разрешить интернет-торговлю рецептурными лекарствами» («Прайм. Бизнес-лента»).

Второй на пике октября была тематика развития паллиативной помощи пациентам в регионах. Основными заголовками были: «Индивидуальный

подход: в регионах России появятся свои программы развития паллиативной помощи» (RT), «Программы развития паллиативной помощи подготовили для 25 регионов» («Милосердие»), «Индивидуальный подход: в регионах России появятся свои программы развития паллиативной помощи» («Городской портал города Пятигорска»).

Третья тематика октября 2019 г. — тематика эффективности скорой помощи в Москве. Основными заголовками были: «РwC отвела московской скорой помощи второе место в мире по эффективности» («РБК», 24ТОП.kz).

Четвертая тематика была немногочисленной, но привлекла внимание медийным охватом: «Обвинение Грудина в моральной нечистоплотности за попытку лишить бывшую супругу инвалидности».

Следующей организацией для анализа был «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям». В 2019 г. было зафиксировано 40 сообщений с упоминанием указанной некоммерческой организации. Наибольшее количество (32) публикаций зафиксировано в интернет-источниках, 29 из которых пришлось на федеральный уровень, 3 — на региональный уровень; на зарубежном уровне публикаций зафиксировано не было.

Единственная публикация в газетах федерального уровня была в «РБК» и одна в журналах федерального уровня в *Vademecum*.

Среди интернет-источников наибольшее количество публикаций (10) на федеральном уровне пришлось на сам «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям». Среди сторонних организаций, публиковавших новости об указанной организации, была зафиксирована «Общественная палата РФ» (5) и организации «Такие дела», «Фотопарацци» с одинаковым количеством публикаций (по 2).

Среди информационных агентств федерального уровня наиболее активными были «Агентство социальной информации» (2), «ТАСС. Ежедневный анонс событий» (2).

На региональном уровне среди интернет-источников были опубликованы 3 публикации: *Arzamas-city.ru*, «БезФормата. Нижний Новгород», «В Томске» (по 1).

По географическому охвату наибольшее количество (37 публикаций) пришлось на Москву. Все остальные регионы значительно отставали по количеству: 2 публикации были в Нижегородской области и 1 публикация в Томске.

Пик (19 публикаций) пришелся на декабрь 2019 г. и был связан с необходимостью учета мнения пациента при покупке лекарств. Основными заголовками были: «Минздрав попросил учитывать показания пациента при закупках лекарств» («РБК»), «Регионы получили именной рецепт» («Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям»).

Следующей по популярности в декабре 2019 г. стала тематика бюджетирования лечения пациентов с редкими заболеваниями. Основные заголовки пу-

бликаций были зафиксированы как «Бюджет берет редких пациентов на себя» («Коммерсантъ. Новости online»), «Бюджет берет редких пациентов на себя // Госдума расширила федеральный перечень орфанных заболеваний» (The world news).

Другие тематики по указанной организации были представлены в незначительном количестве.

Среди медицинских некоммерческих организаций, занимающихся конкретными заболеваниями, мы начали исследование с поиска публикаций по единичному анализу «Движение против рака» (<http://www.rakpobedim.ru>). В 2019 г. было зафиксировано 249 сообщений с упоминанием указанной некоммерческой организации. Наибольшее количество (224) публикаций зафиксировано в интернет-источниках, 114 из которых пришлось на федеральный уровень, 101 на региональный и только 9 на зарубежный.

В газетах федерального уровня (4) наибольшее количество публикаций пришлось на «Российскую газету» и ее спутник «Российская газета. Фармацевтика» общим количеством 2. Другие 2 публикации были в «Медицинской газете» и «Фармацевтическом вестнике».

Среди интернет-источников наибольшее количество (11) публикаций на федеральном уровне пришлось на «Всероссийское общество онкогематологии Содействие», далее *Seldon.News* (9), после которой 2 организации с одинаковым количеством публикаций (по 5): *The world news* и «Новости России».

Среди информационных агентств федерального уровня наиболее активным было «Агентство социальной информации» (3), другие 2 публикации были зафиксированы в ИА «Росбалт» и «Национальной службе новостей».

На региональном уровне среди интернет-источников лидировали сразу 3 источника: «БезФормата Ульяновск», «Областной клинический онкологический диспансер г. Ульяновск», «Современные страховые технологии» (по 5).

По географическому охвату наибольшее количество публикаций пришлось на Москву (134), остальные регионы значительно отставали. Так, источники Приморского края, несмотря на второе место, опубликовали за год лишь 20 сообщений, по 10 опубликовали Свердловская и Ульяновская области. Наименьшее количество сообщений пришлось сразу на 7 регионов: Республику Ингушетию, Омскую, Мурманскую, Воронежскую, Белгородскую, Амурскую области и на Алтайский край (по 2 сообщения), наибольшее количество (1771) публикаций — на Центральный федеральный округ и на Уральский федеральный округ. Остальные регионы по активности отставали с огромным отрывом.

Пик публикаций (91) пришелся на декабрь 2019 г. и был связан с закупкой медицинского оборудования. Основными заголовками, повторяющимися в различных СМИ, были: «Томограф для каждого» («Российская газета. Спецвыпуск») и «Совре-

Здоровье и общество

менные медицинские технологии должны прийти в первичное звено» («Российская газета»).

Следующей по популярности в декабре 2019 г. стала тематика скандала в Москве, связанного с выступлением «Альянса врачей» против закрытия гинекологической больницы. Основные заголовки публикаций были зафиксированы как «Скандал в больнице в центре Москвы назвали „хайпом на системе здравоохранения“» (lenta.ru, inline.ru), «В „Движении против рака“ обвинили „Альянс врачей“ в хайпе на трудностях системы здравоохранения» (Seldon.News).

Третьей по популярности на момент декабря 2019 г. стала тематика дополнительного финансирования онкологических больных. Были зафиксированы следующие заголовки: «Пациенты первого и второго сорта» (ИА «Росбалт», Seldon.News), «Председатель КС „Движение против рака“ Николай Дронов: Что изменится для пациентов, и решит ли дополнительное финансирование проблемы с оказанием помощи онкобольным» (Федеральный фонд обязательного медицинского страхования).

Далее среди медицинских некоммерческих организаций, занимающихся конкретными заболеваниями, для анализа была выбрана «Российская диабетическая ассоциация».

В 2019 г. было зафиксировано 780 сообщений с упоминанием указанной некоммерческой организации. Наибольшее количество (674) публикаций зафиксировано в интернет-источниках, 309 из них пришлось на региональный уровень, 250 на федеральный и 115 на зарубежный.

Среди публикаций в газетах регионального уровня (72) наибольшее количество пришлось на «Аргументы и факты. Липецк» и «Аргументы и факты. Москва» (по 4). Далее шли публикации в «Аргументы и факты. Ижевск» и «Аргументы и факты. Владивосток» (по 3). Среди газет федерального уровня из 6 публикаций 4 пришлось на «Аргументы и факты», по 1 на «Коммерсантъ» и «Аргументы и факты. Здоровье».

Среди интернет-источников наибольшее количество (66) публикаций на федеральном уровне пришлось на саму «Российскую диабетическую ассоциацию». Среди сторонних организаций, публиковавших новости об указанной организации, были зафиксированы 123ru.net (12) и Seldon.News (10).

Среди информационных агентств федерального уровня наиболее активным было «Агентство социальной информации» (2 сообщения).

На региональном уровне среди интернет-источников лидировали: «БезФормата Липецк» (39), «БезФормата Краснодар» (21) и Министерство здравоохранения Липецкой области (19).

По географическому охвату наибольшее количество (274) публикаций пришлось на Москву. Другие регионы значительно отставали по количеству. Так, интернет-источники Краснодарского края, несмотря на второе место, опубликовали за год 77 сообщений, на третьем месте — Липецкая область (70). Наименьшее количество сообщений пришлось на

Курскую и Владимирскую области, а также на Карачаево-Черкесскую Республику (по 4).

На июль 2019 г. пришелся пик сообщений (149), они были посвящены одной публикации, которая по заметности была резонансной, но не самой охватной: «„Систему надо ломать в корне“. Саратовская область осталась без лекарств?» («Федерал-Пресс»).

Следующей по популярности в июле 2019 г. стала тематика трясущихся рук Ангелы Меркель. Основные заголовки публикаций были зафиксированы как «Почему у Ангелы Меркель трясутся руки?» и прошли в ряде региональных выпусков «Аргументы и факты».

Третьей по популярности на момент июля 2019 г. стала тематика диаспартакиады для детей. Были зафиксированы следующие заголовки: «В Сочи стартовала диаспартакиада для детей с сахарным диабетом» (Online47.ru), «В Сочи проходит диаспартакиада для детей с сахарным диабетом» (Народная газета.com), «Юбилейная 10-я Всероссийская диаспартакиада для детей с сахарным диабетом стартовала в Сочи» (Kremlinrus.ru).

Далее среди медицинских некоммерческих организаций, занимающихся конкретными заболеваниями, для анализа было выбрано Всероссийское общество онкогематологии «Содействие» (ВООГ «СОДЕЙСТВИЕ») (<http://www.sodeystvie-cml.ru/>). В 2019 г. было зафиксировано 120 сообщений с упоминанием указанной некоммерческой организации. Наибольшее количество (112) публикаций зафиксированы в интернет-источниках, 94 из них пришлось на федеральный уровень, 17 на региональный и только 1 на зарубежный.

Среди 5 публикаций в газетах федерального уровня на «Российскую газету. Фармацевтика» пришлось 2; 3 были в «РБК», «Коммерсантъ. Приложение» и «Фармацевтическом вестнике».

Среди интернет-источников наибольшее количество публикаций (53) на федеральном уровне пришлось на «Всероссийское общество онкогематологии Содействие». Среди сторонних организаций, публиковавших новости об указанной организации, были зафиксированы «Общероссийская общественная организация инвалидов-больных рассеянным склерозом» (4) и Consilium.Medicum (3). Информационные агентства любого уровня ничего не публиковали об указанной организации.

На региональном уровне среди интернет-источников лидеров не было, все источники публиковали по 1 публикации.

По географическому охвату наибольшее количество публикаций (101) пришлось на Москву, остальные регионы значительно отставали. Так, несмотря на второе место, Севастополь опубликовал за год лишь 3 сообщения, по 2 сообщения пришлось на Иркутскую и Кировскую области, а также Пермский край.

Пик публикаций (39) пришелся на декабрь 2019 г. и был связан с жалобой Центра Н. Н. Блохина на качество лекарственных препаратов. Основ-

ные заголовки были: «Онкоцентр Блохина пожаловался Минздраву на качество российских дженериков» (РБК, Репортаж24, Seildon.News).

Следующей тематикой по популярности в декабре 2019 г. стала тематика побочных эффектов лекарственных средств. Основной заголовком публикации — «Лекарства с побочной эффективностью» («РБК», Elitetrader.ru).

Третьей по популярности на момент декабря 2019 г. стала тематика отдельной помощи онкогематологическим пациентам. Так, были зафиксированы следующие заголовки: «Онкогематологическим пациентам нужна отдельная программа помощи — считают эксперты» (Medlinks.ru, Consilium Medicum.ru), «Онкогематологическим пациентам нужна отдельная программа помощи» («Инфарм»).

Был зафиксирован еще один пик публикаций в октябре 2019 г., но по численности (37) он незначительно уступал декабрьскому.

Самой популярной стала тематика взаимозаменяемости лекарственных средств. Основными заголовками были «Вопрос взаимозаменяемости всегда нужно решать в интересах пациентов» («Российская газета»), «Незаменимые есть» (Polpred.com).

Второй по популярности в октябре 2019 г. была тематика новых подходов к лечению онкогематологических пациентов: «Новые подходы в лечении онкогематологии спасли жизнь многим пациентам» («Российская газета»), «Дорогой ценой» (Polpred.com).

Третья тематика октября 2019 г. была зафиксирована как повышение эффективности работы за счет взаимодействия с прессой: «Слово лечит» («Коммерсантъ»), «Коммерсантъ. Тематические приложения»).

Обсуждение

Несмотря на схожесть названий организаций, их публикационная активность значительно различается. Самой активной медицинской некоммерческой организацией среди исследуемых оказался «Всероссийский союз пациентов», самой неактивной — «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям». Данный факт мы можем объяснить малым процентом ангажированных читателей, следовательно, невысоким спросом со стороны других СМИ и информационных агентств.

Среди печатных изданий федерального уровня наибольшую активность проявили «Российская газета» и «Коммерсантъ», а также их дочерние издания. Среди информационных агентств наибольший интерес был зафиксирован у «Агентства социальной информации», РИА «Новости», ИА «Regnum».

Наибольшее количество зарубежных публикаций было зафиксировано у «Российской диабетической ассоциации», что мы объясняем масштабами заболеваемости сахарным диабетом не только в России, но и в мире, а также повышенным интересом к лечению данного заболевания со стороны медиков и пациентов.

У всех исследуемых организаций, кроме «Российской диабетической ассоциации», максимальная активность была зафиксирована в федеральных интернет-источниках. Только у «Российской диабетической ассоциации» максимальная публикационная активность была зафиксирована в региональных интернет-источниках. Среди интернет-источников, чаще всего публикующих тематики медицинских некоммерческих организаций, следует назвать Medlinks.ru и SeldonNews.

По географическому охвату как наиболее публикующий регион следует отметить Центральный федеральный округ, особенно Москву и Московскую область, где было зафиксировано максимальное количество публикаций по сравнению со всеми исследуемыми регионами. Данный факт мы объясняем тем, что большинство СМИ и интернет-источников зарегистрированы в Москве и Московской области, а также интересом региональных СМИ к федеральным источникам, а не к источникам из соседних регионов.

Во всех исследуемых организациях пик публикационной активности приходился на вторую половину 2019 г., но на разные месяцы, в связи с чем мы не зафиксировали единый информационный повод, характерный для большинства медицинских некоммерческих организаций.

Самой обсуждаемой стала тематика изменения маркировки лекарств и изменений в Национальном проекте «Здравоохранение», связанные с необходимостью внесения мер борьбы с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Все другие популярные тематики вращались вокруг снабжения лекарствами: разрешения на продажу рецептурных лекарств через интернет, учета мнения пациентов при закупке лекарственных средств или качества лекарственных средств и их взаимозаменяемости. Популярной оказалась и тематика необходимости перемен в медицинской сфере в области паллиативной медицины и в области оказания платных медицинских услуг. Данный факт мы можем объяснить повышением актуальности вопроса импортозамещения в связи с запуском федерального проекта «Здравоохранение» в 2019 г., а также повышенным недовольством со стороны населения сферой российского здравоохранения.

Заключение

На момент 2019 г. медицинские некоммерческие организации в вопросах публикационной активности отличались, с одной стороны, разноплановостью тематик, которые можно охарактеризовать как мозаичные, с другой стороны, все эти тематики касались снабжения лекарственными средствами пациентов. Публикационная активность медицинских некоммерческих организаций не отличалась разнообразием, массовостью и масштабом. Авторы считают нужным рекомендовать разнонаправленно развивать тематику.

По географическому охвату, а также по публикационной активности медицинские некоммерческие

Здоровье и общество

организации публиковались в большинстве своем в Центральном федеральном округе, а конкретно — в Москве и Московской области.

Среди региональных центров, где были зафиксированы всплески активности, следует отметить Санкт-Петербург, Ленинградскую, Ульяновскую, Липецкую и Ижевскую области, а также Краснодарский край. Другие регионы публиковались только в случае резонансности тематики. Однако и их публикации были немногочисленны. Следовательно, необходимо развивать публикационную активность медицинских некоммерческих организаций в регионах.

Также следует укреплять отношения с информационными агентствами, уточнять новостные критерии для включения информации в новостной пул с целью увеличения информационной активности организации.

Наибольшей публикационной активностью характеризуются организации с универсальными названиями, которые могут охватить пациентов с различными заболеваниями, что вполне объяснимо

увеличением их охвата. Однако не считаем целесообразным рекомендовать организациям с узкой направленностью объединяться в союзы, поскольку каждая из организаций работает в своей нише. Тем не менее считаем необходимым рекомендовать расширять взаимодействие с другими медицинскими некоммерческими организациями для увеличения доли публикационной активности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яндекс. Поисковая система. Официальный сайт. Режим доступа: <http://www.yandex.ru> (дата обращения 24.02.2024).
2. Медиалогия. Официальный сайт. Режим доступа: <http://www.mlg.ru> (дата обращения 24.02.2024).

Поступила 24.04.2023
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Yandex. Search engine. Official website. Available at: <http://www.yandex.ru> (accessed 24.04.2024).
2. Medialogy. Official website. Available at: <http://www.mlg.ru> (accessed 24.02.2024).

Журавлева И. В.**ИНТЕРАКЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ
МОЛОДЕЖИ**

Институт социологии ФГБун «Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук», 117218, г. Москва

Цифровые устройства (ноутбук, планшет, компьютер, смартфон) являются сегодня важным компонентом жизни всех возрастных категорий населения и оказывают различное влияние на их здоровье. В статье представлен анализ проблем цифрового поведения детей и молодежи в связи со здоровьем. На материалах социологического исследования рассмотрено взаимное влияние рекомендаций по безопасному использованию цифровых устройств и поведенческих показателей здоровья студентов.

Цель работы — анализ значимости цифрового поведения для здоровья по материалам нормативно-правовых документов, результатам исследований на примере использования студентами цифровых устройств в контексте различных компонентов самосохранительного поведения.

Для анализа использованы нормативно-правовые документы, касающиеся цифровой образовательной среды, и материалы исследований, в том числе исследования «Цифровая трансформация в жизни студенчества», проведенного в 2023 г. Российским обществом социологов в 29 городах России (n=8734).

Акцентируется внимание на важности формирования культуры общения современного человека с различными видами цифровых устройств и целесообразности начала этой работы с детского возраста. Отмечены существующие в этой сфере сложности. В студенческой среде почти половина опрошенных не выполняют основные рекомендации по работе с цифровыми устройствами, значимые для профилактики здоровья. Остальные гигиенические рекомендации игнорируют до 87% респондентов. Наличие установок студентов на здоровый образ жизни, физическую активность, рост самооценки здоровья позитивно сказывается на доле использующих рекомендации по общению с цифровыми устройствами. Роль семьи и педагогов в качестве субъектов формирования гигиенической культуры их использования в настоящее время значительна, но недостаточна.

Повышение культуры общения молодежи с цифровыми устройствами и более активная ориентация на позитивные показатели здоровья могут способствовать улучшению здоровья.

Ключевые слова: здоровье детей; школьники; студенты; использование цифровых устройств; гигиенические рекомендации; показатели здоровья.

Для цитирования: Журавлева И. В. Интеракция использования цифровых устройств и поведенческие показатели здоровья молодежи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):904–911. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-904-911>

Для корреспонденции: Журавлева И. В., д-р соц. наук, главный научный сотрудник руководитель сектора социальных проблем здоровья Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, e-mail: zhuriv@mail.ru

Zhuravleva I. V.**THE INTERACTION OF DIGITAL DEVICES UTILIZATION AND BEHAVIOR INDICATORS OF YOUTH HEALTH**

The Institute of Sociology — Branch of the Federal State Budget Institution of Science “The Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences”, 117218, Moscow, Russia

Nowadays, such digital devices as laptop, tablet, computer, smartphone are an important component of life in all age categories of population that differently affect their health. The article presents analysis of problems of digital behavior of children and youth as related to health. The materials of sociological survey were used to consider mutual effect of recommendations on safe use of digital devices and behavior indicators of health of students.

The purpose of the study is to analyze significance of digital behavior for health based on materials of normative legal documents, results of various studies exemplified by students using digital devices in context of various components of self-preservation behavior.

The normative legal documents regarding digital educational environment and research materials (including the study “Digital transformation in the life of students” carried out by Russian Society of Sociologists in 2023 in 29 cities of Russia (N=8,734) were analyzed.

The study was focused on importance of formation of communication human culture of communication with various types digital devices and advisability to begin this work from children age. The difficulties existing in this area are noted. Among students, almost half of respondents don't follow basic recommendations concerning working with digital devices important for health prevention. The rest of hygiene recommendations are ignored by up to 87% of respondents. The presence of students' attitudes to healthy lifestyle, physical activity and increased self-estimation of health positively affect those who apply recommendations on communication with digital devices. The role of family and pedagogues as subjects in formation of hygienic culture of using digital devices is currently significant, but yet insufficient.

The increasing of culture of communication with digital devices among youth and more active orientation on positive health indicators can input into health amelioration.

Keywords: health; children; schoolchildren; students; use of digital devices; hygiene recommendations; health indicators.

For citation: Zhuravleva I. V. The interaction of digital devices utilization and behavior indicators of youth health. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2024;32(5):904–911 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-904-911>

For correspondence: Zhuravleva I. V., doctor of sociological sciences, the Chief Researcher, the Head of the Sector of Social Problems of Health of the Institute of Sociology — Branch of the Federal State Budget Institution of Science “The Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: zhuriv@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 22.05.2024

Accepted 15.08.2024

Цифровые устройства (ЦУ) — ноутбук, планшет, компьютер, смартфон, телевизор — являются сегодня важным компонентом жизни всех возрастных категорий населения, по-разному влияя на их здоровье. Поскольку здоровье человека наиболее активно формируется в детском и юношеском возрасте, рассмотрим особенности воздействия информационных технологий применительно к данному возрасту. Представители различных наук — медики, психологи, социологи — изучают возможные риски для здоровья, связанные с цифровизацией, и выделяют такие, как ухудшение здоровья, изменение модели поведения, компьютерная зависимость, клиповость сознания [1]. Считается, что увеличение потока информации может приводить к росту нервно-эмоциональных нагрузок [2], появлению невротических и психических отклонений [3]. Справедливость подобных опасений подтверждается существующей статистикой о состоянии здоровья детей и подростков. Соответствующие данные за 2005—2022 гг. свидетельствуют о том, что при незначительном (в 1,04 раза) увеличении общей заболеваемости детей в возрасте 0—14 лет отмечен рост числа заболеваний диабетом (в 1,9 раза), новообразованиями (в 1,4 раза), болезнями органов дыхания (в 1,2 раза). У подростков 15—17 лет ситуация более негативная. При повышении за указанный период общей заболеваемости в 1,3 раза отмечен наибольший рост показателей по ожирению (в 3,0 раза), диабету (в 2,2 раза), новообразованиям (в 1,7 раза). У молодых людей 20—39 лет увеличилась заболеваемость злокачественными новообразованиями (у мужчин — в 1,3 раза, у женщин — в 1,5 раза) [4, 5].

На государственном уровне осознается опасность рисков, связанных с ЦУ. Эта озабоченность трансформируется в создание различных Санитарных правил, рекомендаций Роспотребнадзора, проведение медицинских исследований.

Цель работы — рассмотреть значимость цифрового поведения для здоровья по материалам нормативно-правовых документов, связанных с цифровой образовательной средой, результатам различных исследований, в том числе исследования «Цифровая трансформация в жизни студенчества», на примере использования студентами ЦУ в контексте различных компонентов самосохранительного поведения.

Материалы и методы

Для анализа использованы основные нормативно-правовые документы, связанные с цифровой образовательной средой: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 03.06.2003 № 118 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.2.2/

2.4.1340—03», «Гигиенические нормативы и специальные требования к устройству, содержанию и режимам работы в условиях цифровой образовательной среды в сфере общего образования» (2020), «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи (2020)», «О рекомендациях по работе с гаджетами для школьников» (2024) и научные публикации.

Исследование «Цифровая трансформация в жизни студенчества» проведено Российским обществом социологов в 2023 г. в 29 городах России при участии сектора социальных проблем здоровья Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра (ФНИСЦ) РАН. В статье использованы данные опроса студентов очного отделения вузов ($n=8734$; 34% юношей, 66% девушек) [6].

Результаты исследования

Здоровье детей и роль родителей в освоении ЦУ

Сегодня большинство детей с раннего возраста использует игрушки, подключенные к интернету, голосовые помощники. Родители стремятся создать условия для максимально эффективного использования ребенком ЦУ и в то же время оградить его от опасностей. Исследования свидетельствуют о существующих у родителей проблемах в этой сфере и потребности в информации, которая могла бы помочь им в данном вопросе. В настоящее время родители вынуждены в проблемных случаях руководствоваться собственным опытом и интуицией, а не квалифицированными рекомендациями [7]. Их основная задача состоит в том, чтобы вооружить детей важной информацией о правилах безопасности при использовании ЦУ, а не занимать исключительно запретительную позицию. Достичь этого родители и взрослые члены семьи могут посредством обучения детей навыкам цифровой грамотности, безопасного цифрового поведения и формирования самоконтроля в процессе использования гаджетов. Принципиально важными являются выводы ряда исследований о значении личного опыта цифрового поведения родителей и взрослых членов семьи в качестве положительного примера для детей [8].

Наиболее распространенной родительской стратегией, касающейся взаимодействия детей с ЦУ, является ограничение времени, проводимого детьми с гаджетами. Продолжительность этого времени связывают с рисками для здоровья. Но, согласно данным исследований, подобные риски характерны только для детей с длительным периодом просмотра видеоконтента [9]. Более продуктивными считаются семейные правила об определенных временных рамках использования ЦУ, помощь в выполне-

нии установленного порядка. Выработка у детей подобных навыков поможет им научиться самостоятельно регулировать использование цифровых технологий и более позитивно относиться к ограничениям в связи с использованием гаджетов.

Рекомендации международных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO), Совет по здравоохранению Шотландии (Scottish Health Council, SHC), Канадское педиатрическое общество (Canadian Paediatric Society, CPS), Французская национальная медицинская академия (Académie Nationale de Médecine, AND), предлагают полностью исключить использование цифровых технологий детьми до 2 или до 3 лет. Другие рекомендации советуют детям 2—4 лет проводить перед экраном не более 60 мин в день при использовании контента, имеющего положительную направленность действий, учитывая склонность детей подражать увиденному [10—13].

Российские «Гигиенические нормативы и специальные требования к устройству, содержанию и режимам работы в условиях цифровой образовательной среды в сфере общего образования» более категоричны в своих выводах: по их мнению, детям до 5 лет не рекомендуется использовать ЦУ для учебы и развлечения [14]. Во всех рекомендациях акцентируется важность роли родителей как активных регуляторов использования технологий детьми.

Особенности школьного образования в аспекте использования ЦУ

Следующий возрастной этап связан со школьным обучением детей. Задача формирования комфортной, здоровой образовательной среды является одним из ключевых направлений государственной политики. В 2018 г. стартовал Приоритетный проект «Современная цифровая образовательная среда в Российской Федерации», позже были созданы «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» [15]. В том же году приняты «Гигиенические нормативы и специальные требования к устройству, содержанию и режимам работы в условиях цифровой образовательной среды в сфере общего образования», где отмечалось ухудшение состояния здоровья детей вследствие возросшего в последние годы использования электронных средств обучения. За время обучения в школе «на 15% увеличивается распространенность функциональных отклонений, а хронических болезней — на 53%. Среди выпускников почти каждый второй имеет функциональные нарушения зрения, а хронические глазные болезни (ХГБ) — каждый шестой. Причем частота ХГБ увеличилась за указанный период в 16 раз. Значительно распространены среди старшеклассников функциональные отклонения психической сферы и нервной системы, сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем». При этом, согласно документу, «новые образовательные цифровые технологии и их влияние на здоровье детей — не апробированы и не изучены» [14].

Эти выводы подтверждаются результатами аналитического исследования о развитии в российских школах цифровой образовательной среды за 2017—2021 гг. и данными по проекту «Мониторинг цифровой трансформации общеобразовательных организаций» (МЦТОО). В итоге был сделан вывод «о сохраняющихся рисках здоровью обучающихся со стороны ведущих функциональных систем их организма. Это указывает на необходимость продолжения мониторинговых исследований по оценке преобразований в системе общего образования в условиях его цифровой трансформации» [16]. Ученые ставят вопрос об остановке массового внедрения цифровых технологий на территории РФ до момента получения результатов широкомасштабных клинических исследований по изучению психофизиологических особенностей реагирования детей и подростков на массовую цифровизацию [17].

В настоящее время уменьшение рисков здоровью школьников и формирование культуры использования цифровых средств обучения рекомендуется реализовывать посредством взаимодействия педагогического и медицинского персонала школы. Практически это осуществляется включением в учебный процесс физических упражнений и гимнастики для глаз на всех уровнях обучения. Кроме того, руководителям образовательных организаций предложено пропагандировать и различными способами популяризировать наглядные информационные материалы по гигиеническим рекомендациям использования ЦУ. Развитию этой деятельности способствует информационно-просветительский сайт «Здоровая цифровая образовательная среда», адресованный учащимся, их родителям и педагогам, популяризирующий здоровый образ жизни применительно к особенностям цифровой среды [18].

Использование студентами ЦУ в связи с поведенческими показателями здоровья

Насколько эффективны существующие гигиенические нормативы и рекомендации по взаимодействию с ЦУ в школьной практике, мы попробовали оценить по результатам исследования следующей возрастной и статусной группы — студентов, которые участвовали в исследовании «Цифровая трансформация в жизни студенчества» Российского общества социологов в 2023 г. в 29 городах России [6]. Как известно, студенты испытывают высокую цифровую нагрузку вследствие интенсивной цифровизации образовательного процесса. Это повышает внимание исследователей к изучению влияния цифровых технологий на здоровье обучающихся в высшей школе. Актуальность изучения данной проблемы стала особенно очевидной по итогам дистанционного обучения во время коронавирусной пандемии, когда более чем у 60% студентов возросло число жалоб на головную боль, усталость и боль в области глаз, спины, шеи, заложенность и шум в ушах. Отмечались также жалобы на нервно-психическое напряжение студентов [19]. При этом число жалоб на самочувствие возрастает при увеличении време-

Здоровье и общество

ни использования ЦУ и отсутствию у пользователей рабочего места, оборудованного в соответствии с гигиеническими требованиями [20]. Достоверные различия также обнаружены при изучении остроты зрения студентов и школьников, соблюдающих и не соблюдающих гигиенические правила при работе с ЦУ [21].

Таким образом, игнорирование гигиенических рекомендаций при использовании ЦУ мы трактуем как поведенческий фактор риска здоровью, а соблюдение рекомендаций — как показатель гигиенической культуры их использования и самосохранительного поведения, направленных на поддержание здоровья пользователя.

Гигиенические рекомендации по работе с ЦУ

Правила и нормативы по использованию персональных компьютеров существуют с 2003 г., последующие изменения и дополнения вносились до 2021 г. [22, 23]. Цель всех рекомендаций специалистов — предупредить ухудшение самочувствия пользователей, их переутомление. Но эти документы адресованы руководителям организаций, педагогам, медикам, а не индивиду. Наличие в интернете многочисленных сайтов, направленных на повышение культуры использования ЦУ [24, 25], не является эквивалентом систематического образования, поэтому полученные в исследовании ответы можно трактовать как показатели общей культуры студентов (табл. 1).

Судя по полученным данным, наиболее внимательны респонденты к советам о необходимости перерывов в работе, регулированию яркости экрана и соблюдению рекомендуемого расстояния от лица до экрана монитора. При этом почти половина опрошенных не выполняют эти очевидные рекомендации. Более половины респондентов не беспокоятся о проветривании рабочего помещения с электронной аппаратурой, чем ухудшают условия своего труда. Остальные гигиенические рекомендации игнорирует еще большая доля опрошенных: $\frac{3}{4}$ не пользуются компьютерным креслом, которое снижает нагрузку на опорно-двигательный аппарат, $\frac{2}{3}$ следят за осанкой во время работы с ЦУ и столько

же не учитывают рекомендации о важности рассеянного освещения в рабочем помещении в вечернее время.

Что касается периодичности отдыха, то каждый час прерывают работу для отдыха 27,1% респондентов, каждые 2 ч — 36,9%, еще реже делают перерывы 22,9% и не делают их 13,2% опрошенных. Чем дольше студенты занимаются за компьютером (до 10 ч и более), тем больше среди них доля игнорирующих перерывы или делающих их редко. Приведенные цифры свидетельствуют о том, что для значительной доли респондентов характерны напряженный режим труда, информационные перегрузки, дискомфорт со стороны опорно-двигательного аппарата и сферы глазных мышц из-за длительного пребывания в статичной позе.

Пользование сотовыми телефонами, судя по сообщениям в информационном пространстве, может быть опасно для здоровья человека, особенно в детском возрасте [26]. Согласно данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), 76% респондентов 18—24 лет считают, что электромагнитное излучение сотовых телефонов «скорее негативно» или «негативно» влияет на здоровье человека [27]. По данным нашего исследования, $\frac{1}{4}$ респондентов не задумывались об ограничениях в связи с сотовыми телефонами. Те, что задумывались, чаще всего указывали на вариант ответа «отключаю Wi-Fi на телефоне, если он не нужен» (33,3%), «стараюсь меньше пользоваться мобильным телефоном/смартфоном/айфоном» (31,7%), «использую наушники/гарнитуру в целях уменьшения воздействия» (30,1%). Только 18,5% указали на сокращение разговоров до 2 мин, 15,8% — на удаление пользователем неиспользуемого телефона на расстояние не менее одного метра, 15,2% — на нежелательность прикосновения телефона к уху при разговоре, 9,3% — на ношение телефона в сумке, а не в кармане близко к телу.

В целом рекомендациям по работе с компьютером опрошенные студенты уделяют больше внимания, чем аналогичным советам применительно к средствам мобильной связи.

Среди источников знаний о правилах работы с компьютером, использованием средств мобильной связи, направленных на сохранение здоровья, респонденты на первое место поставили родителей, родственников (40,9%), на второе — преподавателей учебных заведений (38,8%), значительно реже указывали работников медицинских учреждений (21,2%), друзей, знакомых (16,5%), однокурсников (9,0%), виртуального помощника сервиса (7,8%). Более $\frac{1}{3}$ респондентов считают, что самостоятельно овладели гигиеническими правилами работы с ЦУ, а 5,6% ответили, что не знают эти правила. Никто не вспомнил школьные уроки информатики, где их должны были знакомить с гигиеническими рекомендациями по работе с ЦУ, хотя возможность для такого ответа у респондентов была.

Влияние семьи на выполнение рекомендаций сказалось таким образом, что студенты, указавшие

Таблица 1

Соблюдение студентами гигиенических рекомендаций по работе с компьютером/ноутбуком (в %)

| Рекомендация | Юноши | Девушки | Всего |
|--|-------|---------|-------|
| Экран монитора устанавливаю на расстоянии не менее 50 см от лица | 56,2 | 49,2 | 51,6 |
| Устанавливаю яркость экрана монитора, чтобы она не была максимальной | 47,2 | 55,0 | 52,3 |
| Слежу за осанкой, не сутулюсь | 40,5 | 31,6 | 34,6 |
| Делаю перерывы в работе за компьютером | 48,5 | 61,2 | 56,8 |
| В темное время суток работаю при рассеянном искусственном освещении | 32,4 | 33,5 | 33,1 |
| Регулярно проветриваю помещение, в котором работаю за компьютером | 46,6 | 42,7 | 44,0 |
| Использую компьютерное кресло | 33,7 | 23,3 | 26,8 |
| Использую специальные очки для работы за монитором | 11,2 | 13,6 | 12,8 |
| Не придерживаюсь никаких ограничений | 9,9 | 8,1 | 8,7 |

на родителей, родственников делают перерывы в работе с компьютером «ежечасно» (47,1%) или «раз в два часа» (45,8%). А те, кто не вспоминал о семье, устраивают такие перерывы «реже» (30%) или работают вообще «без перерывов» (25,1%).

Забота о здоровье, практики здорового образа жизни и рискованное поведение

Для установления зависимости между выполнением гигиенических рекомендаций по работе с ЦУ и отношением к здоровью рассматривалась частота выполнения этих рекомендаций студентами с разными установками на заботу о здоровье. Сложность трактовки этих ответов состоит в том, что представление респондентов относительно содержания понятия «забота о здоровье» недостаточно артикулировано в повседневной жизни. Указали, что заботятся о здоровье, 89% студентов, а не заботятся — 11%. Среди студентов, заботящихся о здоровье, больше доля выполняющих рекомендации по работе за компьютером/ноутбуком и мобильными средствами связи. Следят за осанкой во время работы за компьютером 37% заботящихся о своем здоровье против 15,7% не заботящихся. Аналогичны зависимости в ответе «стараюсь меньше пользоваться мобильным телефоном/смартфоном/айфоном» — 33,6 и 15,9% соответственно.

Важным показателем отношения к здоровью является интерес к информации о здоровом образе жизни (ЗОЖ). Используют интернет для поиска этой информации «ежедневно» 26,7% респондентов, «2—3 раза в неделю» — 29,6%, «1—2 раза в месяц или реже» — 33,8%, не ищут данную информацию 9,8%. Те, кто не интересуется информацией о ЗОЖ, заметно реже отмечали выполнение первых четырех рекомендаций из табл. 1. Значительно чаще выбирали эти рекомендации студенты, заинтересованные в информации о ЗОЖ. Среди студентов, которые следят за соблюдением рекомендованного расстояния до монитора, 59,9% «ежедневно» посещают сайты с информацией о ЗОЖ, 52,1% делают это «2—3 раза в неделю», и 41,5% «не интересуются информацией о ЗОЖ». Аналогичные зависимости характеризуют рекомендации по использованию средств мобильной связи.

Что касается практического воплощения интереса к ЗОЖ, т. е. физической активности студентов, то

74% опрошенных «ежедневно» или «2—3 раза» в неделю совершают прогулки свыше 3 км, 40,6% занимаются в спортивных секциях, 33,7% делают утреннюю зарядку, 25,6% уделяют время активным играм. Среди тех, кто «ежедневно» или «2—3 раза в неделю» практикует эти виды физической активности, выше процент использующих половину рекомендаций в связи со средствами мобильной связи.

Длительная работа студентов с различными ЦУ может привести к перенапряжению. В подобных случаях некоторые студенты используют вещества, позволяющие снять напряжение и стимулирующие работоспособность, несмотря на возможные риски для здоровья (табл. 2).

Как видим, наиболее распространенным способом борьбы с информационными перегрузками является употребление кофе. Во всех случаях при перегрузке в работе с ЦУ это средство используют 17,5% опрошенных, а «в отдельных случаях» более 40% справляются со стрессом с помощью кофе. При суммировании ответов «во всех или в большинстве случаев» и «в отдельных случаях» оказывается, что 28,3% студентов используют энергетики, 23,2% хватаются за сигарету, 20% предпочитают слабоалкогольные напитки, 13% — крепкое спиртное, 9,3% — антидепрессанты.

Самооценка здоровья и ее влияние на выполнение рекомендаций при работе с ЦУ

Самооценка здоровья (СЗ) как интегральный показатель включает не только информацию о наличии или отсутствии признаков заболевания, но и осознание своих возможностей, психологического благополучия и жизненных перспектив. Несмотря на то что субъективные оценки не считаются полностью надежными при оценке здоровья, отмечена высокая степень соответствия самооценок и объективных показателей здоровья — по данным медицинских карт совпадение с СЗ зафиксировано в 70—80% случаев [28].

Большая часть респондентов (48,1%; 50,2% девушек, 44,2% юношей) оценили свое здоровье как удовлетворительное, несколько меньше (43,6%; соответственно 42,2 и 46,3%) было ответов о хорошем здоровье; ответы о плохом здоровье составили 5,1% (соответственно 4,5 и 6,3%), и 3,2% опрошенных затруднились с оценкой состояния здоровья (в равных долях в каждой группе). Зависимость СЗ от соблюдения студентами гигиенических рекомендаций по работе с ЦУ представлена в табл. 3.

Очевидно, что респонденты с плохой СЗ менее остальных склонны соблюдать гигиенические рекомендации по использованию компьютера/ноутбука. Представленные данные свидетельствуют о том, что студенты с хорошей СЗ чаще, чем с удовлетворительной и плохой, отмечали важность дистанцирования от экрана на рекомендуемое расстояние, контроль за своей осанкой, регулярные перерывы в работе для отдыха. А студенты с плохой СЗ существенно реже уделяли внимание первым четырем рекомендациям, тогда как именно для этой категории

Таблица 2

Частота использования студентами различных средств при информационных перегрузках (в %)

| Показатель | Используемые средства | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------|--------------------------|----------|-----------------|------------|
| | кофе | крепкий алкоголь | слабоалкогольные напитки | сигареты | антидепрессанты | энергетики |
| Во всех или в большинстве случаев | 17,5 | 3,6 | 4,7 | 11,9 | 4,2 | 9,2 |
| В отдельных случаях | 26,4 | 9,4 | 15,3 | 11,3 | 5,1 | 19,1 |
| Никогда | 44,7 | 74,0 | 67,5 | 64,7 | 76,8 | 59,2 |
| Затрудняюсь ответить | 11,4 | 13,0 | 12,6 | 12,2 | 13,9 | 12,2 |

Таблица 3

Соблюдение студентами гигиенических рекомендаций по работе с компьютером/ноутбуком в зависимости от СЗ (в %)

| Рекомендация | СЗ | | |
|--|---------|--------------------|--------|
| | хорошее | удовлетворительное | плохое |
| Экран монитора устанавливаю на расстоянии не менее 50 см от лица | 57,5 | 48,6 | 38,9 |
| Устанавливаю яркость экрана монитора, чтобы она не была максимальной | 52,6 | 54,3 | 43,4 |
| Слежу за осанкой, не сутулюсь | 41,8 | 30,2 | 23,1 |
| Делаю перерывы в работе за компьютером | 58,6 | 58,3 | 43,8 |
| В темное время суток работаю при рассеянном искусственном освещении | 33,7 | 33,8 | 29,0 |
| Регулярно проветриваю помещение, в котором работаю за компьютером | 44,6 | 45,2 | 40,0 |
| Использую компьютерное кресло | 28,1 | 26,8 | 23,4 |
| Использую специальные очки для работы за монитором | 13,0 | 13,0 | 11,2 |
| Не придерживаюсь никаких ограничений | 7,0 | 8,5 | 11,5 |

респондентов важно их соблюдение, поскольку среди них больше всего работающих за компьютером более 10 ч в день. Они же заметно реже делают перерывы в работе «ежечасно» или «раз в 2 часа» (45,8% против 67,0% по всему массиву) и меньше, чем представители других групп по СЗ, стремятся сокращать пользование средствами мобильной связи (37,3% опрошенных с хорошей СЗ, 27,6% — с удовлетворительной, 27,2% — с плохой).

Для респондентов с плохой СЗ в большей степени характерно рискованное поведение в отношении здоровья. Они чаще стараются преодолеть информационные перегрузки посредством крепкого алкоголя (28,4% против 13% по всему массиву), причем «ежедневно» или «2—3 раза в неделю» употребляют крепкие алкогольные напитки (15,9% против 6,5% в целом по массиву), антидепрессанты (29,2% против 10% по массиву), не заботятся о здоровье (32,6% против 11,0% по массиву).

Обсуждение

В нынешних условиях интенсификации общения современного человека с различными видами ЦУ все большее значение для сохранения здоровья населения приобретает задача формирования культуры подобного общения. Реализация этого процесса должна осуществляться с первых лет жизни человека с учетом возрастных особенностей в рамках правил и рекомендаций по использованию ЦУ [29]. Значительная роль в этой работе отводится школе, ее педагогическому и медицинскому компонентам. Существующие в настоящий момент детальные санитарно-гигиенические правила и разработки целесообразно дополнить практическими рекомендациями по использованию ЦУ для представителей различных возрастных групп населения, особенно для детей и молодежи.

В настоящее время, судя по результатам исследования, почти половина студентов не выполняют простые рекомендации по работе с ЦУ, важные для профилактики утомления, ухудшения самочув-

ствия, поддержания работоспособности (о перерывах в работе, о регулировании яркости экрана и соблюдении рекомендуемого расстояния от лица до экрана монитора). Остальные гигиенические рекомендации игнорируют до 87% опрошенных. Во многом нормализации (рутинизации) длительной работы за компьютером способствовали и условия пандемии COVID-19, определившие переход на дистанционный (гибридный) формат обучения [30].

Что касается использования средств мобильной связи, то более 1/4 респондентов не задумываются об ограничениях при их применении, несмотря на информацию о возможном вредном влиянии. В целом рекомендациям по работе с компьютером опрошенные студенты уделяют больше внимания, чем аналогичным советам применительно к средствам мобильной связи.

Среди студентов, заботящихся о здоровье, больше доля выполняющих рекомендации по работе с ЦУ. Важную роль играет ориентированность студентов на ЗОЖ. Среди тех, кто «ежедневно» или «2—3 раза в неделю» практикует различные виды физической активности, больше процент использующих половину рекомендаций в связи со средствами мобильной связи. Наиболее распространенным способом борьбы студентов с информационными перегрузками является употребление кофе и энергетиков. Актуальна разработка профилактических мер по преодолению информационного стресса без использования стимулирующих средств.

Уровень СЗ респондентов влияет на выполнение гигиенических рекомендаций по использованию ЦУ. Чем выше уровень СЗ студентов, тем в меньшей степени для них характерно рискованное в отношении здоровья поведение. Роль семьи и педагогов в формировании гигиенической культуры использования ЦУ в настоящее время велика, но недостаточна. Повышение информированности молодых людей о важности соблюдения гигиенических рекомендаций при работе с ЦУ возможно за счет активизации действия различных средств массовой информации. Необходимо расширение списка источников знаний о правилах работы с компьютером, использования средств мобильной связи, направленных на сохранение здоровья. Существующие сегодня Рекомендации и Правила ориентированы преимущественно на руководителей различных учреждений, учителей, медиков [14, 15, 22]. Практические рекомендации для пользователей ЦУ не доводятся в систематизированном виде до сведения ни школьников, ни студентов.

Заключение

Взаимосвязь таких показателей здоровья, как СЗ, физическая активность, интерес к ЗОЖ и соблюдению гигиенических рекомендаций при работе с ЦУ, акцентирует важность работы в двух направлениях. Во-первых, необходимо повышение культуры общения с ЦУ всех возрастных категорий населения, но прежде всего детей, подростков и молодежи, путем популяризации гигиенических рекомендаций по ра-

боте со всеми видами этих устройств. Для этого целесообразно расширить перечень источников знаний о правилах работы с компьютером, использования средств мобильной связи, направленных на сохранение здоровья. Во-вторых, важно осознание значения заботы о здоровье, ориентации на ЗОЖ, ограничение поведенческих факторов риска, связанных с курением, употреблением алкоголя и энергетиков. Актуален также рост показателя СЗ населения, что позитивно отражается на восприятии всех параметров гигиенических рекомендаций.

Повышение культуры общения молодежи с ЦУ и более активная ориентация на позитивные показатели здоровья могут способствовать улучшению здоровья молодежи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Положихина М. А. Влияние цифровизации на безопасность: от индивидуума до социума. *Социальные новации и социальные науки*. 2020;(1):9—27. doi: 10.31249/snsn/2020.01.01
2. Денисов Э. И. Роботы, искусственный интеллект, дополненная и виртуальная реальность: этические, правовые и гигиенические проблемы. *Гигиена и санитария*. 2019;98(1):5—10.
3. Дружилов С. А. Гигиенические аспекты информационно-технологической зависимости человека в новой реальности. *Гигиена и санитария*. 2019;98(7):748—53.
4. Здравоохранение в России 2023. Статистический сборник. М.; 2023. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2023.pdf> (дата обращения 29.04.2024).
5. Здравоохранение в России 2015. Статистический сборник. М.; 2015.
6. Исследование «Цифровая трансформация в жизни студенчества». Российское общество социологов. Режим доступа: <https://www.ssa-rss.ru/> (дата обращения 29.04.2024).
7. Клопотова Е. Е., Смирнова С. Ю., Рубцова О. В., Сорокова М. Г. Доступность цифровых устройств детям дошкольного возраста: различия в родительских позициях. *Консультативная психология и психотерапия*. 2022;30(2):109—25. doi:10.17759/cpp.2022300207
8. Koran N., Berkmen B., Adalier A. Mobile technology usage in early childhood: PreCOVID-19 and the national lockdown period in North Cyprus. *Educ. Inform. Technol.* 2022;27:321—46. doi: 10.1007/s10639-021-10658-1
9. Livingstone S., Blum-Ross A. Parenting for a digital future: How hopes and fears about technology shape children's lives. Oxford: Oxford University Press; 2020. 274 p. doi:10.1093/oso/9780190874698.001.0001
10. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour, and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019. 36 p. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541170/> (дата обращения 29.04.2024).
11. Screen Time Leaflet. NHS Greater Glasgow and Clyde. 2020. Режим доступа: <https://www.nhs.uk/gsgc.org.uk/kids/resources/slt-activity-information-sheets/screen-time-leaflet/> (дата обращения 28.04.2024).
12. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world / Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. *Paediatr. Child Health*. 2017;22(8):461—8. doi:10.1093/pch/pxx123
13. Adès J., Agid Y., Bach J.-F. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans. Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques: Rapport 19-04. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2019;203(6):381—93. doi: 10.1016/j.banm.2019.06.004
14. Кучма В. Р., Седова А. С., Степанова М. И. Гигиенические нормативы и специальные требования к устройству, содержанию и режиму работы в условиях цифровой образовательной среды в сфере общего образования. М.: НИИЦ здоровья детей Минздрава России; 2020. 20 с. Режим доступа: https://mosmetod.ru/files/Doshkolniki/ZOS_21.07.2020.pdf (дата обращения 30.04.2024).
15. Санитарно-эпидемиологические требования к организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи. 2020. Режим доступа: https://www.rosпотребнадзор.ru/files/news/SP2.4.3648-20_deti.pdf (дата обращения 30.04.2024).
16. Кучма В. Р., Поленова М. А. Современное состояние цифровой среды в российских школах. В сб.: Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Гигиена и охрана здоровья детей и подростков: история и современность, взгляд в будущее», посвященной 115-летию организации научно-практической деятельности по охране здоровья детей в Санкт-Петербурге. СПб.: Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России; 2023. С. 83—5.
17. Чахнашвили М. Л., Иванов Д. В. Влияние цифровизации на здоровье детей и подростков. *Вестник новых медицинских технологий*. 2022;(3). Режим доступа: <https://ouzs.ru/upload/iblock/900/90060ebcc761c8effa6ba5e1d75061d1.pdf> (дата обращения 30.04.2024).
18. Лангуев К. А., Богомолова Е. С. Медико-профилактическое сопровождение учащихся в условиях цифровой образовательной среды. В сб.: Сборник трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Гигиена и охрана здоровья детей и подростков: история и современность, взгляд в будущее», посвященной 115-летию организации научно-практической деятельности по охране здоровья детей в Санкт-Петербурге. СПб.: Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России; 2023. С. 86—8.
19. Попов В. И., Милушкина О. Ю., Скоблина Н. А., Маркелова С. В., Соколова Н. В., Дементьев А. А. Поведенческие риски здоровью студентов в период проведения дистанционного обучения. *Гигиена и санитария*. 2020;99(8):854—60.
20. Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю., Татаринчик А. А., Федотов Д. М. Место гаджетов в образе жизни современных школьников и студентов. *Здоровье населения и среда обитания*. 2017;7(292):41—3.
21. Скоблина Н. А., Попов В. И., Еремин А. Л., Маркелова С. В., Милушкина О. Ю., Обрубов С. А., Цамерян А. П. Риски развития болезней глаза и его придаточного аппарата у обучающихся в условиях нарушения гигиенических правил использования электронных устройств. *Гигиена и санитария*. 2021;100(3):279—84.
22. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 3 июня 2003 г. № 118 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.2.2/2.4.1340—03». Режим доступа: https://stavs36.ru/doc/post_306_2003.pdf (дата обращения 30.04.2024).
23. «О рекомендациях по работе с гаджетами для школьников.» Режим доступа: https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=17008 (дата обращения 30.04.2024).
24. «Профилактика вредного влияния мобильного телефона.» Режим доступа: https://medaboutme.ru/articles/profilaktika_vrednogo_vliyaniya_mobilnogo_telefona/ (дата обращения 30.04.2024).
25. «Офтальмолог рассказал, на каком расстоянии можно сидеть за компьютером без вреда для зрения.» 2021. Режим доступа: https://news.rambler.ru/internet/47527437/?utm_content=news_media&utm_medium=read_more&utm_source=corylink (дата обращения 30.04.2024).
26. «В Роспотребнадзоре заявили об опасности всех сотовых телефонов». *Newz.ru*/23/09/2023. Режим доступа: <https://news.ru/society/v-rosпотребnadzore-zayavili-ob-opasnosti-vseh-sotovyyh-telefonov/> (дата обращения 30.04.2024).
27. «Сотовые телефоны: чего боятся абоненты?». ВЦИОМ. 14.06.2010. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/sotovyte-telefonyye-chego-boyatsya-abonenty> (дата обращения 30.04.2024).
28. Сенаторова О. В., Кузнецов В. А., Труфанов А. С. Отношение к здоровью и профилактика заболеваний — как показатель общественного здоровья. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(1):156—60.
29. 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—6. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-141-146
30. Решетников А. В., Присяжная Н. В., Вяткина Н. Ю. Переход на дистанционный формат обучения в медицинском вузе: мнение

Здоровье и общество

студентов о трансформации учебного процесса в начале пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):364–70. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-364-370

Поступила 22.05.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

- Polozhihina M. A. The impact of digitalization on security: from individual to society. *Sotsial'nye novatcii i sotsial'nye nauki*. 2020;(1):9–27. doi: 10.31249/snsn/2020.01.01 (in Russian).
- Denisov Je. I. Robots, artificial intelligence, augmented and virtual reality: ethical, legal and hygienic problems. *Gigiena i sanitarija*. 2019;98(1):5–10 (in Russian).
- Druzhilov S. A. Hygienic aspects of human information technology dependence in the new reality. *Gigiena i sanitarija*. 2019;98(7):748–53 (in Russian).
- Healthcare in Russia 2023. Statistical digest. Moscow; 2023. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (accessed 29.04.2024) (in Russian).
- Healthcare in Russia 2015. Statistical Digest. Moscow; 2015 (in Russian).
- Study “Digital Transformation in the Life of Students”. Russian Society of Sociologists. Available at: <https://www.ssa-rss.ru/> (accessed 29.04.2024) (in Russian).
- Klopotova E. E., Smirnova S. Ju., Rubcova O. V., Sorokova M. G. Availability of Digital Devices to Preschool Children: Differences in Parental Positions. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija*. 2022;30(2):109–25. doi: 10.17759/cpp.2022300207 (in Russian).
- Koran N., Berkmen B., Adalier A. Mobile technology usage in early childhood: PreCOVID-19 and the national lockdown period in North Cyprus. *Educat. Inform. Technol.* 2022;27:321–46. doi: 10.1007/s10639-021-10658-1
- Livingstone S., Blum-Ross A. Parenting for a digital future: How hopes and fears about technology shape children's lives. Oxford: Oxford University Press; 2020. 274 p. doi: 10.1093/oso/9780190874698.001.0001
- Guidelines on physical activity, sedentary behaviour, and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019. 36 p. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541170/> (accessed 29.04.2024).
- Screen Time Leaflet. NHS Greater Glasgow and Clyde. 2020. Available at: <https://www.nhsggc.org.uk/kids/resources/slt-activityinformation-sheets/screen-time-leaflet/> (accessed 28.04.2024).
- Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world / Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. *Paediatr. Child Health*. 2017;22(8):461–8. doi:10.1093/pch/pxx123
- Adès J., Agid Y., Bach J.-F. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans. Appel a une vigilance raisonnée sur les technologies numériques: Rapport 19-04. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2019;203(6):381–93. doi: 10.1016/j.banm.2019.06.004
- Kuchma V. R., Sedova A. S., Stepanova M. I. Hygienic standards and special requirements for the design, maintenance and operating modes in the digital educational environment in the field of general education. Moscow: National Medical Research Center for Children's Health, Ministry of Health of the Russian Federation; 2020. 20 p. Available at: https://mosmetod.ru/files/Doshkolniki/ZOS_21.07.2020.pdf (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- Sanitary and epidemiological requirements for the organization of education and training, recreation and health improvement of children and youth. 2020. Available at: https://www.rosпотребнадзор.ru/files/news/SP2.4.3648-20_deti.pdf (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- Kuchma V. R., Polenova M. A. The current state of the digital environment in Russian schools. In: Collection of works of the full-time and part-time All-Russian scientific and practical conference with international participation “Hygiene and health protection of children and adolescents: history and modernity, a look into the future”, dedicated to the 115th anniversary of the organization of scientific and practical activities to protect children's health in St. Petersburg. St. Petersburg: Publishing house of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russian Federation; 2023. P. 83–5 (in Russian).
- Chakhnashvili M. L., Ivanov D. V. The Impact of Digitalization on the Health of Children and Adolescents. *Bulletin of New Medical Technologies*. 2022;(3). Available at: <https://ouzs.ru/upload/iblock/900/90060ebcc761c8effa6ba5e1d75061d1.pdf> (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- Languev K. A., Bogomolova E. S. Medical and Preventive Support for Students in the Digital Educational Environment. In: Collection of works of the full-time and part-time All-Russian scientific and practical conference with international participation “Hygiene and Health Protection of Children and Adolescents: History and Modernity, a Look into the Future”, dedicated to the 115th anniversary of the organization of scientific and practical activities to protect children's health in St. Petersburg. St. Petersburg: Publishing house of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russian Federation; 2023. P. 86–8 (in Russian).
- Popov V. I., Milushkina O. Ju., Skoblina N. A., Markelova S. V., Sokolova N. V., Dement'ev A. A. Behavioral risks to students' health during distance learning. *Gigiena i sanitarija*. 2020;99(8):854–60 (in Russian).
- Skoblina N. A., Milushkina O. Ju., Tatarinchik A. A., Fedotov D. M. The place of gadgets in the lifestyle of modern schoolchildren and students. *Zdorov'e naselenija i sreda obitanija*. 2017;7(292):41–3 (in Russian).
- Skoblina N. A., Popov V. I., Eremin A. L., Markelova S. V., Milushkina O. Ju., Obrubov S. A., Camerjan A. P. Risks of developing diseases of the eye and its adnexa in students in conditions of violation of hygienic rules for the use of electronic devices. *Gigiena i sanitarija*. 2021;100(3):279–84 (in Russian).
- Resolution of the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation of June 3, 2003 No. 118 “On the introduction of sanitary and epidemiological rules and regulations SanPiN 2.2.2/2.4.1340-03”. Available at: https://stavs36.ru/doc/post_306_2003.pdf (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- “On recommendations for working with gadgets for schoolchildren”. Available at: https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=17008 (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- “Prevention of the harmful effects of mobile phones”. Available at: https://medaboutme.ru/articles/profilaktika_vrednogo_vliyanija_mobilnogo_telefona/ (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- “An ophthalmologist explained at what distance you can sit at a computer without harming your eyesight”. 2021. Available at: https://news.rambler.ru/internet/47527437/?utm_content=news_media&utm_medium=read_more&utm_source=copypink (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- “Rosпотребнадзор announced the danger of all cell phones”. *News.ru*/23/09/2023. Available at: <https://news.ru/society/v-rosпотребnadzore-zayavili-ob-opasnosti-vseh-sotovyyh-telefonov/> (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- “Cell phones: what are subscribers afraid of?”. VTsIOM. 06/14/2010. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/sotovye-telefony-chego-boyatsya-abonenty> (accessed 30.04.2024) (in Russian).
- Senatorova O. V., Kuznecov V. A., Trufanov A. S. Attitude to health and disease prevention — as an indicator of public health. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika*. 2019;18(1):156–60 (in Russian).
- Chicherin L. P., Shchepin V. O. Decade of childhood in Russia: legal support for health protection using information technologies. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny*. 2024;32(2):141–6. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-141-146 (in Russian).
- Reshetnikov A. V., Prisyazhnaya N. V., Vyatkina N. Yu. Transition to distance learning in a medical university: students' opinions on the transformation of the educational process at the beginning of the COVID-19 pandemic. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny*. 2022;30(3):364–70. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-364-370 (in Russian).

Гайдаров Г. М., Макарова А. Е.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ МЕТОДИКИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

ФБГОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, г. Иркутск

Разработанная нами методика персонафицированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов внедрена в деятельность ряда подразделений патолого-анатомической службы Иркутской области, включая патолого-анатомическое отделение ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1». С целью оценки эффективности новой методики был проведен сравнительный анализ объемов нагрузки, выполненной врачами-патологоанатомами, с расчетной эталонной нагрузкой, за два периода — до использования новой методики, и после ее внедрения. Установлено, что в течение 2017—2019 гг., до внедрения новой методики, несоответствие между выполненной врачами нагрузкой и ее расчетной величиной превышало у отдельных специалистов 40%. Внедрение новой методики привело к значительному, до 10 раз, снижению величины несоответствия между реально выполненной врачами нагрузкой и ее эталонным значением, в результате чего в настоящее время данное несоответствие в среднем не превышает 4% у большинства специалистов. Использование *t*-критерия Стьюдента для сопоставления величины несоответствия выполненной врачами-патологоанатомами нагрузки эталонному значению за два сравниваемых периода также позволило установить статистическую значимость данных различий в отношении большинства врачей ($p < 0,05$), что служит обоснованием эффективности и целесообразности новой методики.

Ключевые слова: врачи; патологоанатомы; медицинские кадры; нагрузка; эффективность; персонафицированный учет.

Для цитирования: Гайдаров Г. М., Макарова А. Е. Оценка эффективности новой методики персонафицированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):912—917. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-912-917>

Для корреспонденции: Гайдаров Гайдар Мамедович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФБГОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», e-mail: gaigai-fk@yandex.ru

Gaydarov G. M., Makarova A. E.

THE EVALUATION OF EFFICIENCY OF NEW METHODOLOGY OF PERSONIFIED REGISTRATION AND DISTRIBUTION OF WORKLOAD OF PATHOANATOMISTS

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 664003, Irkutsk, Russia

The original methodology developed by authors for personalized registration and distribution of workload of pathologists is implemented into a number of departments of pathological-anatomic service of the Irkutsk Oblast, including pathological-anatomic department of the Oblast State Budget Institution “The Irkutsk Municipal Clinical Hospital № 1”. In order to evaluate efficiency of new methodology comparative analysis of workload volumes performed by pathologists with calculated standard workload was carried out for two periods i.e before application of new methodology and after its implementation. It is established that in 2017–2019 before implementation of new methodology, discrepancy between workload performed by physicians and its calculated value exceeded 40% in some specialists. The implementation of new methodology resulted in significant, up to 10-fold, decreasing of discrepancy between workload practically performed by physicians and its standard value. As a result, actually this discrepancy on average does not exceed 4% in most specialists. The application of the Student's *t*-test to compare value of discrepancy between workload performed by pathologists for two compared periods also permitted to establish statistical significance of given differences related to majority of physicians ($p < 0.05$) that serves as justification of efficiency and reasonability of new methodology.

Keywords: physician; pathologist; medical personnel; workload; efficiency; personalized registration.

For citation: Gaydarov G. M., Makarova A. E. The evaluation of efficiency of new methodology of personified registration and distribution of workload of pathoanatomists. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):912–917 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-912-917>

For correspondence: Gaydarov G. M., doctor of medical sciences, professor, the Head 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: gaigai-fk@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.04.2024
Accepted 15.08.2024**Введение**

В настоящее время система нормирования труда в здравоохранении нуждается в совершенствовании [1]. При этом именно нормирование труда может выступать как эффективный многоплановый инструмент управления персоналом медицинской организации [2]. Новые перспективы развития про-

цесса внутриорганизационного нормирования труда заложены в использовании современных цифровых технологий [3, 4].

Существующий в Российской Федерации дефицит врачей различных специальностей наиболее выражен среди врачей-патологоанатомов. Сложившаяся ситуация приводит к существенному увеличению нагрузки на работающих специалистов, каж-

дый из которых в среднем выполняет ее в объеме 4,6 ставочной нормы [5]. Это повышает актуальность эффективного распределения нагрузки между врачами-патологоанатомами, работающими на базе отдельно взятого патолого-анатомического отделения или бюро.

Ранее не существовало эффективной методики распределения нагрузки, что усложнялось наличием нескольких категорий сложности каждого из двух основных видов профессиональной деятельности врачей данной специальности: посмертных патолого-анатомических исследований и прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного или операционного материала. Выполненные нами исследования позволили разработать методику персонифицированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов [6]. Данная методика основана на использовании штатных нормативов, утвержденных Минздравом России¹. Для реализации предложенной методики нами было разработано соответствующее программное обеспечение [7], зарегистрированное в качестве объекта интеллектуальной собственности в Роспатенте [8].

В настоящее время методика и ее программное обеспечение внедрены в ряде медицинских организаций и подразделений патолого-анатомической службы Иркутской области. Однако для их дальнейшего внедрения требуется произвести оценку их эффективности. Традиционные подходы к оценке эффективности в здравоохранении, основанные на анализе медицинской, социальной и экономической эффективности, в этой ситуации неприменимы [9]. Это обуславливает поиск других подходов к решению данной задачи. С одной стороны, важные сведения об эффективности и целесообразности применения предложенной методики могут быть получены с использованием социологического метода исследования при изучении мнения самих врачей-патологоанатомов, нагрузка которых распределяется в соответствии с новой методикой. С другой стороны, важным объективным критерием эффективности новой методики могут стать результаты сравнительного анализа объемов нагрузки, выполненной врачами, с расчетной эталонной нагрузкой, проведенного за два периода — до использования новой методики, и после ее внедрения. Потребность в оценке эффективности новой методики обуславливает актуальность данного подхода, реализованного в настоящем исследовании.

Целью исследования стала оценка эффективности методики персонифицированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов в медицинской организации, основанная на результатах сравнительного анализа объемов выполненной врачами нагрузки с расчетной эталонной нагрузкой, за период до использования новой методики и после ее внедрения.

Материалы и методы

Базой исследования стало патолого-анатомическое отделение ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1» (ПАО ИГКБ № 1), имеющее к настоящему времени наибольший по продолжительности (с 2020 г.) опыт использования предложенной нами методики персонифицированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов в медицинской организации (новая методика). В результате развития в России пандемии COVID-19 возросшая нагрузка врачей-патологоанатомов стала одной из причин ускоренного внедрения новой методики в ПАО ИГКБ № 1.

С помощью специально разработанных статистических карт фиксировались объемы нагрузки, выполненной каждым из врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1, за два сравниваемых периода — до внедрения рассматриваемой методики (в течение 2017—2019 гг.) и после ее внедрения (за период 2021—2023 гг.). При этом распределение нагрузки между врачами ПАО в 2020 г. не анализировалось, поскольку данный год являлся переходным в отношении ее внедрения. Объемы нагрузки, выполненной врачами-патологоанатомами, оценивались с учетом сложности каждого из двух основных видов профессиональной активности врачей данной специальности: посмертных патолого-анатомических исследований, или патолого-анатомических вскрытий (далее — вскрытия), и прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного или операционного материала (далее, независимо от конкретного вида, — биопсии), каждый из которых подразделяли на пять категорий сложности в соответствии с критериями, изложенными в приказах Минздрава России от 06.06.2013 № 354н² и от 24.03.2016 № 179н³.

Далее на основе полученных данных с использованием предложенной нами методики производили интегральную оценку нагрузки, выполненной каждым из врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1, что позволило представить ее в виде сопоставимых величин, а именно в числе биопсий I категории сложности [6]. Применение предложенной методики позволило количественно оценить, насколько нагрузка каждого врача-патологоанатома перевыполнена или выполнена недостаточно относительно эталонного значения, определяемого как часть общей нагрузки ПАО, пропорциональная числу занимаемых данным врачом должностей (ставок). Сравнение полученных в результате значений осуществляли с помощью *t*-критерия Стьюдента для оценки достоверности различий двух выборочных совокупностей. Различия считались статистически значимыми при $t=2$ и выше (уровень значимости $p<0,05$).

²Приказ Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

³Приказ Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований».

¹Приказ Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований».

Таблица 1

Основные показатели, характеризующие кадры врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1 за 2017—2023 гг. (в абс. ед.)

| Показатель | Год | | | | | | | Темп прироста за 2017—2023 гг. |
|--|------|------|------|------|------|------|------|--------------------------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | |
| Число штатных должностей | 21,0 | 21,0 | 21,0 | 21,0 | 20,0 | 21,0 | 21,0 | 0 |
| Число занятых должностей | 21,0 | 21,0 | 21,0 | 21,0 | 8,5 | 11,5 | 11,5 | -45,2 |
| Число физических лиц | 7 | 7 | 6 | 6 | 8 | 8 | 9 | +28,6 |
| Коэффициент укомплектованности, % | 100 | 100 | 100 | 100 | 42,5 | 54,8 | 54,8 | -45,2 |
| Коэффициент совместительства | 3,00 | 3,00 | 3,50 | 3,50 | 1,06 | 1,44 | 1,28 | -57,3 |
| Коэффициент укомплектованности без учета совместительства, % | 33,3 | 33,3 | 28,6 | 28,6 | 40,0 | 38,1 | 42,9 | +28,8 |

Результаты исследования

Табл. 1 демонстрирует динамику показателей, характеризующих врачебные кадры ПАО ИГКБ № 1 за период 2017—2023 гг.

Из данных табл. 1 видно, что в ПАО ИГКБ № 1 с 2017 г. число штатных должностей врачей-патологоанатомов остается неизменным. Однако число занятых должностей существенно сократилось с 2021 г. При этом число физических лиц в течение всего исследуемого периода было невелико: от шести в 2019 и 2020 гг. до девяти в 2023 г. В результате значение коэффициента укомплектованности в 2023 г. в ПАО ИГКБ № 1 лишь немногим превышало 50% (в целом по Иркутской области — 71,4%, по РФ в 2022 г. — 74,4%), хотя коэффициент совместительства ниже, чем в регионе и РФ (1,71 и 1,67 соответственно), а коэффициент укомплектованности без учета совместительства (укомплектованности физическими лицами) имеет сходный уровень (41,9 и 44,5% соответственно). В динамике на фоне почти двукратного снижения коэффициента укомплектованности врачами-патологоанатомами в ПАО ИГКБ № 1 отмечено не менее выраженное снижение коэффициента совместительства, а также возрастание коэффициента укомплектованности физическими лицами.

Несмотря на наличие положительных тенденций в состоянии врачебных кадров ПАО ИГКБ № 1, определяющим фактором качества их профессиональной деятельности является их нагрузка.

В табл. 2 представлены объемы нагрузки, выполненной врачами-патологоанатомами ПАО ИГКБ № 1 за период 2017—2023 гг. в разрезе двух ее видов и категорий сложности каждого из них, а также общая нагрузка, выраженная в числе биопсий I категории сложности, рассчитанная с использованием предложенной нами методики.

Из табл. 2 следует, что на базе ПАО ИГКБ № 1 не осуществляются вскрытия I категории сложности (без гистологического исследования). В числе посмертных патолого-анатомических исследований преобладают вскрытия IV категории сложности (в 2023 г. они составили 60,0% всех вскрытий), далее — V (18,7%) и II (12,8%). Наименьшей в структуре вскрытий была доля вскрытий III категории сложности (8,5%). В структуре прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного или операционного материала в 2023 г. наибольший удельный вес принадлежал биопсиям V категории

(56,5%), затем — IV (19,7%), II (12,8%) и I (6,6%), а самыми малочисленными были биопсии III категории сложности (4,5%).

В динамике за период с 2017 г. число вскрытий возросло почти на $\frac{1}{3}$, наиболее существенно — вскрытий V и IV категорий сложности при снижении количества вскрытий II и III категорий. За аналогичный период суммарное число биопсий снизилось, однако при этом весьма значительно, в 2,5 раза, возросло число выполняемых на базе ПАО ИГКБ № 1 наиболее сложных биопсий V категории.

В следующих таблицах приведены результаты анализа нагрузки врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1 до внедрения предложенной нами методики персонализированного учета и распределения нагрузки врачей, за период 2017—2019 гг. (табл. 3) и за период 2021—2023 гг., когда методика была внедрена (табл. 4).

В данных таблицах приведено среднегодовое число должностей (ставок), занимаемых каждым врачом-патологоанатомом. Потребность в его рас-

Таблица 2

Нагрузка врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1 за период 2017—2023 гг. (в абс. ед.)

| Категория сложности | Год | | | | | | | Темп прироста за 2017—2023 гг., % |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | |
| Патолого-анатомические вскрытия | | | | | | | | |
| I | — | — | — | — | — | — | — | — |
| II | 195 | 182 | 262 | 135 | 172 | 181 | 149 | -23,6 |
| III | 143 | 149 | 146 | 94 | 195 | 75 | 99 | -30,8 |
| IV | 410 | 230 | 465 | 483 | 398 | 611 | 700 | +70,2 |
| V | 108 | 97 | 82 | 445 | 789 | 464 | 218 | +101,9 |
| Всего... | 856 | 658 | 955 | 1 157 | 1 554 | 1 331 | 1 166 | +36,2 |
| Прижизненные патолого-анатомические исследования | | | | | | | | |
| I | 1 166 | 1 101 | 1 045 | 619 | 829 | 1 227 | 1 451 | +24,4 |
| II | 3 115 | 3 030 | 2 863 | 1 633 | 2 224 | 2 872 | 2 815 | -9,6 |
| III | 1 530 | 1 744 | 3 043 | 641 | 688 | 993 | 982 | -35,8 |
| IV | 16 216 | 15 962 | 11 987 | 4 830 | 4 331 | 4 315 | 4 342 | -73,2 |
| V | 3 470 | 5 033 | 5 145 | 3 169 | 7 388 | 10 488 | 12 434 | +258,3 |
| Всего... | 25 497 | 26 870 | 24 083 | 10 892 | 15 460 | 19 895 | 22 024 | -13,6 |
| Общая нагрузка* | | | | | | | | |
| Общая нагрузка* | 41 947 | 42 718 | 40 770 | 25 144 | 36 046 | 40 403 | 42 068 | +0,3 |

Примечание. * — суммарная нагрузка по обоим видам профессиональной активности врачей-патологоанатомов (вскрытия и биопсии), выраженная в числе биопсий I категории сложности, рассчитанная на основе предложенной методики.

Здоровье и общество

Таблица 3

Нагрузка врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1» до внедрения предложенной методики, за 2017—2019 гг. (в абс. ед.)

| Показатель | Врач 1 | Врач 2 | Врач 3 | Врач 4 | Врач 5 | Врач 6 | Врач 7 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2017 г. | | | | | | | |
| Число ставок * | 3,8 | 3,4 | 3,3 | 3,1 | 2,9 | 2,7 | 1,9 |
| Выполненная нагрузка ** | 5 471 | 5 548 | 5 490 | 8 576 | 5 186 | 6 751 | 4 925 |
| Эталонная нагрузка *** | 7 610 | 6 871 | 6 492 | 6 092 | 5 693 | 5 353 | 3 835 |
| Несоответствие нагрузки эталонному значению, % | -28,1 | -19,3 | -15,4 | +40,8 | -8,9 | +26,1 | +28,4 |
| 2018 г. | | | | | | | |
| Число ставок | 3,7 | 3,5 | 3,3 | 3,1 | 2,8 | 2,5 | 2,1 |
| Выполненная нагрузка | 5 542 | 5 719 | 5 624 | 8 858 | 5 151 | 6 446 | 5 378 |
| Эталонная нагрузка | 7 567 | 7 018 | 6 611 | 6 347 | 5 736 | 5 167 | 4 272 |
| Несоответствие нагрузки эталонному значению, % | -26,8 | -18,5 | -14,9 | +39,6 | -10,2 | +24,8 | +25,9 |
| 2019 г. | | | | | | | |
| Число ставок | 4,2 | 3,4 | 3,5 | 3,7 | 3,1 | 3,1 | — |
| Выполненная нагрузка | 5 972 | 6 122 | 5 691 | 10 062 | 5 399 | 7 524 | — |
| Эталонная нагрузка | 8 096 | 6 620 | 6 814 | 7 261 | 5 941 | 6 038 | — |
| Несоответствие нагрузки эталонному значению, % | -26,2 | -7,5 | -16,5 | +38,6 | -9,1 | +24,6 | — |

Примечания. Здесь и в табл. 4: * — среднегодовое число занимаемых врачом должностей (ставок); ** — общая нагрузка, выполненная врачом за год, выраженная в числе биопсий I категории сложности; *** — общая расчетная нагрузка, определяемая как часть общей нагрузки ПАО, пропорциональная числу занимаемых врачом должностей (ставок).

чете обусловлена тем фактом, что число занимаемых каждым врачом ставок в течение года не является постоянным. Между тем его учет обязателен для объективного и точного расчета эталонной нагрузки, которую каждый врач-патологоанатом должен выполнить в течение года с учетом сложности вскрытий и биопсий, что позволяет осуществить предложенная нами методика. Среднегодовое число должностей (ставок) рассчитывалось пропорцио-

нально отработанному времени. К примеру, врач-патологоанатом из 210 рабочих дней в году с учетом внутреннего совместительства занимал 1,0 ставки, в то время как оставшиеся за вычетом очередного отпуска 90 рабочих дней он занимал 1,5 ставки. Тогда среднегодовое число занимаемых данным врачом ставок может быть определено, как $(120 \text{ дней} \times 1,0 \text{ ставки} + 90 \text{ дней} \times 1,5 \text{ ставки}) / 210 \text{ дней} = 1,2 \text{ ставки}$.

Из данных табл. 3 видно, что в ПАО ИГКБ № 1 в 2017 и 2018 гг. число врачей-патологоанатомов составляло семь, в 2019 г. — на одного меньше. Наряду с занимаемым каждым из них среднегодовым числом ставок приводится выполненная им за год общая нагрузка, выраженная в числе биопсий I категории сложности, рассчитанная с использованием предложенной методики. Для сравнения приведены результаты расчета эталонной нагрузки, определяемой как часть общей нагрузки ПАО, пропорциональной числу занимаемых конкретным врачом-патологоанатомом ставок. Эталонная нагрузка также представлена в числе биопсий I категории сложности. Далее в табл. 3 приведена выраженная в процентах величина несоответствия реально выполненной врачом нагрузки ее эталонному значению. Данная величина принимает положительное значение, если нагрузка врачом перевыполнена, и наоборот. Обращает на себя внимание значительный уровень данной величины у большинства врачей в течение 2017—2019 гг. Также можно отметить, что величина несоответствия реально выполненной нагрузки ее эталонному значению, принимающая в течение рассматриваемого периода значения от почти -30% до +40%, имеет повышенный уровень у одних и тех же специалистов, приводя к их значительной перегрузке в течение продолжительного времени.

Сравнивая данные табл. 4 с данными предыдущей таблицы, можно отметить увеличение численности врачебного персонала ПАО ИГКБ № 1. В 2023 г. в ПАО был принят еще один врач, данные по которому не приводятся в табл. 4 для избегания громоздкости. Данный врач-патологоанатом, среднегодовое число ставок у которого составило в 2023 г. 0,81, выполнил нагрузку, соответствующую по объе-

Таблица 4

Нагрузка врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1» после внедрения предложенной методики, за 2021—2023 гг. (в абс. ед.)

| Показатель | Врач 1 | Врач 2 | Врач 3 | Врач 4 | Врач 5 | Врач 6 | Врач 7 | Врач 8 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2021 г. | | | | | | | | |
| Число ставок * | 1,2 | 1,5 | 1,2 | 1,0 | 1,2 | 1,1 | 0,7 | 0,7 |
| Выполненная нагрузка ** | 4 875 | 6 104 | 5 064 | 4 257 | 5 042 | 4 672 | 3 150 | 2 882 |
| Эталонная нагрузка *** | 5 004 | 6 276 | 4 877 | 4 410 | 5 174 | 4 495 | 3 053 | 2 756 |
| Несоответствие нагрузки эталонному значению, % | -2,6 | -2,7 | +3,8 | -3,5 | -2,6 | +3,9 | +3,2 | +4,6 |
| 2022 г. | | | | | | | | |
| Число ставок | 1,2 | 1,9 | 1,5 | 2,1 | 1,9 | 1,1 | 0,8 | 1,1 |
| Выполненная нагрузка | 4 202 | 6 635 | 5 039 | 7 474 | 6 675 | 3 824 | 2 548 | 4 006 |
| Эталонная нагрузка | 4 146 | 6 746 | 5 235 | 7 237 | 6 781 | 3 759 | 2 635 | 3 865 |
| Несоответствие нагрузки эталонному значению, % | +1,4 | -1,6 | -3,7 | +3,3 | -1,6 | +1,7 | -3,3 | +3,6 |
| 2023 г. | | | | | | | | |
| Число ставок | 1,2 | 1,9 | 1,4 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,2 |
| Выполненная нагрузка | 4 214 | 6 642 | 4 977 | 5 766 | 3 703 | 5 599 | 3 500 | 4 579 |
| Эталонная нагрузка | 4 353 | 6 804 | 5 194 | 5 633 | 3 658 | 5 377 | 3 658 | 4 426 |
| Несоответствие нагрузки эталонному значению, % | -3,2 | -2,4 | -4,2 | +2,4 | +1,2 | +4,1 | -4,3 | +3,5 |

Сравнительный анализ объемов нагрузки врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1 до и после внедрения предложенной методики ее персонализированного учета и распределения

| Врач № | Суммарно за 2017—2019 гг. | | | Суммарно за 2021—2023 гг. | | | Доверительный коэффициент <i>t</i> | Уровень значимости |
|--------|---------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------|
| | выполненная нагрузка | эталонная нагрузка | несоответствие, % | выполненная нагрузка | эталонная нагрузка | несоответствие, % | | |
| 1 | 16 985 | 23 273 | -27,0 | 13 291 | 13 503 | -1,6 | 5,1 | <i>p</i> <0,05 |
| 2 | 17 389 | 20 509 | -15,2 | 19 381 | 19 826 | -2,2 | 2,5 | <i>p</i> <0,05 |
| 3 | 16 805 | 19 917 | -15,6 | 15 080 | 15 306 | -1,5 | 2,8 | <i>p</i> <0,05 |
| 4 | 27 496 | 19 700 | +39,6 | 17 497 | 17 280 | +1,3 | 8,0 | <i>p</i> <0,05 |
| 5 | 15 736 | 17 370 | -9,4 | 15 420 | 15 613 | -1,2 | 1,6 | <i>p</i> >0,05 |
| 6 | 20 721 | 16 558 | +25,1 | 14 095 | 13 631 | +3,4 | 4,4 | <i>p</i> <0,05 |
| 7 | 10 303 | 8 107 | +27,1 | 9 198 | 9 346 | -1,6 | 5,8 | <i>p</i> <0,05 |
| 8 | — | — | — | 11 467 | 11 047 | +3,8 | — | — |
| 9 | — | — | — | 3 088 | 2 963 | +4,2 | — | — |

Примечание. Проверк означает, что в течение данного периода отсутствовали врачи-патологоанатомы с условными номерами больше 7-го (число врачей-патологоанатомов не превышало 7).

му 3088 биопсий I категории сложности при расчетной эталонной ее величине 2963 биопсии, превысив таким образом свою нагрузку на 4,2%. Кроме того, из табл. 4 видно значительное снижение коэффициента совместительства врачей, точнее, среднегодового числа занимаемых ими ставок в течение 2021—2023 гг. по сравнению с периодом 2017—2019 гг. Эти процессы стали следствием реализации запланированных администрацией данной медицинской организации мер, направленных на решение проблемы кадрового дефицита в ПАО.

Однако с научной точки зрения больший интерес представляют результаты сопоставления реально выполненной врачами ПАО нагрузки с ее эталонным уровнем, рассчитанные так же, как и представленные выше результаты. Тот факт, что в течение 2021—2023 гг. в ПАО ИГКБ № 1 применялась разработанная и внедренная нами методика персонализированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов, привел к существенному сокращению величины несоответствия реально выполненной врачами нагрузки ее эталонному значению, рассчитанному с учетом сложности выполняемых врачами вскрытий и исследований операционного и биопсийного материала. После внедрения предложенной методики максимальная величина несоответствия реальной нагрузки ее эталонному значению не превышает у отдельных специалистов 4,6%, оставаясь у большинства врачей в диапазоне 1—3%. Также можно отметить, что тенденция, когда нагрузка отдельных специалистов превышала расчетное значение из года в год, теперь не прослеживается, поскольку у большинства врачей ПАО в течение рассматриваемого периода величина несоответствия реальной и эталонной нагрузки не только принимает разные значения, но и меняет свой знак, когда перевыполнение сменяется неполным выполнением нагрузки.

В табл. 5 приводятся результаты сравнительного анализа нагрузки врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1 до и после внедрения предложенной методики.

Приведены суммарные объемы реально выполненной и эталонной нагрузки по каждому из врачей-патологоанатомов ПАО ИГКБ № 1 за два сравниваемых периода, а также величина несоответствия реально выполненной нагрузки ее эталонному значению. При этом семь из девяти врачей, работавших в ПАО в 2023 г., работали и в течение 2017—2019 гг., что позволило применить расчет *t*-критерия Стьюдента для оценки значимости различий двух выборочных совокупностей. Можно отметить, что лишь в отношении одного врача-патологоанатома из семи значение *t*-критерия Стьюдента не превысило порогового уровня 2,0, в то время как у других специалистов различия величины несоответствия реально выполненной и эталонной нагрузки являлись статистически значимыми (*p*<0,05).

Заключение

Предложенная нами новая методика персонализированного учета и распределения нагрузки врачей-патологоанатомов в медицинской организации, основанная на использовании штатных нормативов, утвержденных Минздравом России, успешно внедрена в ряде подразделений патолого-анатомической службы Иркутской области. Одним из них является ПАО ИГКБ № 1, имеющее к настоящему времени наибольший опыт ее реализации на основе использования специально разработанного программного обеспечения с 2020 г. Однако для расширения числа медицинских организаций и подразделений патолого-анатомической службы, использующих данную методику, требуется оценка эффективности новой методики, основанная на использовании не только субъективных, но и объективных критериев.

Представленные результаты сравнительного анализа объемов нагрузки, выполненной врачами ПАО ИГКБ № 1, с расчетной эталонной нагрузкой, проведенного до использования новой методики и после ее внедрения, являются подтверждением ее эффективности. Проведенный сравнительный анализ позволил выявить значительный уровень несоответствия реально выполненной врачами нагрузки ее

Здоровье и общество

расчетной величине, превышавший у отдельных специалистов 40% в течение 2017—2019 гг., когда новая методика еще не использовалась. Ситуация усугублялась тем обстоятельством, что нагрузка имела повышенный уровень у одних и тех же врачей, приводя к перегрузке в течение продолжительного времени, что могло стать причиной снижения качества их работы. Внедрение разработанной нами методики в деятельность ПАО ИГКБ № 1 привело к значительному, до 10 раз, снижению величины несоответствия реально выполненной врачами нагрузки ее эталонному значению. В настоящее время данное несоответствие в среднем не превышает 4% у большинства врачей-патологоанатомов. Использование *t*-критерия Стьюдента для сопоставления величины несоответствия выполненной врачами-патологоанатомами нагрузки эталонному значению за два сравниваемых периода также позволило установить статистическую значимость данных различий в отношении большинства врачей. Полученные результаты являются надежным обоснованием эффективности и целесообразности предложенной методики, использование которой способно решить важную проблему распределения нагрузки между врачами внутри подразделений патолого-анатомической службы, облегчая их работу и способствуя повышению ее качества.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Хабриев Р. У., Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Современное состояние системы нормирования труда в здравоохранении. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(6): 859—68.
2. Кадыров Ф. Н., Иванова М. А., Чилилов А. М. Нормирование труда как один из эффективных инструментов управления медицинской организацией. *Менеджер здравоохранения*. 2021;(9):88—93.
3. Ануфриева И. Ю. Трансформация внутриорганизационного нормирования труда в условиях цифровизации. *Экономика профессия бизнес*. 2021;(3):12—8.
4. Омельченко И. Б., Кошкина В. К., Чудинов К. Ю. Новые подходы к формированию методологических основ нормирования труда в отраслях бюджетной сферы. *Социально-трудовые исследования*. 2021;45(4):28—40.
5. Состояние и основные задачи развития патолого-анатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2022 год. Под ред. Г. А. Франка, В. И. Стародубова. М.: Минздрав России; 2023. 106 с.
6. Макарова А. Е., Свистунов В. В., Макаров С. В. Персонализированный учет и внутрибригадное распределение нагрузки врачей-патологоанатомов на основе использования методики нормирования их труда. *Архив патологии*. 2019;81(2):47—50.

7. Макарова А. Е., Свистунов В. В., Макаров С. В. Опыт разработки программного обеспечения для персонализированного учета нагрузки врачей-патологоанатомов. *Уральский медицинский журнал*. 2019;10(178):126—32.
8. Макаров С. В., Свистунов В. В., Макарова А. Е. Программа для расчета нагрузки, выполненной врачами-патологоанатомами. *Официальный бюллетень Федеральной службы по интеллектуальной собственности (Роспатент) «Программы для ЭВМ. Базы данных. Топологии интегральных микросхем»*. 2018;(8). Номер регистрации (свидетельства): 2018660122 от 16.08.2018.
9. Назарова В. В., Борисенкова К. А. Оценка эффективности системы здравоохранения в России. *Народонаселение*. 2017;(4): 119—34.
10. Мальков П. Г., Калинин Д. В., Гайфуллин Н. М., Акопян Ж. А., Матыцин Н. О. Оценочные показатели для осуществления контроля качества проведения прижизненных патологоанатомических исследований. Обеспечение своевременной диагностики онкологических заболеваний. *Вестник Росздравнадзора*. 2019;(6):42—9.

Поступила 11.04.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Khabriev R. U., Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhaylov D. Yu. Current state of the labor system in healthcare. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2020;101(6):859—68 (in Russian).
2. Kadyrov F. N., Ivanova M. A., Chililov A. M. Labor rationing as one of the effective management tools of a medical organization. *Menedzher zdravooohraneniya*. 2021;(9):88—93 (in Russian).
3. Anufrieva I. Yu. Transformation of intra-organizational labor regulation in the context of digitalization. *Ekonomika professiya biznes*. 2021;(3):12—8 (in Russian).
4. Omel'chenko I. B., Koshkina V. K., Chudinov K. Yu. New approaches to the methodological foundations of labor rationing in the public sector. *Sotsial'no-trudovye issledovaniya*. 2021;45(4):28—40 (in Russian).
5. Status and main tasks of development of the pathological-anatomical service of the Russian Federation: Medical statistical study for 2022. Eds Frank G. A., Starodubov V. I. Ministry of Health of Russia; 2023. 106 p. (in Russian).
6. Makarova A. E., Svistunov V. V., Makarov S. V. The personified accounting and intra-team distribution of the workload of pathologists, by using a procedure for their work quota setting. *Arkhiv patologii*. 2019;81(2):47—50 (in Russian).
7. Makarova A. E., Svistunov V. V., Makarov S. V. Opyt razrabotki programmnoy obespecheniya dlya personifitsirovannogo ucheta nagruzki vrachey-patologoanatomov. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. 2019;10(178):126—32 (in Russian).
8. Makarov S. V., Svistunov V. V., Makarova A. E. Program for calculating the load performed by pathologists. *Ofitsial'nyy byulleten' Federal'noy sluzhby po intellektual'noy sobstvennosti (Rospatent) «Programmy dlya EVM. Bazy dannykh. Topologii integral'nykh mikroskhem»*. 2018;(8). Registration number (certificate): 2018660122 dated 08/16/2018 (in Russian).
9. Nazarova V. V., Borisenkova K. A. Assessing the effectiveness of the healthcare system in Russia. *Narodonaselenie*. 2017;(4):119—34 (in Russian).
10. Mal'kov P. G., Kalinin D. V., Gayfullin N. M., Akopyan Zh. A., Matytsin N. O. Evaluation indicators for quality control of intravital pathological studies. Ensuring timely diagnosis of cancer. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2019;(6):42—9 (in Russian).

Тонконог В. В.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ МАРКИРОВКИ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

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

Обязательная маркировка медицинских изделий играет ключевую роль в установлении единых стандартов и требований для всех участников рынка. Это способствует повышению защиты прав потребителей, исключая возможность покупки ненадежной или контрафактной продукции. Нормативные документы, регулирующие маркировку медицинских изделий, устанавливают важные требования к производителям, импортерам и розничным продавцам. Уникальные идентификаторы, информация о происхождении и другие данные, предусмотренные для включения в маркировку, обеспечивают идентификацию продукции и контроль ее качества. В статье рассмотрена нормативно-правовая база, регламентирующая порядок обязательной маркировки некоторых видов медицинских изделий от их производства и ввода в оборот до момента их реализации и вывода из рыночного оборота. Кроме того, рассмотрен механизм государственного регулирования процедуры маркировки медицинских изделий, направленный на повышение отслеживаемости продукции, уменьшение распространения контрафактных товаров, обеспечение безопасности пациентов и улучшение качества медицинских услуг в целом.

Ключевые слова: медицинские изделия; маркировка; средства идентификации; система мониторинга; государственное регулирование; оборот медицинских изделий.

Для цитирования: Тонконог В. В. Актуальные вопросы обязательной маркировки некоторых видов медицинских изделий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):918–923. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-918-923>

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

Tonkonog V. V.

THE ACTUAL ISSUES OF MANDATORY LABELING OF CERTAIN TYPES OF MEDICAL ITEMS

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

Mandatory labeling of medical items plays key role in establishing uniform standards and requirements for all market participants. This promotes increasing of protection of consumer rights, excluding possibility of buying unreliable or counterfeit products. The normative documents regulating labeling of medical items set important requirements to manufacturers, importers and retailers. The unique identifiers, information about origin and other data provided for inclusion in labeling ensure product identification and control of its quality. The article considers normative legal base regulating procedure of mandatory labeling of certain types of medical items from their production and putting into use up to moment of their sale and withdrawal from market turnover. Besides, mechanism of state regulation of procedure of labeling of medical items targeted to increasing of traceability of products, reducing spread of counterfeit goods, ensuring patient safety and improving quality of medical services in general is considered.

Keywords: medical items; labeling; identification tools; monitoring system; state regulation; turnover of medical items.

For citation: Tonkonog V. V. The actual issues of mandatory labeling of certain types of medical items. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(5):918–923 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-918-923>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 29.04.2024
Accepted 15.08.2024

Введение

Обязательная маркировка медицинских изделий позволяет установить единые стандарты и требования для всех участников рынка, что способствует повышению защиты прав потребителей. Данный нормативный документ регламентирует деятельность производителей, импортеров и розничных продавцов медицинских изделий, устанавливая требования к маркировке продукции, включая уникальные идентификаторы, данные о происхождении и другую информацию, необходимую для иден-

тификации и контроля качества медицинских изделий. Механизм государственного регулирования процедуры маркировки медицинских изделий призван улучшить отслеживаемость продукции, бороться с контрафактной продукцией, обеспечивать безопасность для пациентов и повышать качество медицинских услуг в целом. Это важный шаг в развитии медицинской отрасли и обеспечении качественного медицинского обслуживания населения.

Объектом исследования данной работы выступает нормативно-правовая база, регламентирующая вопросы маркировки медицинских изделий.

Цель данной работы — анализ механизмов государственного регулирования процедуры маркировки медицинских изделий в Российской Федерации.

В рамках заявленной темы исследована законодательная база, регулирующая вопросы маркировки отдельных видов медицинских изделий в Российской Федерации и Евразийском экономическом союзе:

- Постановление Правительства РФ от 31.05.2023 № 894 «Об утверждении Правил маркировки отдельных видов медицинских изделий средствами идентификации и особенностях внедрения государственной информационной системы мониторинга за оборотом товаров, подлежащих обязательной маркировке средствами идентификации, в отношении отдельных видов медицинских изделий»;
- Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 13.07.2022 № 100 «О технологических документах, регламентирующих информационное взаимодействие при реализации средствами интегрированной информационной системы Евразийского экономического союза общего процесса „Обеспечение обмена сведениями о товарах, подлежащих маркировке средствами идентификации, произведенных или ввезенных на таможенную территорию Евразийского экономического союза, в том числе при трансграничном обороте таких товаров на таможенной территории Евразийского экономического союза“ в части, касающейся обмена сведениями о товарах, подлежащих маркировке средствами идентификации и отличных от товаров, классифицируемых в товарной позиции „Предметы одежды, принадлежности к одежде и прочие изделия, из натурального меха“»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 137 «О проведении на территории Российской Федерации эксперимента по маркировке отдельных видов медицинских изделий средствами идентификации».

Материалы и методы

В ходе исследования авторами рассмотрены законодательные и иные нормативные правовые акты, касающиеся вопросов маркировки медицинских изделий в Российской Федерации, работы российских авторов, проводивших исследование в сфере маркировки и оборота медицинских изделий, статистические данные и исследования (аналитические отчеты) государственных органов. В работе были использованы методы научного познания: эмпирический, экономико-статистический, структурный.

Результаты исследования

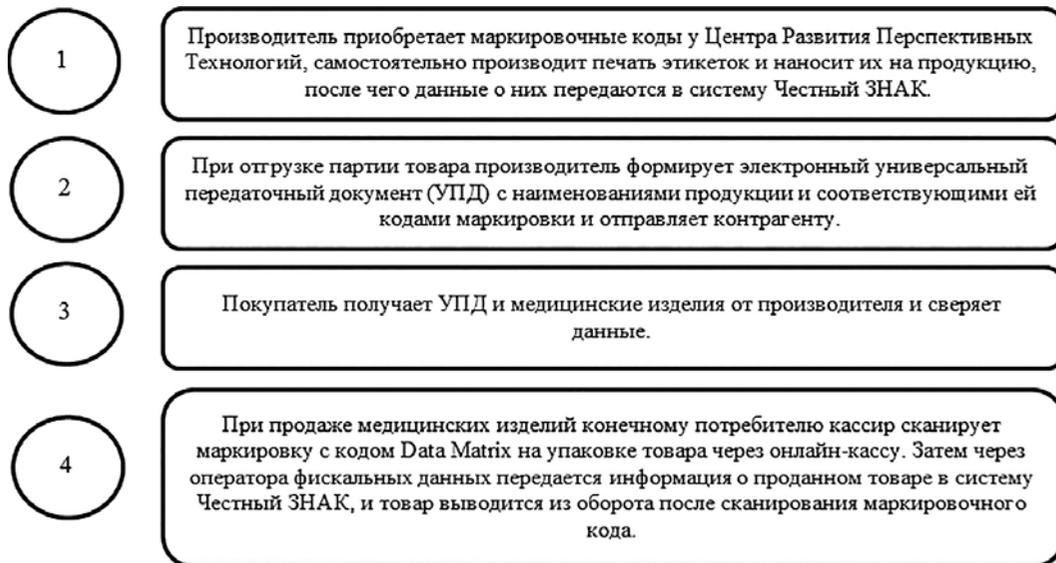
Для маркировки отдельных видов медицинских изделий участники оборота, осуществляющие ввод в оборот отдельных видов медицинских изделий, должны иметь действующее регистрационное удо-

Медицинские изделия, подлежащие обязательной маркировке

| Товар | Код ОКПД 2 | ТН ВЭД ЕАЭС | Код вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий |
|--|--------------|---------------|--|
| Обеззараживатели-очистители воздуха (в том числе оборудование, бактерицидные установки и рециркуляторы, применяемые для фильтрации и очистки воздуха в помещениях) | 28.25.14.110 | 8421 39 200 8 | 131980 |
| | 32.50.50.190 | 8421 39 800 6 | 152690 |
| | | 8539 49 000 0 | 152700 |
| | | 9018 20 000 0 | 182750 |
| | | | 209360 |
| Обувь ортопедическая и вкладные корригирующие элементы для ортопедической обуви | 32.50.22.150 | 9021 10 100 0 | 250220 |
| | 32.50.22.151 | | 250230 |
| | 32.50.22.152 | | 250250 |
| | 32.50.22.155 | | 250260 |
| | 32.50.22.156 | | 320560 |
| Аппараты слуховые, кроме частей и принадлежностей | 32.50.22.157 | | 343610 |
| | 26.60.14.120 | 9021 40 000 0 | 113850 |
| | | | 173110 |
| | | | 202800 |
| | | | 202810 |
| Стенты коронарные | 32.50.22.190 | 9021 90 900 1 | 204370 |
| | 32.50.22.195 | | 210000 |
| | | | 228560 |
| | | | 302870 |
| | | | 135820 |
| | | | 155760 |
| | | | 155800 |
| | | | 155820 |
| | | | 218190 |
| | | | 273880 |
| Компьютерные томографы | 26.60.11.111 | 9022 12 000 0 | 343410 |
| | 26.60.11.113 | 9022 13 000 0 | 343540 |
| | 26.60.11.119 | 9022 14 000 0 | 135190 |
| | | 9022 19 000 0 | 142570 |
| Санитарно-гигиенические изделия, используемые при نگهدжании | 17.22.12.130 | 9619 00 890 | 280730 |
| | | | 282030 |
| | | | 233730 |
| | | | 233900 |
| | | | 280360 |
| | | | 320550 |
| | | | 331320 |
| | | | 331330 |
| | | | 331830 |
| | | | 356150 |
| | | 126750 | |
| | | 233860 | |
| | | 343580 | |

стоверение на медицинское изделие. Только в этом случае они наносят средства идентификации на потребительскую упаковку, в том числе посредством нанесения на такую упаковку этикетки, содержащей средство идентификации, указанных отдельных видов медицинских изделий, и представляют в информационную систему мониторинга сведения о нанесении средств идентификации и вводе в оборот указанных отдельных видов медицинских изделий в соответствии с Правилами, утвержденными в Постановлении № 894 (далее — Правила) [1]. Полный перечень медицинских изделий, подлежащих обязательной маркировке, представлен в таблице.

В список включены обеззараживатели-очистители воздуха, обувь ортопедическая и вкладные корригирующие элементы для ортопедической обуви, аппараты слуховые, кроме частей и принадлежностей, стенты коронарные, компьютерные томографы, санитарно-гигиенические изделия, используе-



Путь маркированного товара от производства до продажи.

мые при недержании. Причем в отношении обеззараживателей-очистителей воздуха и обуви ортопедической (с вкладными корригирующими элементами) обязательное соблюдение Правил маркировки вводится с 1 октября 2023 г., а в отношении аппаратов слуховых, кроме частей и принадлежностей, стентов коронарных, компьютерных томографов и санитарно-гигиенических изделий, используемых при недержании, — с 1 марта 2024 г. При этом участники оборота отдельных видов медицинских изделий, осуществляющие их ввод в оборот, с 1 сентября 2023 г. (со дня вступления в силу Постановления) вправе наносить средства идентификации на потребительскую упаковку при условии представления в информационную систему мониторинга сведений о нанесении средств идентификации и вводе в оборот указанных отдельных видов медицинских изделий.

Кроме того, с 1 сентября 2024 г. все участники оборота должны будут сообщать о выводе из оборота медицинских изделий. При продаже этих изделий продавец должен будет сканировать код маркировки и передавать информацию о продаже в специальную базу данных. Организации здравоохранения и социально-медицинских услуг должны изымать из оборота медицинские изделия по мере их использования.

С 1 сентября 2025 г. начнется поэтапный учет, при котором участники оборота будут отчитываться о каждой проданной единице товара. Они будут использовать электронный документооборот при отгрузке и приемке продукции. Эти изменения помогут повысить прозрачность и безопасность в обращении с медицинскими изделиями и упростят процессы контроля за ними.

Есть исключения для медицинских изделий, изготовленных по индивидуальному заказу, которые заключаются в отсутствии необходимости их маркировки.

К участникам рынка относятся производители (обязаны маркировать товар и получать коды в системе Честный ЗНАК), импортеры (обязаны маркировать товар перед помещением под таможенные процедуры). Их могут представлять индивидуальные предприниматели или организации (различных организационно-правовых форм), осуществляющие оборот медицинских товаров на территории Российской Федерации, например дистрибьюторы, представители оптовой и розничной торговли, организации здравоохранения и оказания медицинских услуг. Система Честный ЗНАК внедрена в России с 2019 г. для противодействия незаконному обороту товаров.

Правила также определяют требования к участникам оборота отдельных видов медицинских изделий, порядок информационного обмена участников этого оборота с государственной информационной системой мониторинга за оборотом товаров, подлежащих обязательной маркировке средствами идентификации, характеристики средства идентификации, а также порядок представления участниками оборота отдельных видов медицинских изделий сведений в информационную систему мониторинга о вводе в оборот, обороте и выводе из оборота отдельных видов медицинских изделий. Так, операторы национальных информационных систем маркировки должны взаимодействовать с оператором информационной системы мониторинга для получения кодов маркировки. Для этого необходимо заключить договор об оказании услуг по предоставлению кодов маркировки в соответствии с решением Коллегии Евразийской экономической комиссии от 13.07.2022 № 100 [2, 3]. Такой обмен информацией и заключение договора позволят операторам получить необходимые коды для маркировки медицинских изделий.

Медицинские изделия требуют маркировки с использованием Data Matrix (матричного двумерного

Здоровье и общество

кода, в котором зашифрована информация о продукте: страна-производитель, бренд, срок годности и др.), чтобы каждое изделие имело уникальный идентификатор. Для этого нужно иметь небольшую поверхность размером 13×13 мм. После опытных работ определяются точный размер и место нанесения штрих-кода. Есть три способа маркировки: печать этикеток с кодами, заказ готовых этикеток или прямое нанесение Data Matrix на упаковку. Все операции с маркированными товарами осуществляются через информационную систему мониторинга. Данные о каждом их движении передаются в Честный ЗНАК. Алгоритм действий при маркировке, вводе и выводе медицинского изделия представлен на рисунке.

Средство идентификации содержит код маркировки, включающий в себя четыре группы данных:

- первая группа состоит из 14 цифр и содержит код товара;
- вторая группа состоит из 13 символов (цифр, строчных и прописных букв латинского алфавита, а также специальных символов), содержит включаемый оператор информационной системы мониторинга идентификатор государства — члена Евразийского экономического союза, в которой данный код был эмитирован (1 — Республика Армения, 2 — Республика Беларусь, 3 — Республика Казахстан, 4 — Киргизская Республика, 5 — Российская Федерация) (одна первая цифра) и индивидуальный серийный номер упаковки товара (12 цифр, строчных и прописных букв латинского алфавита, а также специальных символов) и завершается символом-разделителем FNC1 (ASCII 29);
- третья группа состоит из четырех символов, содержит идентификатор (индивидуальный порядковый номер) ключа проверки, который генерируется оператором информационной системы мониторинга и завершается символом-разделителем FNC1 (ASCII 29);
- четвертая группа состоит из 44 символов (цифр, строчных и прописных букв латинского алфавита, а также специальных символов) и содержит значение кода проверки, который генерируется оператором информационной системы мониторинга.

К особенностям внедрения маркировки медицинских изделий можно отнести требования для разных участников оборота. Общими требованиями являются необходимость получения усиленной квалифицированной электронной подписи, регистрации в системе Честный ЗНАК и заключения договора с оператором электронного документооборота. При этом производителю необходимо стать членом Ассоциации Г1 Рус, описать свои товары в Национальном каталоге и получить коды GTIN, которые необходимы для заказа Data Matrix. А представителям розничной торговли необходимо заключить договор с оператором фискальных данных на передачу системе Честный ЗНАК сведений о проданной

продукции. В противном случае представителю торговли придется самостоятельно выводить коды из оборота.

Обсуждение

Говорить о результатах полномасштабного внедрения разработанных Правил маркировки пока рано, но можно сделать предварительные выводы об эксперименте, предшествующем утвержденным Правилам. Так, утверждению Правил маркировки медицинских изделий предшествовал эксперимент, изначальные сроки проведения которого устанавливались с 15 февраля 2022 г. по 28 февраля 2023 г., впоследствии продленный до 31 августа 2023 г. В пилотном проекте добровольно принимали участие производители, импортеры, дистрибьюторы и представители торговли. Суть эксперимента заключалась в добровольном нанесении цифровой маркировки отдельных видов медицинских изделий [4]. Результаты эксперимента свидетельствуют о его состоятельности. По сведениям Федеральной таможенной службы, количество контрафакта снижается. Так, в январе — сентябре 2023 г. таможенные органы выявили 3,2 млн единиц контрафакта, что в 2,2 раза меньше показателя за аналогичный период 2022 г. (7,1 млн единиц). Основным инструментом борьбы с контрафактом является таможенный реестр объектов интеллектуальной собственности, в который включено 1660 объектов, преимущественно товарных знаков. В 2023 г. в таможенный реестр было включено более 300 новых объектов, что превысило показатели последних 5 лет. Их них 51% составляют отечественные товарные знаки [5, 6].

Конечно, нельзя однозначно проводить прямую корреляцию с экспериментом, но констатировать факт того, что разрабатываемые механизмы государственного регулирования оборота отдельных видов продукции способствуют уменьшению контрафакта, возможно.

В настоящий момент, согласно действующим утвержденным Правилам, допускается выпуск таможенными органами ввозимых (ввезенных) немаркированных и помещенных под таможенные процедуры выпуска для внутреннего потребления или реимпорта отдельных видов медицинских изделий [7, 8]:

- в отношении обеззараживателей-очистителей воздуха, обуви ортопедической и вкладных корригирующих элементов для обуви ортопедической — по 31 октября 2023 г. (включительно);
- в отношении аппаратов слуховых, кроме частей и принадлежностей, стентов коронарных, компьютерных томографов, санитарно-гигиенических изделий, используемых при نگهدании, — по 31 марта 2024 г. (включительно).

Утвержденные Правила учитывают возможные ситуации с товарными остатками. Товарные остатки представляют собой медицинские изделия, которые были произведены или импортированы в стра-

ну до введения обязательной маркировки. До истечения срока годности такие товарные остатки могут быть проданы без маркировки. Однако, если владелец желает промаркировать остатки, это можно сделать до 31 августа 2024 г., так как с 1 сентября 2024 г. вступает в силу запрет на оборот немаркированных медицинских изделий со сроком службы, а все оставшиеся в обороте товары должны быть обязательно промаркированы. Это изменение направлено на обеспечение контроля за медицинскими изделиями и повышение безопасности их использования.

Важным является то, что Правительство РФ поручило выдачу кодов маркировки и общую координацию функционирования системы Честный ЗНАК не какому-либо государственному органу, а частному коммерческому юридическому лицу — ООО «Оператор-ЦРПТ» («Оператор») [9].

Действительно, возможность использования кодов маркировки в системе Честный ЗНАК для борьбы с контрафактной продукцией, которая уже находится на российском рынке, является мощным инструментом в руках компетентных органов для борьбы с незаконным оборотом поддельных товаров. Проведение контрольной закупки подозрительных товаров и последующее использование кодов маркировки позволят не только выявить всех участников цепочки поставок контрафакта, но и предотвратить дальнейшее распространение такой продукции. С учетом возможности привлечения нарушителей к административной ответственности в соответствии с законодательством, эффективность борьбы с контрафакцией значительно увеличится. Такой подход способствует созданию условий для честной конкуренции на рынке, защите прав потребителей и содействию законопослушным производителям. Таким образом, система Честный ЗНАК не только помогает в борьбе с текущими проблемами контрафакции, но и способствует созданию более прозрачной и законопослушной экономической среды в целом.

Заключение

Важно подчеркнуть, что для борьбы с оборотом контрафактной продукции применяются несколько ключевых инструментов. Среди них можно выделить товарные знаки, защиту прав обладателя и контрольные органы государственной власти, ответственные за соблюдение и защиту прав собственности. Товарный знак играет решающую роль в идентификации подлинной продукции, обеспечивая истинность и качество товара. При этом правообладатель активно преследует нарушения своих прав и поддерживает порядок на рынке. Органы государственной власти осуществляют контроль и надзор за соблюдением законодательства, что способствует предотвращению оборота фальсифицированных товаров. Все эти составляющие синергично взаимодействуют для создания безопасной среды для потребителей и борьбы с контрафакцией.

Поэземплирный учет и маркировка медицинских изделий — это не только инновационные технологии, но и важный шаг в сфере контроля качества и безопасности здравоохранения. Благодаря фиксации каждой единицы продукции и использованию электронного документооборота возможно более точно отслеживать путь каждого медицинского изделия от производителя до конечного потребителя. Это способствует борьбе с подделками, улучшению мониторинга сроков годности и обеспечению быстрой реакции на любые проблемы с продукцией. Развитие подобных систем контроля позволяет повысить доверие к медицинским товарам, обеспечивая безопасность и качество обслуживания пациентов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 31.05.2023 № 894 «Об утверждении Правил маркировки отдельных видов медицинских изделий средствами идентификации и особенностях внедрения государственной информационной системы мониторинга за оборотом товаров, подлежащих обязательной маркировке средствами идентификации, в отношении отдельных видов медицинских изделий». Гарант. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406872710/> (дата обращения 03.04.2024).
2. Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 13 июля 2022 г. № 100 «О технологических документах, регламентирующих информационное взаимодействие при реализации средствами интегрированной информационной системы Евразийского экономического союза общего процесса „Обеспечение обмена сведениями о товарах, подлежащих маркировке средствами идентификации, произведенных или ввезенных на таможенную территорию Евразийского экономического союза, в том числе при трансграничном обороте таких товаров на таможенной территории Евразийского экономического союза“ в части, касающейся обмена сведениями о товарах, подлежащих маркировке средствами идентификации и отличных от товаров, классифицируемых в товарной позиции „Предметы одежды, принадлежности к одежде и прочие изделия, из натурального меха“». Альта Софт. Режим доступа: <https://www.altaru.ru/tamdoc/22kr0100/> (дата обращения 03.04.2024).
3. Погарская А. С. Проблемные аспекты таможенного регулирования импортируемых комплектующих принадлежностей медицинских изделий. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(51):813—9.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 137 «О проведении на территории Российской Федерации эксперимента по маркировке отдельных видов медицинских изделий средствами идентификации». Правительство России. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406872710/> (дата обращения 03.04.2024).
5. ФТС: Объем выявленных контрафактных товаров снизился в 2,2 раза по сравнению с прошлым годом. Альта Софт. Режим доступа: https://www.altaru.ru/external_news/104752/ (дата обращения 03.04.2024).
6. Параллельный импорт медицинских изделий в России: эффективные методы борьбы и практические рекомендации для правообладателей в условиях кризиса. Режим доступа: https://www.advant-beiten.com/sites/default/files/downloads/ПАРАЛЛЕЛЬНЫЙ%20ИМПОРТ%20МЕДИЦИНСКИХ%20ИЗДЕЛИЙ%20РОССИИ_ADVANT%20Beiten%20RU_0.pdf (дата обращения 03.04.2024).
7. Погарская А. С. К вопросу параллельного импорта медицинских изделий и комплектующих к ним в Российскую Федерацию в условиях санкционной политики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):43—51.
8. 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

Здоровье и общество

лицами. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(2):185–94.

9. Токоног В. В., Ананченкова П. И., Шимановский Н. Л., Врубел 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.

Поступила 29.04.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Decree of the Government of the Russian Federation dated May 31, 2023 No. 894 “On approval of the Rules for labeling certain types of medical devices by means of identification and the specifics of implementing the state information system for monitoring the turnover of goods subject to mandatory labeling by means of identification relation to certain types of medical devices”. Garant. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406872710/> (accessed 04.03.2024) (in Russian).
2. Decision of the Board of the Eurasian Economic Commission No. 100 dated July 13, 2022 “On technological documents regulating information interaction in the implementation of the common process by means of the integrated information System of the Eurasian Economic Union “Ensuring the exchange of information on goods subject to labeling by means of identification produced or imported into the customs territory of the Eurasian Economic Union, including in cross-border turnover of such goods in the customs territory of the Eurasian Economic Union” in terms of the exchange of information on goods subject to labeling by means of identification and other than goods classified in the heading “Garments, clothing accessories and other products made of natural fur”. Alta Soft. Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/22kr0100/> (accessed 04.03.2024) (in Russian).
3. Pogarskaya A. S. Problematic aspects of customs regulation of imported medical device accessories. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2023;31(S1):813–9 (in Russian).
4. Decree of the Government of the Russian Federation No. 137 dated 02/09/2022 “On conducting an experiment on labeling certain types of medical devices with identification means on the territory of the Russian Federation”. The Government of Russia. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406872710/> (accessed 04.03.2024) (in Russian).
5. FCS: The volume of detected counterfeit goods decreased by 2.2 times compared to last year. Alta Soft. Available at: https://www.alta.ru/external_news/104752/ (accessed 04.03.2024) (in Russian).
6. Parallel import of medical devices in Russia: effective methods of struggle and practical recommendations for copyright holders in a crisis. Available at: https://www.advant-beiten.com/sites/default/files/downloads/ПАРАЛЛЕЛЬНЫЙ%20ИМПОРТ%20МЕДИЦИНСКИХ%20ИЗДЕЛИЙ%20РОССИИ_ADVANT%20Beiten%20RU_0.pdf (accessed 04.03.2024) (in Russian).
7. Pogarskaya A. S. On the issue of parallel import of medical devices and their components to the Russian Federation in the context of sanctions policy. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2024;32(1):43–51 (in Russian).
8. 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 the history of medicine*. 2023;31(2):185–94 (in Russian).
9. Tokonog V. V., Ananchenkova P. I., Shimanovsky N. L., Vrubel 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 the history of medicine*. 2023;31(S2):1268–74 (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 614.2

Русских С. В.^{1,2,3}, Савлевич Е. Л.⁴, Васильева Т. П.^{1,3}, Шурупина А. В.⁴, Герасимов А. Н.⁵

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РИСКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

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

²Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, г. Москва;

³ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 109117, г. Москва;

⁴ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва;

⁵ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, 111123, г. Москва

В работе отражены результаты количественных социологических исследований с использованием разработанного авторами онлайн-опросника, позволяющего оценить профессиональную компетенцию врачей-оториноларингологов при назначении антибиотиков пациентам с острым и хроническим риносинуситом. Изучен профессиональный потенциал врачей-оториноларингологов в рамках стратегии национальной безопасности страны в области общественного здоровья. С февраля по декабрь 2023 г. проведена пилотная апробация посредством количественного социологического онлайн-опроса 627 врачей-оториноларингологов из 39 субъектов РФ. Результаты социологического опроса позволяют получить значимые данные для выявления проблемных аспектов деятельности врача.

Для стандартизации процессов обработки данных опроса разработана автоматизированная система сбора и обработки информации (СОДА). Предложенный метод (алгоритм оценки) был успешно трансформирован на другие профили оказания медицинской помощи и положен в основу методологии изучения профессионального потенциала врачей специалистов различного профиля.

Ключевые слова: общественное здоровье; медицинская детерминанта; кадры; острый и хронический риносинусит (ОРС и ХРС); лечение, антибиотики; профессиональный потенциал, медицинские риски; врачи-оториноларингологи; социологические исследования; заболевания верхнечелюстной пазухи.

Для цитирования: Русских С. В., Савлевич Е. Л., Васильева Т. П., Шурупина А. В., Герасимов А. Н. Оценка профессионального потенциала медицинских кадров в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи на основе интегральной оценки количественных показателей социологических исследований. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):924–932. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-924-932>

Для корреспонденции: Русских Сергей Владимирович, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко», приглашенный преподаватель департамента политики и управления факультета социальных наук НИУ «Высшая школа экономики», научный сотрудник отдела исследования общественного здоровья ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: russkikh1@mail.ru

Russkikh S. V.^{1,2,3}, Savlevich E. L.⁴, Vasilieva T. P.^{1,3}, Shurupina A. V.⁴, Gerasimov A. N.⁵

THE EVALUATION OF PROFESSIONAL POTENTIAL OF MEDICAL PERSONNEL IN PREVENTING MEDICAL RISKS AT MEDICAL CARE SUPPORT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLARY ANTRUM BASED ON INTEGRAL ASSESSMENT OF QUANTITATIVE INDICATORS OF SOCIOLOGICAL SURVEYS

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

²The National Research University "The Higher School of Economics", 101000, Moscow, Russia;

³The State Budget Institution of city of Moscow "The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Health Care Department of of city of Moscow", 109117, Moscow, Russia;

⁴The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Oblast The M. F. Vladimirsky Moscow Oblast Research Clinical Institute, 129110, Moscow, Russia;

⁵The Federal Budget Institution of Science "The Central Research Institute of Epidemiology" of the Rospotrebnadzor, 111123, Moscow, Russia

The article presents results of quantitative sociological surveys based on original on-line questionnaire that allows to assess professional competence of otorhinolaryngologists in prescribing antibiotics to patients with acute and chronic rhinosinusitis. The professional potential of otorhinolaryngologists within the framework of national security strategy in the field of public health. The pilot approbation was carried out in February-December 2023 by means of quantitative sociological on-line survey of 627 otorhinolaryngologists from 32 subjects of the Russian Federation. The results of sociological survey permit to obtain valuable data to detect problematic aspects of activity of physician.

To standardize survey data processing, automated system of collection and processing of information was developed. The proposed evaluation algorithm was successfully adapted for other profiles of medical care and taken as basis of methodology of studying professional potential of specialists of different profiles.

Keywords: public health; medical determinant; personnel; acute and chronic rhinosinusitis; treatment; antibiotics; professional potential; medical risks; otorhinolaryngologist; sociological research; maxillary sinus diseases.

For citation: Russkikh S. V., Savlevich E. L., Vasilieva T. P., Shurupina A. V., Gerasimov A. N. The evaluation of professional potential of medical personnel in preventing medical risks at medical care support of patients with inflammatory diseases of maxillary antrum based on integral assessment of quantitative indicators of sociological surveys. *Problemi socialnoi gigieni*,

zdravookhraneniya i istorii meditsini. 2024;32(5):924–932 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-924-932>

For correspondence: Russkikh S. V., candidate 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, the Invited Lecturer of the Department of Policy and Management of the Faculty of Social Sciences of the National Research University “The Higher School of Economics”, the Researcher of the Department of Public Health Research of the State Budget Institution of city of Moscow “The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Health Care Department of of city of Moscow”. e-mail: russkikh1@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.03.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации¹ национальным интересом России являются сбережение народа России, развитие человеческого потенциала, повышение качества жизни и благосостояния граждан, что напрямую зависит от кадрового потенциала сотрудников системы здравоохранения. В связи с этим всесторонний анализ отношения врачей к своей деятельности является значимым с позиции сохранения и увеличения общественного здоровья [1, 2].

Необходимо совершенствование процедур и унификации содержания управления рисками системы здравоохранения, в том числе связанными с кадрами, для сохранения общественного здоровья [3].

Кадровый ресурс является одним из основных для системы здравоохранения в решении проблем обеспечения высококачественной медицинской помощи. В то же время комплексных исследований современного состояния кадрового потенциала здравоохранения недостаточно, а существующие методологические подходы к его оценке характеризуются фрагментарностью, отсутствием интегрального подхода и определяют необходимость дальнейшего улучшения методики экспертной оценки кадрового потенциала здравоохранения (количественных и качественных социологических исследований) на индивидуальном и общественном уровнях [4, 5]. Под кадровым потенциалом медицинских работников как производителей медицинских услуг понимается совокупность социальных, психологических, биологических, поведенческих, информационных характеристик, имеющих к началу потребления услуги, соотносящейся с эталонным значением [4].

Актуальность разработки нового инструмента изучения и оценки профессионального потенциала врачей, оказывающих специализированную медицинскую помощь, на основе интегральной оценки количественных показателей связана с возросшей необходимостью обеспечения системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами. Болезни ЛОР-органов занимают заметное место в общей структуре заболеваемости и являются существенной социальной и экономической пробле-

мой здравоохранения. Тенденции к их снижению в настоящий момент не намечается [6].

Острый риносинусит (ОРС) — это воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, которое продолжается менее 12 нед и характеризуется наличием двух или более симптомов: затруднением носового дыхания, наличием отделяемого из полости носа, лицевой болью или ощущением давления в проекции околоносовых пазух, нарушением обоняния. Хронический риносинусит (ХРС) — воспалительное заболевание полости носа и околоносовых пазух (ОНП), продолжающееся более 12 нед, которое подразделяется на ХРС без полипов, составляющий 80% случаев, и полипозный риносинусит — около 20% случаев [7]. Риносинуситы считаются одним из самых распространенных заболеваний в амбулаторной практике врача-оториноларинголога, а также врачей общей практики, педиатров и терапевтов, но, несмотря на видимую простоту заболеваний, их патогенез до конца не ясен и врачи часто путаются в выборе необходимой тактики лечения этих пациентов [8].

Согласно проведенным ранее исследованиям, при анализе амбулаторных карт пациентов или данных анкетирования врачей-оториноларингологов в отношении проводимых ими диагностических и лечебных мероприятий по отдельным нозологиям выявляются определенные ошибки при ведении пациентов и раскрываются распространенные на данный момент паттерны в лечении пациентов. Так, несколько лет назад было обнаружено, что в ряде поликлиник Москвы диагностика аллергического и неаллергического ринита базируется в основном на данных анамнеза и риноскопии, а дополнительные методы диагностики, позволяющие подтвердить или опровергнуть аллергический генез ринита, применяются крайне редко. Комплексное обследование у этих пациентов было выполнено лишь в 6,5% случаев, а в 52,7% диагноз был установлен только на основании жалоб и осмотра полости носа больного, в связи с чем возможна гиподиагностика или ошибочная диагностика аллергического ринита [9]. Также были найдены дефекты в лечении аллергического ринита с нарушением принципов ступенчатой терапии и снижением частоты назначения антигистаминных препаратов [10]. Учитывая, что контроль течения атопического процесса препятствует развитию аллергической бронхиальной астмы, это явля-

¹ Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».

ется первостепенной задачей в тактике ведения таких пациентов [11].

При ведении пациентов с ОРС в поликлиниках Москвы были отмечены нарушения в назначении антибиотикотерапии: макролиды были рекомендованы в 30,5% случаев как препараты первой линии, что является ошибкой в связи с высокой резистентностью к этой группе препаратов [12]. Также наблюдалась и низкая доля (9,82%) выполнения пункций верхнечелюстных пазух [13]. Проблема заключается в том, что неправильная тактика лечения при ОРС в дальнейшем может привести к хронизации воспалительного процесса и формированию ХРС.

При анализе схем лечения пациентов с полипозным риносинуситом (ПРС) на основании заполненных врачами-оториноларингологами анкетных данных 294 пациентов из Московской области и 265 пациентов из 26 регионов России выявлено большое количество назначений препаратов «off-label», в частности топических глюкокортикостероидов (инГКС), не имеющих в инструкции показаний к их применению при этом заболевании. Кроме того, в 16,6% случаев в разных регионах России и в 24% случаев в Московской области больные не получали базовую терапию инГКС, а вместо этого при рецидиве роста полипов направлялись на повторное хирургическое лечение [14]. Неправильный подход к лечению ПРС ведет к прогрессированию роста полипов, увеличивая потребность в повторных операциях или назначении дорогостоящей биологической терапии, что приводит к необоснованным финансовым затратам и неоправданному использованию бюджетных средств системы здравоохранения. Также необходимо учитывать, что ПРС часто сочетается с разными формами бронхиальной астмы из-за общего механизма развития Т2 воспаления, поэтому агрессивный рост полипов напрямую влияет на утяжеление течения бронхиальной астмы [15].

Важнейшей задачей является оценка профессиональных компетенции врачей-оториноларингологов в субъектах РФ как компонента человеческого потенциала методом количественного социального опроса с использованием разработанных анкет, тест-карт знаний и умений и автоматизированных систем сбора и обработки информации. Оценка правильности ответов опрашиваемых врачей проводится на основе сопоставления с эталонным значением (клиническими рекомендациями, стандартами и порядками оказания медицинской помощи). Для получения качественной обратной связи особенно важно разработать и использовать высокочувствительный, надежный автоматизированный опросник.

Цель исследования — разработать алгоритм оценки профессионального потенциала врачей-оториноларингологов в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи и провести ее оценку.

Материалы и методы

Для раскрытия методического подхода к составлению классификатора вызовов общественному здоровью проведено обобщение результатов научных публикаций за 2011—2024 гг. Выбор статей осуществляли посредством поисковых систем (PubMed, SCOPUS и eLibrary.ru) по следующим ключевым словам: подготовка кадров в здравоохранении, профессиональный потенциал, кадры.

В качестве эмпирической базы для количественного анализа выступил опрос 627 врачей-оториноларингологов, проведенный авторами с февраля 2023 г. по декабрь 2024 г. по оригинальной авторской методике онлайн-опроса [16].

Ссылку на онлайн-форму рассылали респондентам по электронной почте или с использованием мессенджеров WhatsApp и Telegram. Данные социологического опроса автоматически аккумулируются на Google-Диске в форме таблицы Excel для автоматического свода, обработки и анализа данных ответов респондентов, шкалы прогноза качества оказываемой оториноларингологической помощи с учетом характеристик врача-оториноларинголога и его компетенций, которые представляют собой совокупность взаимосвязанных базовых качеств личности и включают в себя применение знаний, умений и навыков.

Данные опроса обработаны через автоматизированную систему сбора и обработки информации «Система автоматической обработки данных и проведение анкетирования» (СОДА, версия 1; свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2024613395) [17].

Предложенный авторами оригинальный метод (алгоритм оценки профессионального потенциала врачей на основе эталонного значения) был успешно транспортирован на другие профили оказания медицинской помощи и положен в основу методологии изучения профессионального потенциала для врачей-специалистов различного профиля помощи (патенты на промышленные образцы № 139326, 139328) [18, 19].

Результаты исследования

Коллективом авторов в рамках запланированных научных исследований, проводимых ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко», разработан алгоритм оценки профессионального потенциала врачей-оториноларингологов в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи (далее — алгоритм оценки) и защищен патентом на промышленный образец № 139327 [16].

Предложенный алгоритм оценки используется для онлайн-анкетирования врачей-оториноларингологов с целью оценки их знаний и профессиональной компетенции при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболева-

СХЕМА «АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ, ВРАЧЕЙ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ, В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РИСКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ»

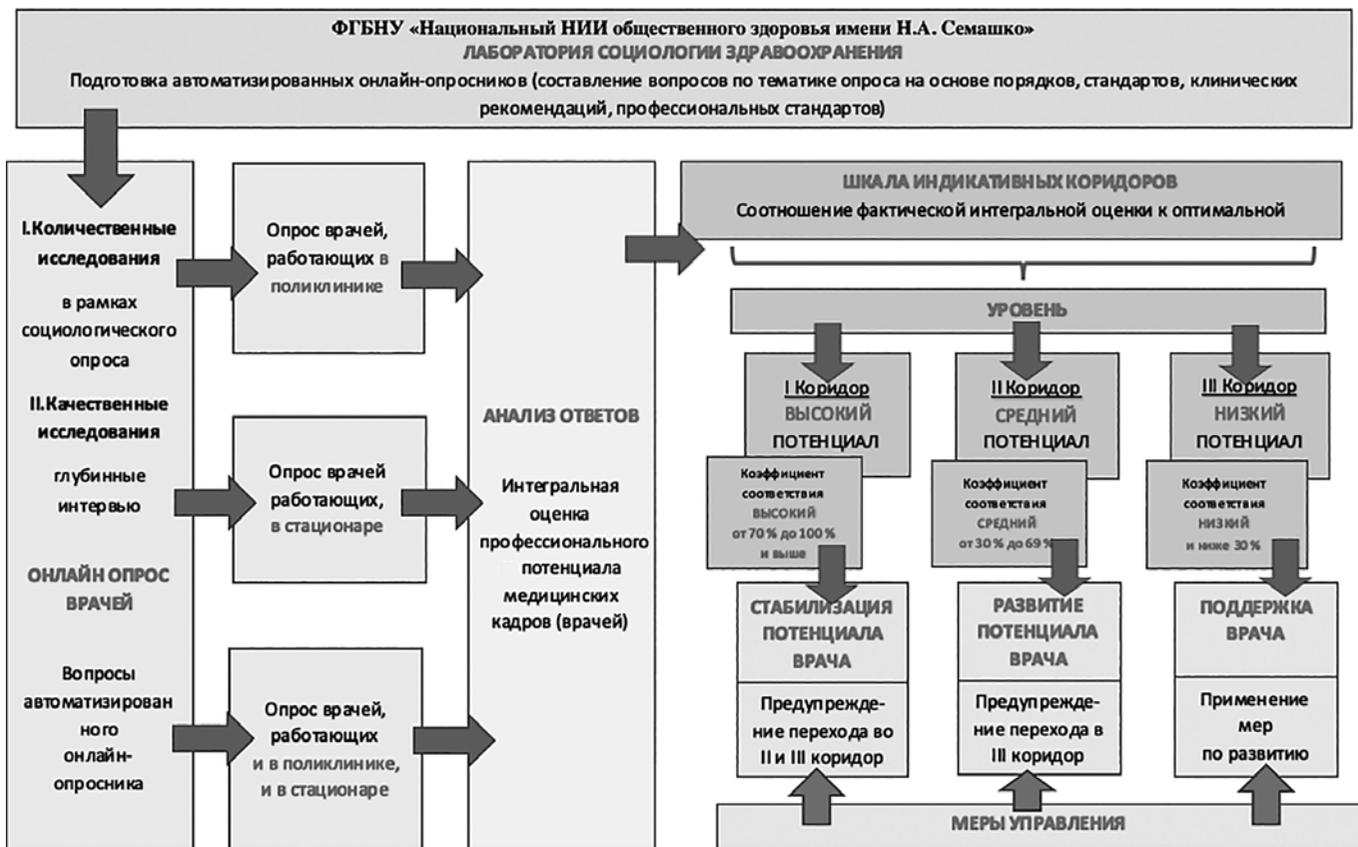


Рис. 1. Схема «Алгоритм оценки профессионального потенциала врачей-оториноларингологов в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи на основе интегральной оценки количественных и качественных показателей социологических исследований». Патент на промышленный образец № 139327.

ями верхнечелюстной пазухи, Алгоритм оценки позволяет выявить основные проблемы, решение которых через разработку комплекса мер может улучшить подготовку медицинских кадров и обеспечить качество оказываемой медицинской помощи (рис. 1).

Электронная форма опросника включает в себя 229 вопросов, разбитых на два раздела (поликлиника, стационар), с выбором вариантов ответов, а также с вариантами открытых вопросов с возможностью дать и отразить предложения опрашиваемых врачей-оториноларингологов.

Вопросы для социологического опроса сформулированы с учетом клинических рекомендаций, стандартов и порядков оказания медицинской помощи по профилю «Оториноларингология», а также результатов анализа теоретических и эмпирических концепций.

Онлайн-опросник рассчитан на анкетирование врачей-оториноларингологов первичного звена и врачей-оториноларингологов, работающих в условиях специализированного стационара, и состоит из трех частей.

Предлагаемый алгоритм позволяет проанализировать усредненные и индивидуальные характеристики выборки, исследовать согласованность пунктов опросника.

Опросник включает в себя три блока вопросов: 1-й блок вопросов — опрос врачей, работающих в поликлинике, 2-й блок вопросов — опрос врачей, работающих в стационаре, 3-й блок вопросов — опрос врачей, работающих и в поликлинике, и в стационаре.

Также опросник включает две шкалы: шкала индикативных коридоров (соотношение фактической интегральной оценки и оптимальной), при анализе и автоматизированной обработке ответов респондентов с применением интегральной оценки показателей они разбиваются на три оценочных уровня или три индикативных коридора: I коридор — высокий потенциал врача, II коридор — средний потенциал врача, III коридор — низкий потенциал врача.

Индикаторы шкал разработаны на основе анализа существующего массива исследований данной проблематики. Шкалы предоставляют возможность

Алгоритм оценки ответов на вопросы анкеты

| Показатель | Шкала | Номера вопросов | Минимальное количество баллов | Максимальное количество баллов |
|---|------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Опрос врачей, работающих в поликлинике | Шкала индикативных коридоров | 10—135 (125) | 125 | 375 |
| Опрос врачей, работающих в стационаре | Шкала индикативных коридоров | 167—229 (62) | 62 | 186 |
| Выполняемые манипуляции/операции | Шкала индикативных коридоров | 136—162 (26) | 26 | 78 |
| Критерии оценки качества медицинской помощи. Качество работы врача | Шкала оценки важности, баллы | 163—166 (3) | 3 | 9 |

Примечание. В скобках — количество.

Таблица 2

Уровни профессионального потенциала врача

| Уровень потенциала врача | Количество набранных баллов |
|--------------------------|-----------------------------|
| Высокий | 161—240 |
| Средний | 81—160 |
| Низкий | ≤80 |

диагностировать причины и определять индикативные коридоры уровня профессионального потенциала врача (высокий, средний, низкий) и дают возможность принять своевременные меры управления, как общие, так и индивидуальные (в случаях маркировки анкет или заполнения их в личном кабинете автоматизированного рабочего места врача).

Так, при высоком потенциале врача следует принимать меры по предупреждению перехода во II и III (средний и низкий) индикативный коридор (уровень), проводя стабилизацию процесса (см. рис. 1).

При среднем потенциале необходимо принять меры по развитию, чтобы предупредить переход в низкий потенциал — на III уровень.

При низком потенциале (III уровень) необходимо применять меры по поддержке врача и его профессионального развития.

Анкета методики включает в себя 229 вопросов, из которых 220 — прямые вопросы и 9 — социально-демографические показатели

На каждый вопрос методики можно выбрать только один ответ, которому присваивается балл. Каждый показатель представляет собой величину, вычисленную для конкретного респондента, выраженную в баллах. Подсчет баллов ведется в ручном или автоматическом режиме с определением коэффициента соответствия: от 70 до 100% и выше — высокий, от 30 до 69 % — средний, ниже 30 % — низкий (табл. 1).

Полученная информация по результатам опроса примененной методики позволяет оценить уровень профессионального потенциала медицинских кадров (врачей), выявить основные проблемы, решение которых через разработку комплекса мер может улучшить подготовку медицинских кадров и обеспечить качество оказываемой медицинской помощи (табл. 2).

Обсуждение

Для оценки профессионального потенциала мы выбрали группу врачей-оториноларингологов ($n=627$), работающих в государственных стациона-

рах или поликлиниках в 39 субъектах Российской Федерации (46,25% мужчин и 53,75% женщин), в возрасте до 44 лет (49,44%), 45—59 лет (46,09%) и старше 60 лет (4,47%). Стаж работы до 10 лет был у 197 (31,42%), 10—15 лет — у 119 (18,98%), 16—20 лет — у 108 (17,22%), 21—25 лет — у 94 (14,99%), 26—30 лет — у 68 (10,85%) и более 30 лет — у 41 человека (6,54%). Была проанализирована тактика их лечения при различных формах риносинусита. Получен ряд данных, которые свидетельствуют о неправильном назначении лекарственных препаратов согласно российским и международным гайдлайнам (табл. 3).

При ОРС врачи-оториноларингологи в 62% случаев назначают антибиотики на первом же приеме (рис. 2), что является необоснованным и не входит в рекомендации по ведению ОРС как в России, так и во всем мире [20]. Чаще всего (в 91,04% случаев) врачи выбирают группу пенициллинов, что является верным выбором в рамках эмпирической антибактериальной терапии. Однако остается высоким процент назначений (30,08%) препаратов группы макролидов, к которой наблюдается выраженная антибиотикорезистентность среди населения, учитывая факт, что эта группа препаратов наиболее ча-

Таблица 3

Назначение антибиотиков врачами-оториноларингологами при разных формах риносинуситов

| Показатель | ОРС | ХРС |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| На какой день: | | |
| 1-й | 62% ($n=389$) | 68,1% ($n=422$) |
| 2-й | 1,6% ($n=10$) | 0,8% ($n=5$) |
| 3-й | 6,54% ($n=41$) | 5,17% ($n=32$) |
| 4-й | 3,3% ($n=21$) | 4,35% ($n=27$) |
| 5-й | 7,34% ($n=46$) | 10,3% ($n=64$) |
| 6-й | 1,31% ($n=8$) | 5,17% ($n=32$) |
| 8-й | 1,6% ($n=10$) | 0,8% ($n=5$) |
| 10-й | 1,6% ($n=10$) | 1,77% ($n=11$) |
| Длительность: | | |
| 3 дня | 2,88% ($n=18$) | 17,09% ($n=11$) |
| 5 дней | 3,36% ($n=21$) | 0,81% ($n=5$) |
| 7 дней | 52,48% ($n=328$) | 34,68% ($n=215$) |
| 10 дней | 19,2% ($n=120$) | 43,22% ($n=268$) |
| 12 дней | 15,04% ($n=94$) | 15,32% ($n=95$) |
| 14 дней | 4,16% ($n=26$) | 2,58% ($n=16$) |
| Группа антибактериальных препаратов: | | |
| пенициллины | 91,04% ($n=569$) | 81,29% ($n=504$) |
| цефалоспорины | 50,4% ($n=315$) | 60,97% ($n=378$) |
| таблетированная форма | 44,8% ($n=280$) | 57% ($n=354$) |
| инъекционная форма | 21,92% ($n=137$) | 25,5% ($n=158$) |
| макролиды | 30,08% ($n=188$) | 40,48% ($n=251$) |
| фторхинолоны | 8,16% ($n=51$) | 23% ($n=142$) |

Здоровье и общество

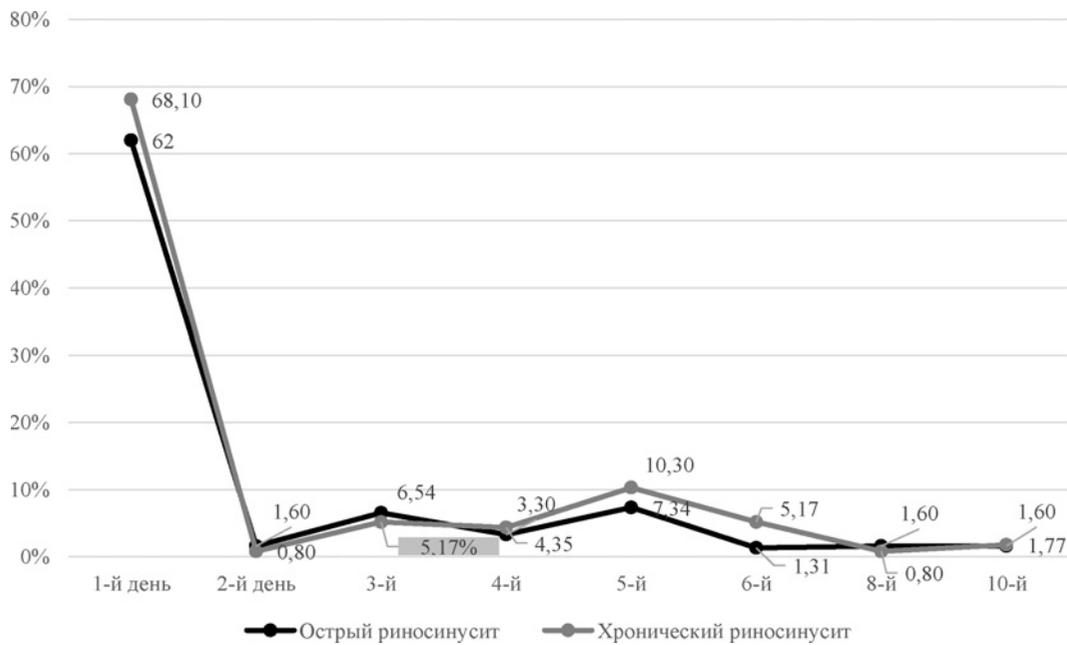


Рис. 2. Выбор дня назначения антибиотиков от начала заболевания при ОРС и ХРС.

сто использовалась при лечении COVID-19 [21]. Следовательно, это является стратегической ошибкой. Еще одной выявленной нами особенностью было то, что 8,16% врачей назначают препараты из группы фторхинолонов, которые не относятся к числу препаратов первой линии для лечения ОРС, что также является нарушением схемы лечения этого заболевания [12]. Также отмечается определенный процент врачей, которые неправильно определяют продолжительность антибиотикотерапии: в 2,88% случаев лечение составляет 3 дня, что приводит к неполной эрадикации возбудителя, а в 4,16% случаев антибиотики назначают на 14 дней, что является слишком длительным сроком и увеличивает риск снижения эффективности лечения при последующих заболеваниях и вероятность развития антибиотикорезистентности к этой группе лекарственных средств в видовом значении.

Эти дефекты в тактике лечения могут привести к необходимости смены группы антибиотиков, тем самым увеличить срок лечения и возможное дополнительное применение инвазивных методов лечения — пункции верхнечелюстной пазухи или хирургического лечения ОНП. Увеличение длительности заболевания может повлечь за собой создание условий на слизистой оболочке ОНП для персистенции патогенных микроорганизмов, что приведет к дисбалансу локального иммунного ответа с последующим развитием хронизации воспалительного процесса, усложняя ведение данных групп пациентов в перспективе и увеличение затрат бюджетных средств для последующих госпитализаций и проведения оперативных вмешательств [22].

Для лечения ХРС без полипов назначение антибиотиков в первый день обращения составляет 98,9%, что количественно больше, чем при ОРС. Это является неправильной тактикой, так как ХРС —

многофакторное заболевание, при котором инфекционный фактор не играет ведущую роль в поддержании воспалительного процесса [23].

При обострении хронического процесса в первую очередь необходимы персонализированный подбор индивидуальной схемы местной терапии и санация хронического очага инфекции. По результатам нашего исследования, при лечении обострения ХРС без полипов 40,48% врачей-оториноларингологов назначают группу макролидов, учитывая, что эта группа препаратов не влияет на микроорганизмы, организованные в биопленки, количество которых повышено при ХРС, не обладает широким спектром действия на специфическую микрофлору, что также актуально при ХРС. Также именно к макролидам регистрируется высокая антибиотикорезистентность, как уже упоминалось выше [24]. При ПРС антибиотики назначают 87,88% ($n=551$) оториноларингологов. Поскольку инфекционная теория возникновения ПРС не подтверждена и не было выявлено ни одного патогенного агента, являющегося прямым возбудителем ПРС, а также не получено различия в количественном и качественном составе микробиоты полости носа в период обострения и ремиссии воспалительного процесса, назначение антибиотиков при этом заболевании должно быть ограничено и применяться строго по показаниям [25].

Такие дефекты в оказании медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями не позволяют достичь стойкой ремиссии и приводят к развитию осложнений, требующих хирургического лечения.

Заключение

Предложенный алгоритм оценки профессионального потенциала врачей-оториноларингологов

в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи был успешно транспортирован на другие профили оказания медицинской помощи и положен в основу методологии изучения профессионального потенциала для врачей различного профиля. Для стандартизации процессов обработки данных опроса предложена и используется автоматизированная система сбора и обработки информации — СОДА. При анкетировании выявлены ошибки при назначении антибактериальной терапии при остром и хроническом риносинусите в виде неправильной продолжительности курса, их назначения с первых дней заболевания, использования препаратов второй линии, что сопряжено с риском развития антибиотикорезистентности, с одной стороны, и риском затяжного течения воспалительного процесса и перехода острого риносинусита в хронический — с другой.

Министерство здравоохранения Российской Федерации может использовать предложенную методику и полученные результаты научных исследований для разработки подходов к повышению привлекательности профессии врача с целью увеличения общественного здоровья страны.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русских С. В., Ларионов А. В., Васильев М. Д. Методический подход к построению индекса доверия врачей к своей деятельности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(С.2):1183—8. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1183-1188
2. Русских С. В., Васильева Т. П. Схема «Методология расчета индекса доверия медицинских работников (ИДМР)». Патент на промышленный образец № 140920, 06.03.2024. Заявка № 2023505804 от 21.11.2023. Режим доступа: https://www.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet (дата обращения 01.04.2024).
3. Русских С. В., Тарасенко Е. А., Васильева Т. П., Москвичева Л. И., Габуния Н. Ю., Макарова Е. В. Отношение к внедрению риск-ориентированного подхода в систему российского здравоохранения среди сотрудников медицинских организаций. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2023;43(1):211—29. doi: 10.18699/SSMJ20240121
4. Ключкина Е. О. Особенности развития человеческого потенциала в системе здравоохранения. *Альманах современной науки и образования*. Тамбов: Грамота. 2015;4(94):85—8. ISSN 1993-5552. Режим доступа: <https://www.gramota.net/materials/1/2015/4/19.html> (дата обращения 01.04.2024).
5. Васильева Т. П., Халецкий И. Г., Куксенко В. М., Трофимов В. В., Истратова Т. А., Алексеева Е. Г. Личный потенциал врача как фактор улучшения качества медицинской помощи. *Медицинский альманах*. 2011;(3):85—90. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnyy-potentsial-vracha-kak-faktor-uluchsheniya-kachestva-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения 01.04.2024).
6. Дайхес Н. А., Карнеева О. В., Ким И. А., Савельев С. В., Серебрякова И. Ю., Дайхес А. Н. Состояние оториноларингологической службы Российской Федерации. *Российская оториноларингология*. 2019;18(3):9—16. doi: 10.18692/1810-4800-2019-3-9-16
7. Fokkens W. J., Lund V. J., Hopkins C., Hellings P. W., Kern R., Reitsma S. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology*. 2020;58(Suppl S29):1—464. doi: 10.4193/Rhin20.600
8. Коркмазов М. Ю., Зырянова К. С., Белошангин А. С. Оценка клинической эффективности фитотерапевтического лекарственного препарата в лечении и профилактике рецидивов острых риносинуситов у детей г. Челябинска. *Медицинский Совет*. 2016;(7):90—3. doi: 10.21518/2079-701X-2016-07-90-93
9. Савлевич Е. Л., Козлов В. С., Дорощенко Н. Э., Засеева Т. Ю., Кубаева Л. М. Анализ алгоритма диагностики аллергического и неаллергического ринита по данным амбулаторной службы поликлиник Москвы. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2017;2(4):58—64. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_32400451_44136941.pdf (дата обращения 01.04.2024).
10. Савлевич Е. Л., Козлов В. С., Жарких М. А., Чернышова Д. А., Рузакова Е. А. Анализ современных схем лечения хронического ринита по данным амбулаторной службы поликлиник Москвы. *Медицинский Совет*. 2017;16:60—7. doi: 10.21518/2079-701X-2017-16-60-67
11. Курбачева О. М., Польшер С. А., Смирнов Д. С. Аллергический ринит. Вечная проблема и ее современное решение. *Медицинский Совет*. 2015;(3):84—91. doi: 10.21518/2079-701X-2015-3-84-91
12. Савлевич Е. Л., Козлов В. С., Фариков С. Э. Анализ современных схем диагностики и лечения острого риносинусита по данным амбулаторной службы поликлиник Управления делами Президента РФ. *Вестник оториноларингологии*. 2020;85(4):51—7. doi: 10.17116/otorino20208504151
13. Крюков А. И., Царапкин Г. Ю., Хамзалиева Р. Б., Товмасын А. С., Панасов С. А., Артемьева-Карелова А. В. Консервативное лечение острого бактериального синусита. *Российская ринология*. 2018;26(3):3—8. doi: 10.17116/tosrino2018260313
14. Савлевич Е. Л., Егоров В. И., Шачнев К. Н., Татаренко Н. Г. Анализ схем лечения полипозного риносинусита в Российской Федерации. *Российская оториноларингология*. 2019;18(1):98. doi: 10.18692/1810-4800-2019-1-124-134
15. Ларин Р. А., Мокеева П. П., Гришин А. С. Опыт биологической терапии при тяжелых формах хронического полипозного риносинусита в условиях регионального здравоохранения. *Вестник оториноларингологии*. 2023;88(2):51—8. doi: 10.17116/otorino20228802151
16. Русских С. В., Васильев М. Д., Дворникова Т. А., Васильева Т. П., Егоров В. И., Савлевич Е. Л. Схема «Алгоритм оценки профессионального потенциала медицинских кадров врачей-оториноларингологов, в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи на основе интегральной оценки количественных и качественных показателей социологических исследований». Патент на промышленный образец № 139327, 21.11.2023. Заявка № 2023503029 от 20.06.2023. Режим доступа: <https://fips.ru/EGD/5d4a7dab-13a2-4a2d-b577-532a0ab6fed2> (дата обращения 01.04.2024).
17. Зудин А. Б., Русских С. В., Васильева Т. П., Костров А. А., Першин А. В., Васильев М. Д. Система автоматической обработки данных и проведение анкетирования (СОДА версия 1). Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2024613395. Режим доступа: https://www.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet (дата обращения 01.04.2024).
18. Русских С. В., Васильев М. Д., Каунина Д. В., Васильева Т. П. Схема «Алгоритм оценки профессионального потенциала медицинских кадров и специалистов в области медико-профилактического дела по вакцинации в предупреждении медицин-

Здоровье и общество

- ских рисков при организации иммунопрофилактики на основе интегральной оценки количественных и качественных показателей социологических исследований». Патент на промышленный образец № 139326, 21.11.2023. Заявка № 2023503028 от 20.06.2023. Режим доступа: https://www.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet (дата обращения 01.04.2024).
19. Русских С. В., Васильев М. Д., Дворникова Т. А., Васильева Т. П., Файзуллаев А. Х., Сакбаева Г. Е. Схема «Алгоритм оценки профессионального потенциала медицинских кадров врачей-педиатров в предупреждении медицинских рисков при оказании медицинской помощи пациентам с миодистрофией Дюшенна на основе интегральной оценки количественных и качественных показателей социологических исследований (информированность врачей-педиатров о редком генетическом заболевании)» Патент на промышленный образец № 139328, 21.11.2023. Заявка № 2023503030 от 20.06.2023. Режим доступа: https://www.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet (дата обращения 01.04.2024).
20. Лопатин А. С. Острый риносинусит в EPOS 2020 и обновленных клинических рекомендациях Российского общества ринологов. *Фармакология & Фармакотерапия*. 2022;(Спецвыпуск):30—6. doi: 10.46393/27132129_2022_S_30
21. Кароли Н. А., Апаркина А. В., Григорьева Е. В., Магдеева Н. А., Никитина Н. М., Смирнова Н. Д. Антибактериальная терапия пациентов с COVID-19 на амбулаторном и стационарном этапах. *Антибиотики и химиотерапия*. 2022;67(1-2):24—31. doi: 10.37489/0235-2990-2022-67-1-2-24-31
22. Wang J. C., Moore C. A., Epperson M. V., Sedaghat A. R. Association of the sinonasal bacterial microbiome with clinical outcomes in chronic rhinosinusitis: a systematic review. *Int. Forum Allergy Rhinol.* 2020;Apr;10(4):433—43. doi: 10.1002/alr.22524
23. Рязанцев С. В., Кириченко И. М., Савлевич Е. Л., Попадюк В. И., Козлова Н. С., Чернолев А. И. Возрастные особенности течения острого и хронического риносинусита. *Вестник оториноларингологии*. 2024;89(1):64—72. doi: 10.17116/otorino20248901164
24. Monahan C., Morris D., Nag R., Cummins E. Risk ranking of macrolide antibiotics — Release levels, resistance formation potential and ecological risk. *Sci. Total Environ.* 2023;Feb 10;859(Pt 2):160022. doi: 10.1016/j.scitotenv.2022.160022
25. Савлевич Е. Л., Егоров В. И., Савушкина Е. Ю., Зурочка А. В., Герасимов А. Н., Митрофанова Е. С. Изучение микробных факторов при обострении полипозного риносинусита. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2022;99(4):445—52. doi: 10.36233/0372-9311-201
- научный медицинский журнал. 2023;43(1):211—29. doi: 10.18699/SSMJ20240121 (in Russian).
4. Klyukina E. O. Features of human potential development in the health care system. *Al'manakh sovremennoy nauki i obrazovaniya. Tambov: Gramota*. 2015;(94):85—8. Available at: <https://www.gramota.net/materials/1/2015/4/19.html> (accessed 01.04.2024) (in Russian).
5. Vasil'eva T. P., Khaletskiy I. G., Kuksenko V. M., Trofimov V. V., Isratova T. A., Alekseeva E. G., et al Personal potential of a doctor as a factor in improving the quality of medical care. *Meditsinskiy al'manakh*. 2011;(3):85—90. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnyy-potentsial-vracha-kak-faktor-uluchsheniya-kachestva-meditsinskoy-pomoschi> (accessed 01.04.2024) (in Russian).
6. Daikhes N. A., Karneeva O. V., Kim I. A., Savel'ev S. V., Serebryakova I. Yu., Daikhes A. N., et al. The state of otorhinolaryngological service of the Russian Federation. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2019;18(3):9—16. doi: 10.18692/1810-4800-2019-3-9-16 (in Russian).
7. Fokkens W. J., Lund V. J., Hopkins C., Hellings P. W., Kern R., Reitsma S., et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology*. 2020;58(Suppl S29):1—464. doi: 10.4193/Rhin20.600
8. Korkmazov M. Y., Zyryanova K. S., Beloshangin A. S. Evaluation of the clinical efficacy of a phytotherapeutic drug in the treatment and prevention of recurring acute rhinosinusitis in children of Chelyabinsk. *Meditsinskiy sovet*. 2016;(7):90—3. doi: 10.21518/2079-701X-2016-07-90-93(in Russian).
9. Savlevich E. L., Kozlov V. S., Doroshchenko N. E., Zaseeva T. Y., Kubaeva L. M. Assessment of the diagnostic algorithm for allergic and non-allergic rhinitis using the database of Moscow outpatient units. *Kremlin Medicine Journal*. 2017;2(4):58—64. Available at: https://elibrary.ru/download/elibrary_32400451_44136941.pdf (accessed 01.04.2024) (in Russian).
10. Savlevich E. L., Kozlov V. S., Zharkikh M. A., Chernyshova D. A., Ruzakova E. A. Analysis of current therapeutic approaches to chronic rhinitis according to the polyclinic data of ambulatory service of Moscow. *Meditsinskiy sovet*. 2017;16:60—7. doi: 10.21518/2079-701X-2017-16-60-67 (in Russian).
11. Kurbacheva O. M., Polner S. A., Smirnov D. S. Allergic rhinitis. Perpetual problem and current solutions. *Meditsinskiy sovet*. 2015;(3):84—91. doi: 10.21518/2079-701X-2015-3-84-91 (in Russian).
12. Savlevich E. L., Kozlov V. S., Farikov S. E. Analysis of current diagnostic and treatment approaches for acute rhinosinusitis according to polyclinics data of the outpatient service of Administrative Directorate of the President of the Russian Federation. *Vestnik otorinolaringologii*. 2020;85(4):51—7. doi: 10.17116/otorino20208504151 (in Russian).
13. Krukov A. I., Tsarapkin G. Yu., Khamzalieva R. B., Tovmashian A. S., Panasov S. A., Artem'eva-Karelova A. V. Conservative treatment of acute bacterial sinusitis. *Russian Rhinology*. 2018;26(3):3—8. doi: 10.17116/rosrino2018260313 (in Russian).
14. Savlevich E. L., Egorov V. I., Shachnev K. N., Tatarenko N. G. The analysis of polypous rhinosinusitis treatment regimens in the Russian Federation. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2019;18(1):124—34. doi: 10.18692/1810-4800-2019-1-124-134 (in Russian).
15. Larin R. A., Mokeeva P. P., Grishin A. S. Experience of biological therapy in severe forms of chronic rhinosinusitis with nasal polyps in the conditions of regional healthcare. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2023;88(2):51—8. doi: 10.17116/otorino20228802151 (in Russian).
16. Russkikh S. V., Vasiliev M. D., Dvornikova T. A., Vasilieva T. P., Egorov V. I., Savlevich E. L., et al. Scheme “Algorithm for assessing the professional potential of medical personnel of doctors-otorhi-

Поступила 14.03.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

- nalaryngologists, in the prevention of medical risks in the provision of medical care to patients with inflammatory diseases of the maxillary sinus on the basis of an integral assessment of quantitative and qualitative indicators of sociological research". Design patent No. 139327, 21.11.2023. Application № 2023503029 from 20.06.2023. Available at: <https://fips.ru/EGD/5d4a7dab-13a2-4a2d-b577-532a0ab6fed2> (accessed 01.04.2024) (in Russian).
17. Zudin A. B., Russkikh S. V., Vasilieva T. P., Kostrov A. A., Pershin A. V., Vasiliev M. D. System of Automatic Data Processing and Questionnaire Administration (SODA version 1). Certificate of registration of computer program № 2024613395. Available at: https://www.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet (accessed 01.04.2024) (in Russian).
 18. Russkikh S. V., Vasiliev M. D., Kaunina D. V., Vasilieva T. P. Scheme "Algorithm for assessing the professional potential of medical personnel and specialists in the field of medical and preventive vaccination in the prevention of medical risks in the organization of immunoprophylaxis on the basis of integral assessment of quantitative and qualitative indicators of sociological research". Design patent № 139326, 21.11.2023. Application № 2023503028 from 20.06.2023. Available at: https://www.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet (accessed 01.04.2024) (in Russian).
 19. Russkikh S. V., Vasiliev M. D., Dvornikova T. A., Vasilieva T. P., Faizullaev A. H., Sakbaeva G. E., et al. Scheme "Algorithm for assessing the professional potential of medical personnel of pediatricians in preventing medical risks in providing medical care to patients with Duchenne myodystrophy on the basis of integral assessment of quantitative and qualitative indicators of sociological research (awareness of pediatricians about a rare genetic disease)". Design patent No. 139328, 21.11.2023. Application No. 2023503030 from 20.06.2023. Available at: https://www.fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet (accessed 01.04.2024) (in Russian).
 20. Lopatin A. S. Acute rhinosinusitis in EPOS 2020 and updated guidelines of the Russian Rhinologic Society. *Pharmacology & Pharmacotherapy*. 2022;(Special Issue):30–6. doi: 10.46393/27132129_2022_S_30 (in Russian).
 21. Karoli N. A., Aparkina A. V., Grigoryeva E. V., Magdeeva N. A., Nikitina N. M., Smirnova N. D., et al. Antibacterial Therapy of Patients With COVID-19 During The Outpatient and Hospital Stages. *Antibiotics and Chemotherapy*. 2022;67(1-2):24–31. doi: 10.37489/0235-2990-2022-67-1-2-24-31 (in Russian).
 22. Wang J. C., Moore C. A., Epperson M. V., Sedaghat A. R. Association of the sinonasal bacterial microbiome with clinical outcomes in chronic rhinosinusitis: a systematic review. *Int. Forum Allergy Rhinol.* 2020 Apr;10(4):433–43. doi: 10.1002/alr.22524
 23. Riazantsev S. V., Kirichenko I. M., Savlevich E. L., Popadyuk V. I., Kozlova N. S., Chernolev A. I. Acute and chronic rhinosinusitis age characteristics. *Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2024;89(1):64–72. doi: 10.17116/otorino20248901164 (in Russian).
 24. Monahan C., Morris D., Nag R., Cummins E. Risk ranking of macrolide antibiotics — Release levels, resistance formation potential and ecological risk. *Sci Total Environ.* 2023 Feb 10;859(Pt 2):160022. doi: 10.1016/j.scitotenv.2022.160022
 25. Savlevich E. L., Egorov V. I., Savushkina E. Yu, Zurochka A. V., Gerasimov A. N., Mitrofanova E. S., et al Study of microbial factors in exacerbation of chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Journal of microbiology, epidemiology and immunobiology*. 2022;99(4):445–52. doi: 10.36233/0372-9311-201 (in Russian).

Вольская Е. А.

РАЗВИТИЕ РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ЕС И США В 1992—2020 гг. СООБЩЕНИЕ 3. ФОРМИРОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В 2001—2020 гг.

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

Публикация является продолжением статьи «Развитие регулирования в сфере обращения лекарственных средств в Европейском союзе (ЕС) и США в 1992—2020 гг.». Рассмотрена история развития европейского фармацевтического законодательства с 2001 по 2020 г. Законы непрямого действия, принятые Европарламентом на первом этапе развития законодательства о лекарственных средствах, не обеспечили в полной мере гармонизацию нормативных баз государств — членов ЕС в сфере фармацевтического рынка. С 2000 г. Европарламент и Совет принимают законы прямого действия — регламенты. Наряду с фармацевтическим Кодексом регламенты по отдельным сегментам фармацевтического рынка составили комплекс законов в сфере обращения лекарственных средств. При разработке законов законодатели учитывали регуляторные нормы США. Несмотря на различия в истории, традициях законодательства и структуре, регуляторные системы США и ЕС в сфере обращения лекарственных средств в основном удалось гармонизировать.

Ключевые слова: лекарственные средства; фармацевтическое законодательство; гармонизация; регулирование деятельности; директива; регламент.

Для цитирования: Вольская Е. А. Развитие регулирования в сфере обращения лекарственных средств в ЕС и США в 1992—2020 гг. Сообщение 3. Формирование законодательства Европейского союза в сфере обращения лекарственных средств в 2001—2020 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):933—940. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-933-940>

Для корреспонденции: Вольская Елена Алексеевна, канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: vols-elena@yandex.ru

Volskaya E. A.

THE DEVELOPMENT OF REGULATION OF PHARMACEUTICALS TURN-OVER IN EU AND THE USA IN 1992–2020. REPORT 3. THE MAKING OF THE EU LEGISLATION OF PHARMACEUTICALS TURN-OVER IN 2001–2020

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

This article proceeds the topic of the article “The development of regulation of the circulation of medicines in the EU and the USA in 1992–2020.” The history of development of European pharmaceutical legislation in 2001–2020 is considered. The acts of indirect action adopted by EU Parliament at first stage of development of legislation concerning medications failed to fully harmonize normative base of the EU Member States in pharmaceutical market. Since 2000, the EU Parliament and the EU Council adopt laws of direct action — the Regulations. Alongside with the pharmaceutical Code, the Regulations for single segments of pharmaceutical market constituted set of laws related to turn-over of medications. The legislators, at developing EU laws, took into account the US regulatory standards. Despite differences in history, legislative traditions and structure, regulatory systems of the USA and the EU concerning medications turn-over were basically harmonized.

Key words: medications; pharmaceutical legislation; harmonization; regulation; directive.

For citation: Volskaya E. A. The development of regulation of pharmaceuticals turn-over in EU and the USA in 1992–2020. Report 3. The making of the EU legislation of pharmaceuticals turn-over in 2001–2020. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):933–940 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-933-940>

For correspondence: Volskaya E. A., candidate of historical sciences, the Leading Researcher of the Department of History of Medicine of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: vols-elena@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.06.2024
Accepted 15.08.2024

Введение

Настоящая публикация является завершающей частью статьи «Развитие регулирования в сфере обращения лекарственных средств в ЕС и США в 1992—2020 гг.». Первое сообщение освещает развитие законодательства о лекарственных средствах в США. В сообщении 2 представлен исторический процесс на первом этапе развития европейского регулирования в фармацевтической сфере — 1992—

2001 гг., главной задачей которого была гармонизация регуляторных норм в государствах — членах Европейского союза (ЕС) путем введения положений, принимаемых Европейским Парламентом и Советом ЕС. В настоящей публикации освещен второй этап развития европейского фармацевтического права, на котором утверждение законов непрямого действия сменилось принятием нормативно-правовых актов прямого действия — регламентов, получивших приоритет перед национальными нор-

мами и обязательных к исполнению. Представлены результаты сравнительного анализа введения регуляторных норм в США и ЕС, показавший некоторую вторичность европейских норм по отношению к американским, что объясняется стремлением европейских законодателей к созданию общего регуляторного поля на международном уровне. Это способствовало поступательному развитию как фармацевтического рынка ЕС, так и глобального фармацевтического рынка.

Материалы и методы

Источниками исследования послужили нормативные директивы и регламенты ЕС в области сферы обращения лекарственных средств (ЛС), публикации в специализированных изданиях, доступные отчеты и аналитические справки ассоциаций фармацевтической промышленности, материалы профильных конференций. Методы исследования — контент-анализ, историко-системный метод, сравнительный анализ.

Результаты исследования

К середине первого десятилетия нашего века система регулирования фармсферы посредством законов прямого действия утратила свою актуальность. Более того, интерпретации общих норм директив, их детализация в нормативных актах государств — членов ЕС была весьма различной. Несходство процедур и сроков рассмотрения обращений и заявок, требований к оформлению документации, правил взаимодействия с регуляторами создавали серьезные барьеры для фармпроизводителей, в том числе для крупных компаний, планировавших осуществлять деятельность на нескольких национальных рынках европейских стран. Подобные препятствия не способствовали ни процветанию единой фармсферы ЕС, ни развитию глобального рынка лекарств.

Такая ситуация диктовала необходимость унификации законодательных актов и созданию единого фармацевтического законодательства ЕС.

Тем не менее процесс имплементации положений директив в государствах — членах ЕС был завершен, общие базовые законодательные положения в сфере обращения ЛС оказались гармонизированы и действовали достаточно эффективно. Фармацевтический рынок ЕС был готов к единому нормативному регулированию, поскольку взаимодействие его субъектов расширялось и углублялось. Логично было начать применение на общем правовом поле законов прямого действия, в особенности по разделам фармсферы, пока не получившим отражения в регуляторных нормах.

В то же время произошли значительные изменения в структуре ЕС. В 2004 г. в ЕС вошли 10 государств: Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония. Через несколько лет в ЕС были приняты Болгария, Румыния и Хорватия. В ряде этих стран до 1990-х годов фармацевтического законодательства не было

вовсе, в других принятые законы не соответствовали нормам законодательства ЕС. Новым государствам предстояло разработать адекватную правовую базу в сфере обращения ЛС либо изменить существующие нормы путем введения в правовое поле требований ЕС. Наряду с приведением в соответствие с положениями Кодекса собственных национальных норм, которое в любом случае было необходимо новым государствам-членам, им предстояло принять к действию и другие нормативные акты ЕС. В целях создания общего фармацевтического рынка, который быстро расширялся, необходимы были меры более решительные, чем постепенная интеграция европейских правил в контекст локальных нормативных актов.

Для законодателей не было смысла в затягивании процесса расширения фармацевтического рынка региона, тем более что в «новых» государствах-членах эффективно развивалось производство качественных дженериков, обещавшее экономию в сфере лекарственного обеспечения. В этом была еще одна предпосылка перехода законодателей к принятию законов прямого действия.

Иными словами, совпали как субъективные предпосылки — готовность «первых» государств ЕС к принятию единых законодательных актов прямого действия, так и объективные причины — необходимость построения жесткими мерами общего правового поля для новой конфигурации Союза.

Регламенты (Regulations) — законы прямого действия — Европейский Парламент и Совет начали принимать в тех областях, в которых требовались срочные и всеобщие (на уровне ЕС) меры для изменения ситуации.

Одним из первых законов прямого действия в фармацевтической сфере стал Регламент ЕС 141/2000 [7] по лекарственным средствам для редких болезней (по орфанным ЛС), принятый Европарламентом и Советом в декабре 1999 г., когда завершалась работа над фармацевтическим Кодексом ЕС. Объект регламентации был выбран из-за острых проблем в лекарственном обеспечении пациентов с редкими болезнями, в числе которых муковисцидоз, акромегалия, лейциноз и другие генетически обусловленные патологии. Проблема заключается в том, что при очень низкой распространенности заболевания (в ЕС этот показатель составляет 5 случаев на 10 тыс. человек, т. е. 1:2000) фармацевтические компании не имеют заинтересованности вкладывать средства и ресурсы в исследования и разработку лекарств для их лечения («не интересные», «не нужные» для компаний препараты также называют орфанными, т. е. сиротскими). Свою роль в принятии данного закона сыграл успешный опыт регулирования орфанного сегмента в США, а также лоббирование фармацевтических компаний, заинтересованных в появлении нового, перспективного с точки зрения государственной поддержки сегмента фармацевтического рынка: пока сегмент общего фармрынка не имеет правового регулирования, в том числе правил регистрации и обращения ЛС,

Здоровье и общество

этот сегмент закрыт для активности фармпроизводителей. Закон вступил в силу через 3 мес после утверждения, что довольно быстро по сравнению с обычной процедурой, длящейся много месяцев. Были законодательно введены материальные мотивации (финансовая поддержка разработки, гарантированные государственные закупки, режим эксклюзивности на фармацевтическом рынке), весьма важные для стимулирования производителей орфанных лекарств [8]. Регламент как закон прямого действия был одним из первых актов довольно жесткого регулирования в области фармацевтического рынка. Такой опыт оказался весьма удачным, как отмечали эксперты, анализируя ситуацию в сегменте орфанных препаратов спустя 10 лет: за эти годы в ЕС выходило на рынок ежегодно в среднем по 70 препаратов по орфанным показаниям (что сравнимо с показателями для США — 93 препарата) [9], поэтому проблемой стало не отсутствие лекарств от редких болезней, а доступность для пациентов всех этих фармпродуктов, которые должны были закупаться на государственные средства [10].

В последующие годы был принят ряд регламентов по другим важным сегментам рынка и специальным областям регламентации фармацевтической деятельности.

Так, в рамках ужесточения борьбы с наркоманией в 2004 г. был принят Регламент (ЕС) № 273/2004 Европейского парламента и Совета о прекурсорах наркотических средств [11], в 2006 г. — Регламент (ЕС) № 1920/2006 Европейского парламента и Совета о Европейском центре мониторинга наркотиков и наркомании. Оба регламента способствовали созданию системы барьеров для незаконного оборота наркотических средств на территории ЕС.

Последующая нормотворческая деятельность была направлена на включение в единое регуляторное поле специальных сегментов фармацевтического рынка ЛС, в том числе таких, как особые категории ЛС, в частности лекарств для применения в педиатрии, или нефармацевтических препаратов для применения в медицине, а также специальных процедур администрирования сферы обращения.

В 2004 г. Европарламентом и Советом был принят весьма важный законодательный акт — регламент 726/2004 о процедурах авторизации и надзора за ЛС для применения у человека (а также ветеринарными ЛС). Этим законом вместо Агентства по экспертизе лекарств (European Medicines Evaluation Agency, ЕМЕА) было создано Европейское агентство по лекарственным средствам (European Medicines Agency, ЕМА) [12]. Нужно обратить внимание на важность этого регламента: к середине 2000-х годов фармацевтический рынок развивался поступательными темпами, росло количество инновационных препаратов, в том числе биотехнологических, генно-инженерных и клеточных, для применения у людей. Как отмечается в преамбуле регламента, процедуры ЕМЕА по контролю качества при допуске ЛП в обращение перестали соответствовать уровню развития науки и инновационных разработок ЛС,

структура Агентства не могла обеспечить должный уровень экспертизы представленных для регистрации ЛС досье. Новый регламент отвечал на этот запрос, вводил новые требования к экспертной оценке качества ЛП, а также распространял обязательную централизованную процедуру на регистрацию орфанных, иммунобиологических, онкологических ЛС, препаратов для лечения сахарным диабетом и нейродегенеративными расстройствами, СПИДом. Для этого Агентство получило новую структуру экспертных комиссий и научных комитетов.

Важным было нововведение, направленное на централизованное управление мониторингом безопасности ЛС после их поступления в обращение: допуск в обращение ЛС, зарегистрированных по централизованной процедуре, действовал в течение 5 лет, после чего требовалось проводить подтверждение допуска на основании данных по безопасности ЛП при применении в рутинной практике. Регламент также устанавливал процедуры взаимодействия ЕМА с национальными органами, ответственными за авторизацию ЛС.

Централизованная процедура допуска ЛС в обращение предусматривала для ЕМА роль главного консультативного органа, на основании положительного заключения которого Еврокомиссия производит авторизацию ЛС, т. е. регистрацию препарата на территории всех государств — членов ЕС. Таким образом, по сути, данный регламент относится к деятельности регуляторных органов, к сфере администрирования процедур и координации деятельности, осуществляемых регуляторами в сфере обращения ЛС. При этом в части принципов допуска ЛС в обращение и требований к регистрационному досье, которое заявитель представляет для авторизации препарата в ЕМА, дана отсылка к Директиве 2001/83.

С момента принятия до 2020 г. в регламент неоднократно вносили дополнения и изменения, но основные положения остались прежними. Так, в 2019 г. была внесена поправка об изменении резиденции штаб-квартиры ЕМА в связи с брэкситом (Амстердам вместо Лондона).

Регламент 726/2004/ЕС, трактующий установки для регулятора в ходе процедур регистрации, имел большое значение в плане обеспечения четкости и прозрачности работы ЕМА. Другим важным аспектом стало формирование единых информационных систем по мониторингу безопасности ЛС после поступления препарата в обращение — фармаконадзор, а также создание стимула осуществлять его для производителей (необходимость подтверждения регистрации через 5 лет применения ЛП на основе данных мониторинга). Таким образом, декларированные в фармацевтическом Кодексе принципы фармаконадзора получили подтверждение в требованиях закона прямого действия.

В 2006 г. был принят еще один «частный» закон — регламент 1901/2006 по ЛС, применяемым в педиатрии [13]. Проблема с лекарствами для лече-

ния детей стояла остро: больше половины применявшихся в педиатрии лекарств никогда не исследовались с участием детей в качестве субъектов и не имели показаний по детским болезням. Основная причина заключалась в этических нормах, напрямую запрещавших исследовать ЛС на детской популяции раньше или одновременно со взрослыми пациентами. В результате врачи были вынуждены применять лекарства off-label¹. Специалисты указывали, что в педиатрических стационарах off-label применяется примерно 60% препаратов, в детской реаниматологии — около 70%, а в неонатальных отделениях — почти 90% [14]. Для некоторых болезней, проявлявшихся в детском возрасте, лекарств не было вовсе, и педиатры били тревогу [15].

В США положение дел было схожим. Но в 2003 г. была принята поправка в Федеральный закон о пищевых продуктах, ЛС и косметике, которая при определенных условиях разрешала проведение исследований новых, в том числе биотехнологических, ЛС, применяемых у детей [16]. Условия были довольно жесткими, они предусматривали разрешительную систему на основе заявки в Федеральное агентство по продуктам питания и лекарственным средствам США (Food and Drug Administration, FDA), в том числе представление плана педиатрических исследований (pediatric investigation plan, PIP), который должен быть утвержден специальным комитетом по педиатрическим ЛС. Европейские законодатели пошли тем же путем. Регламент устанавливал условия для проведения клинических исследований с участием детей в качестве субъектов при условии одобрения особым Комитетом перспективного плана исследований, жесткой отчетности. Чтобы побудить производителей проводить затратные и длительные клинические исследования, были предусмотрены такие меры, как эксклюзивность данных сроком на 6 мес, консультирование при составлении PIP и др. Этот регламент также показал свою эффективность: за 3 года после выхода в свет регламента в Комитет по педиатрическим исследованиям ЕМА было подано на экспертизу около 800 планов педиатрических исследований [17].

Следом за регламентом по педиатрическим лекарствам был принят еще один акт по особой категории препаратов — регламент 1394/2007 Европарламента [18] о лекарственных препаратах передовой терапии². Документ устанавливает правила допуска в обращение, контроля качества, клинических исследований, надзора за безопасностью применения в медицинской практике (аналогично фармаконадзору) препаратов и средств передовой терапии для применения у человека. К таким средствам относятся генно-инженерные препараты, соматические кле-

точные препараты и биотехнологические клеточные и тканевые продукты, т. е. речь идет об обращении препаратов, получаемых с помощью передовых генетических и клеточных технологий. На момент принятия регламента достижения биотехнологий, успешные изыскания в области генетических и клеточных технологий только начинали претворяться в медицинские методы диагностики и терапии. Ни по одному клеточному или генетическому препарату еще не подавались заявки на разрешение клинических исследований. В Регламенте был решен серьезный методический вопрос: что именно подлежит регистрации — новая передовая технология получения терапевтического продукта или новый продукт для передовой терапии. Автор был свидетелем горячих дискуссий в 2005—2006 гг. в рамках научно-практических конференций Pharma-Recht (Франкфурт-на-Майне) и семинаров Европейской конфедерации фармацевтических предпринимателей (European Confederation of Pharmaceutical Entrepreneurs, EUCOPE, Брюссель). Была принята концепция регистрации новых продуктов для передовых методов лечения, согласно которой правила регулирования и процедуры регистрации и фармаконадзора традиционных ЛС распространяются на препараты передовых технологий. Через несколько лет эта концепция была принята и в США. Регламент ЕС ввел специфический сегмент препаратов для передовых технологий в сферу обращения ЛС. Для этого внесены соответствующие дополнения в Директиву 2001/83 и регламент 726/2004, область клинических исследований клеточных и тканевых технологий подчинена Директиве 2001/20 о клинических исследованиях ЛС.

В последующие годы тенденция введения в регуляторную базу фармсферы норм прямого действия продолжилась, в то время как новые директивы по отдельным разделам уже не принимались.

В 2014 г. был принят регламент № 536/2014 о клинических исследованиях [19] — объемный, документ, состоящий из 99 статей, который заменил довольно краткую директиву 2001/20 (в ней содержалось 24 статьи), но по содержанию он также представлял собой «частный» нормативный акт.

Необходимость введения нового закона — прямого, который в деталях регулировал бы все без исключения процессы, объекты и действия участников сферы клинических исследований, — была обусловлена заметным отставанием сферы клинических исследований в ЕС от таковой в США, а именно: в обосновании целесообразности изменения законодательства, представленном в Европарламент в 2012 г., отмечено, что за последние 5 лет из-за различий в разрешительной процедуре в государствах-членах длительность получения разрешения на проведение исследований увеличилась на 90%, а стоимость проведения клинических исследований в ЕС выросла вдвое. В результате производители ЛС, проводящие клинические исследования, перемещают свои проекты в другие страны, количество клинических исследований уменьшилось на 25%, т. е.

¹ Off-label-use — применение ЛС «вне инструкции», т. е. по показаниям, в дозировках и для контингентов, не указанных в официальной инструкции по медицинскому применению.

² Перевод автора, термин «advanced therapy medicinal products» в системе Гарант переведен как «лекарственные средства современной терапии». Режим доступа: <https://base.garant.ru/70256892/?ysclid=lszqxuhxb8405853698>

Здоровье и общество

регион ЕС теряет конкурентоспособность в сфере клинических исследований по сравнению с США [20].

Важнейшими нововведениями нового закона стали следующие нормы:

- нормы непрямого действия заменяются нормами прямого действия, т. е. директива 2001/20/ЕС утрачивает силу по окончании переходного периода, а положения Регламента непосредственно вводятся в правоприменительную практику во всем ЕС;
- центральная роль в новых процедурах отдана онлайн-порталу ЕМА, через него осуществляются все коммуникации разрешительной процедуры («одно окно»);
- унифицированы требования к содержанию заявки на проведение клинических исследований, на процедуру заявки и выдачи разрешений;
- сокращены сроки обработки заявки и оформления разрешения;
- введены новые определения клинических исследований, по сути, это новая классификация исследований [21].

Этот Регламент, регулировавший систему разрешительных процедур для клинических исследований и их контроля на уровне ЕМА и в государствах — членах Евросоюза, оказался одним из немногих законов в сфере обращения ЛС, которые по детализации установок и требований не имели аналога в законодательстве США. Поэтапное вступление в силу положений Регламента способствовало преодолению негативных тенденций и оживлению сферы клинических исследований.

В результате к 2020 г. в ЕС сложилась довольно стройная система регулирования сферы обращения ЛС. Ее стержнем является фармацевтический Кодекс (Директива 2001/83), в который вошли все общие нормы функционирования фармацевтического рынка. Затем были введены в действие законы прямого действия — «частные» регламенты, напрямую регулирующие отдельные виды деятельности и сегменты сферы обращения ЛС, такие как регламент 726/2004 по деятельности регуляторов (ЕМА и национальных органов), регламент 536/2014 по клиническим исследованиям, регламенты по специфическим сегментам педиатрических, орфанных, передовых препаратов.

Комплекс регуляторных актов фармсферы ЕС не ограничивался законами, принимаемыми Европарламентом и Советом. Так, в 2009 г. в Лиссабоне был подписан договор, согласно которому Европарламент и Совет ЕС уполномочили высший орган исполнительной власти ЕС — Европейскую Комиссию — выпускать регуляторные акты в целях реализации требований и положений действующих директив и регламентов. Помимо собственных регламентов, издававшихся Еврокомиссией по узким специальным вопросам фармобращения, предусмотрены еще два варианта: делегированные регламенты (delegated regulation), которые Еврокомиссия

разрабатывает по поручению Европарламента, и имплементационные³ регламенты (implementing regulation), которыми могут уточняться и/или дополняться отдельные статьи законов. Они различаются по процедуре утверждения. В сфере обращения ЛС такие виды нормативных актов принимаются довольно редко. Так, в 2013 г. был принят имплементационный регламент № 198/2013 по утверждению маркировки лекарств, подлежащих особому контролю на предмет безопасности («черный треугольник»).

К системе регулирования фармацевтической сферой относятся также руководства, утвержденные на уровне ЕС и публикуемые в официальном бюллетене ЕС наряду с директивами и регламентами. Обычно это руководства по отдельным вопросам, поясняющие и детализирующие конкретные положения законодательных актов; в частности, в марте 2006 г. в целях разъяснения ст. 29 Фармкодекса вышло руководство по определению потенциальной серьезной опасности для общественного здоровья. Регулярно обновляются руководства по надлежащей клинической практике (GCP) и надлежащей производственной практике (GMP)⁴, указание на необходимость выполнения которых содержится в Директивах 2001/20 и 2001/83 и других законах.

К 2020-м годам была решена проблема несоответствия национальных систем регулирования фармацевтической сферы в государствах — членах ЕС. Регулирование сферы обращения фармпродукции в ЕС приобрело четкую структуру: его стержень составил фармацевтический Кодекс Евросоюза (Директива 2001/83/ЕС), который содержал основные нормы, касающиеся фармацевтической сферы, одновременно действовали регламенты, напрямую регулировавшие ее специальные, частные сегменты (законы о наркотических средствах, об орфанных ЛП, о педиатрических ЛС, о препаратах для передовых технологий) и особые области регламентации (администрирование процессов регистрации ЛС и фармаконадзора, клинические исследования). При достаточной жесткости нормативной базы ей была придана и достаточная пластичность, поскольку при необходимости система допускала оперативное внесение поправок в документы, в том числе посредством подзаконных нормативных документов Еврокомиссии.

Обсуждение

Анализ развития регулирования сферы фармобращения в США и ЕС показал сходство и различия нормативных баз фармацевтического рынка в этих регионах. Сходство проявляется в содержательно близких законодательных положениях и требованиях к процессам обращения ЛС, что объясняется не-

³ Имплементационный — вводящий (внедряющий) в текст нормативного акта.

⁴ Good clinical practice (GCP) — термин, закрепившийся для проведения надлежащей практики проведения клинических исследований; Good manufacturing practice (GMP) — термин, закрепившийся для проведения надлежащей практики производства ЛС.

Хронологическое сопоставление впервые принятых нормативных актов по основным разделам регулирования сферы обращения ЛС в США и ЕС

| Раздел регулирования | США | ЕС |
|--|--|---|
| Борьба с распространением фальсифицированных ЛС | 1938 г. Федеральный закон о продуктах питания, лекарствах и косметике (FD&C Act) | 2011 г. Поправка в фармацевтический Кодекс (Директива 2011/62/ЕС) |
| Обеспечение специалистов и населения информацией о безопасности ЛС | 1938 г. FD&C Act | 1965 г. Директива 65/65/ЕЭС |
| Сегментация фармацевтического рынка по категориям аптечного отпуска (рецептурные и безрецептурные ЛС) | 1951 г. Поправка в FD&C Act | 1992 г. Директива 1992/26/ЕЭС |
| Допуск ЛС в обращение на основании представления доказательных данных об эффективности и безопасности ЛС по результатам исследований | 1962 г. Поправка в FD&C Act (поправка Кефаувера—Харриса) | 1965 г. Директива 65/65/ЕЭС |
| Упрощенная процедура допуска в обращение дженериков. Срок эксклюзивности данных регистрационного досье на оригинальный препарат | 1984 г. Поправка в FD&C Act (закон Хэтча—Вакмана о конкуренции) | 1987 г. Поправка к Директиве 65/65/ЕЭС (Директива 87/21/ЕЭС) |
| Правила надлежащих клинических исследований ЛС | 1981 г. Руководящий документ FDA. «Надлежащая практика клинических исследований (GCP). Защита людей; информированное согласие» | 2001 г. Директива 2001/20 |
| Правила надлежащей производственной практики | 1978 г. Свод федеральных правил. Раздел «Производство фармпродуктов» | 2001 г. Директива 2001/83 (фармацевтический Кодекс ЕС) |
| Правила надлежащей дистрибьюторской практики | 1978 г. Свод федеральных правил. Раздел «Производство фармпродуктов» | 1992 г. Директива 92/25 |
| Маркировка ЛС | 1978 г. Свод федеральных правил. Раздел «Производство фармпродуктов» | 1992 г. Директива 92/27 |
| Правила надлежащей практики фармаконадзора | 2005 г. Руководящий документ FDA «Надлежащая практика фармаконадзора и фармакоэпидемиологической оценки» | 2010 г. Поправка в фармацевтический Кодекс (Директива 2010/84/ЕС) |
| Реклама и методы продвижения ЛС | 1978 г. FD&C Act | 1992 г. Директива 92/28 |
| Допуск в обращение ЛС для лечения редких заболеваний (орфанных ЛС) | 1983 г. Поправка в FD&C Act | 2000 г. Регламент ЕС 141/2000 |
| Допуск в обращение ЛС для применения в педиатрии | 2003 г. Поправка в FD&C Act (закон «справедливости» педиатрических исследований) | 2006 Регламент 1901/2006 |
| Допуск в обращение биотехнологических ЛС для передовой терапии | 2012 г. Поправка в FD&C Act | 2007 Регламент 1394/2007 |
| Допуск в обращение продуктов для передовой терапии — клеточных технологий, терапевтических продуктов тканевой инженерии, продуктов из клеток и тканей человека | 2017 г. Поправка в FD&C Act | 2007 Регламент 1394/2007 |
| Сбор доказательных данных о ЛС в реальной клинической практике (real world evidence) | 2016 г. Поправка в FD&C Act | Отсутствует (по состоянию на начало 2024 г.) |

обходимостью международной интеграции в области разработки инновационных ЛС и в сфере реализации фармацевтической продукции.

Сближение регуляторных норм, относящихся к фармсфере, в США и ЕС в основном осуществлялось путем ориентации европейских разработчиков законов на действующие регуляторные положения в США. Такая методика была закономерна в условиях опережающего развития регулирования в США, роста глобального фармацевтического рынка, львиная доля которого была представлена фармрынком США, и активной деятельности крупных фармпроизводителей из ЕС и США на зарубежных рынках, т. е. европейские нормы разрабатывались с учетом законодательной базы США не по причине простого подражательства, а в силу стремления ввести региональный фармрынок ЕС в мировую систему фармообращения. Соответствие содержания нормативно-правовых систем способствовало созданию глобального фармацевтического рынка.

Фармацевтическое право в США складывалось естественным путем, развиваясь в ответ на запросы общества, системы здравоохранения и фармацевтического рынка, как реакция на конкретные прецеденты и стимулы, требующая нормативного оформления. Законодательство США в области обращения ЛС фактически было представлено одним законом (федеральным законом о пищевых продуктах, ле-

карственных средствах и косметике), руководящими и рекомендательными документами, выпускаемыми FDA, имеющими *de facto* значение подзаконных актов, производственными стандартами, закрепленными в Своде федеральных правил (раздел 21 «Продовольствия и лекарства», ч. 211, подраздел Н, п. 211 «Надлежащая практика производства ГЛС» пп. 150 «Процедуры дистрибуции»).

Законодательная база ЕС начала формироваться еще в рамках Европейского экономического сообщества: в середине 1960-х годов была принята Директива 65/65/ЕЭС — нормативный акт двойственного характера — с одной стороны, вводящий определенные требования, с другой — не обязательный к применению. Моделью для норм, прописанных в этом документе и в следующих директивах ЕЭС вплоть до конца 1980-х годов, служило законодательное регулирование в США.

Отличие от законодотворческого процесса в США заключается в том, что европейские законодатели при кодификации норм стремились расширять предмет регулирования, дополняя ключевые нормы тематически близкими предметами регулирования, а в результате получали законы по отдельным разделам сферы обращения ЛС.

С созданием ЕС начался новый этап развития регуляторной системы европейского фармацевтического рынка. Тематика адаптированных и принятых

в 1993—2001 г. директив охватила основы обращения ЛС, что позволило законодателям объединить Директивы Европарламента и Совета в единый фармацевтический Кодекс ЕС. Содержавшиеся в нем нормы были в существенной мере гармонизированы с североамериканской законодательной базой. Постепенно фармацевтический Кодекс ЕС приобрел безусловный авторитет у участников фармацевтического рынка. Однако его установки оказались недостаточно действенными в некоторых специфических областях регулирования из-за отсутствия четкости формулировок, в силу чего детализация оставалась на решение национальных регуляторов. Возникшие на уровне государств — членов ЕС регуляторные различия создавали препятствия для участников фармсферы.

Эти факторы обусловили начало второго этапа развития общеевропейского фармацевтического регулирования — принятие регламентов, следование которым является обязательным для всех государств — членов ЕС и для всех участников общего фармацевтического рынка ЕС. Регламенты принимались по разделам фармсферы, пока не нашлись отражения в законодательстве ЕС, но по которым имелся опыт регулирования в США. Лишь в одном случае европейское регулирование опередило принятие соответствующих норм в США: при введении норм допусков и обращения препаратов для передовых технологий (см. таблицу).

Предложенная периодизация развития фармацевтического права ЕС представляется оправданной, поскольку выделенные исторические этапы отличались по способам регулирования (прямого и непрямого действия) и по объектам управления (основы регулирования фармсферы и отдельные, частные области регламентации). Кроме того, предложенная периодизация в основном соответствует официальному выделению этапов в истории ЕС [22].

К началу 2020-х годов в фармацевтическом праве ЕС не осталось пробелов по сравнению с североамериканским законодательством.

Важно отметить, что как североамериканское законодательство о лекарствах, так и европейское фармацевтическое право включают пять ключевых положений регулирования сферы обращения ЛС, направленных на обеспечение эффективности и безопасности применения ЛС: авторизация на основе доказательств эффективности и безопасности ЛС; честная и доступная информация о препарате для специалистов здравоохранения и для населения; высокое качество данных исследований; фармаконадзор; регламентация рекламы и маркетинга.

Для сближения регуляторных норм чрезвычайно важным оказалось сотрудничество ЕМА ЕС и FDA США в рамках Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации ЛС для применения у человека (International Conference on Harmonization, ICH) — постоянно действующей платформы по разработке стандартов качества ЛС (GCP, GMP, GDP и пр.). Совместная ра-

бота над стандартами надлежащих практик в сфере обращения фармпродуктов не могла не способствовать выработке единых подходов к регулированию фармсферы.

Заключение

Таким образом, в ходе формирования комплексов законодательных норм в США и в ЕС, достаточно различавшихся по истории развития, традициям законодательства и сложившейся структуре, регуляторные системы в сфере обращения ЛС оказались сбалансированными.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А. К., Рыжков А. А. Влияние права Европейского союза на регулирование национальных рынков фармацевтических средств государств-членов. *Право. Журнал ВШЭ*. 2013;(2):116—33.
2. Бунятян Н. Д., Сакаева И. В., Косарева Т. В., Корсун Л. В., Саканян В. А. Сравнительная характеристика системы регистрации лекарственных препаратов в Российской Федерации и странах Европейского союза. *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. Регуляторные исследования и экспертиза лекарственных средств*. 2011;(2):39—42.
3. Кричевская Е. Ф. Государственное регулирование рынка фармацевтики в странах Европейского союза. *Экономика и право*. 2020;(11):42—6.
4. Олефир Ю. В., Дигтярь А. В., Рычихина Е. М. Предпосылки и цели установления орфанного статуса лекарственного препарата. Мировой опыт и требования законодательства российской федерации. Аналитический обзор. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;(6-2):335—53.
5. Lezotte P.-L. Recommendations to Support the Next Phase of International Cooperation, Convergence, and Harmonization. The Pharmaceutical Domain in International Cooperation, Convergence and Harmonization of Pharmaceutical Regulations, 2014. Режим доступа: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/pharmaceuticals-regulation>
6. General principles of medicines regulation. In Adrian Kilcoyne (ed.). *Pharmaceutical Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2013. P. 19—21. Режим доступа: <https://doi.org/10.1093/med/9780199609147.003.0006>
7. Regulation (EC) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000R0141>
8. Вольская Е. «Сиротские лекарства» — шанс для российских производителей? *Ремедиум*. 2002;(6):30—2.
9. Giannuzzi V., Conte R., Landi A. Orphan medicinal products in Europe and United States to cover needs of patients with rare diseases: an increased common effort is to be foreseen. *Orphanet J. Rare Dis*. 2017;12(1):64. Режим доступа: <https://ojrd.biomedcentral.com/>
10. Michaux G. EU Orphan Regulation — Ten Years of Application. *Food Drug Law J*. 2010;65(4):639—69.
11. Regulation (EC) No 273/2004 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors. Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A32004R0273>
12. Regulation (EC) No 726/2004 of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 laying down Community procedures for the authorization and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency. Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2004/726/oj>
13. Regulation (EC) No 1901/2006 of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on medicinal products for paediatric use and amending Regulation (EEC) No 1768/92, Directive 2001/20/EC, Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/

2004. Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32006R1901>
14. Kurz R. Ethik in der paediatrischen Forschung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2003;12:1276–81.
 15. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. 15/2009, 06.07.2009. Режим доступа: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2009/15/kinder_sind_keine_kleinen_erwachsenen-30129.html#top
 16. An act to amend the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act to authorize the Food and Drug Administration to require certain research into drugs used in pediatric patients. Режим доступа: <https://www.govinfo.gov/app/details/PLAW-108publ155>
 17. Schuch T. EU gegen Off-Label-Einsatz. *Medical Tribune*. 2010;42:24.
 18. Regulation (EC) No 1394/2007 of the European Parliament and of the Council of 13 November 2007 on advanced therapy medicinal products and amending Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/2004 (Text with EEA relevance). Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX:32007R1394>
 19. Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32014R0536>
 20. Explanatory Memorandum to COM(2012)369. Clinical trials on medicinal products for human use. Режим доступа: https://www.eumonitor.eu/9353000/1/j4nvhd3k3hyd3q_j9v-vik7m1c3gyxp/vj19rqf41bwf
 21. Вольская Е. Модернизация управления сферой клинических исследований в Евросоюзе. *Ремедиум*. 2015;(4):6–9.
 22. History of the EU. Режим доступа: https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/history-eu_en
- Поступила 12.06.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Volkov A. K., Ryzhkov A. A. Impact of European Union law on regulation of national pharmaceutical markets of Member States. *Law Journal HSE*. 2013;(2):116–33 (in Russian).
2. Bunjatjan N. D., Sakaeva I. V., Kosareva T. V., Korsun L. V., Sakanjan V. A. Comparative Characteristics of the Drug Registration System in the Russian Federation and European Union Countries. *Sheetsof the Scientific Center for Expertise of Medical Products. Regulatory studies and expertise of medicinal products*. 2011;(2):39–42 (in Russian).
3. Krichevskaja E. F. State regulation of the pharmaceutical market in the countries of the European Union. *Economics and Law*. 2020;(11):42–6 (in Russian).
4. Olefir Ju. V., Digtjar' A. V., Rychihina E. M. Prerequisites and objectives for establishing the orphan status of the medicinal product. World experience and requirements of the legislation of the Russian Federation. Analytical review. *International Journal of Applied and Basic Research*. 2016;(6-2):335–53 (in Russian).
5. Lezotre P.-L. Recommendations to Support the Next Phase of International Cooperation, Convergence, and Harmonization. *The Pharmaceutical Domain in International Cooperation, Convergence and Harmonization of Pharmaceutical Regulations*, 2014. Available at: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/pharmaceuticals-regulation>
6. General principles of medicines regulation. In Adrian Kilcoyne (ed.). *Pharmaceutical Medicine*. Oxford University Press; 2013. P. 19–21. Available at: <https://doi.org/10.1093/med/9780199609147.003.0006>
7. Regulation (EC) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000R0141>
8. Volskaya E. “Orphan drugs” — Chance for Russian manufacturers? *Remedium*. 2002;(6):30–2 (in Russian).
9. Giannuzzi V., Conte R., Landi A., et al. Orphan medicinal products in Europe and United States to cover needs of patients with rare diseases: an increased common effort is to be foreseen. *Orphanet J Rare Disease*. 2017;12 (1):64. Available at: <https://ojrd.biomedcentral.com/>
10. Michaux G. EU Orphan Regulation — Ten Years of Application. *Food Drug Law J*. 2010;65(4):639–69.
11. Regulation (EC) No 273/2004 of the European Parliament and of the Council of 11 February 2004 on drug precursors. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A32004R0273>
12. Regulation (EC) No 726/2004 of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 laying down Community procedures for the authorization and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2004/726/oj>
13. Regulation (EC) No 1901/2006 of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on medicinal products for paediatric use and amending Regulation (EEC) No 1768/92, Directive 2001/20/EC, Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/2004. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32006R1901>
14. Kurz R. Ethik in der paediatrischen Forschung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2003;12:1276–81.
15. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. 15/2009, 06.07.2009. Available at: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2009/15/kinder_sind_keine_kleinen_erwachsenen-30129.html#top
16. An act to amend the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act to authorize the Food and Drug Administration to require certain research into drugs used in pediatric patients. Available at: <https://www.govinfo.gov/app/details/PLAW-108publ155>
17. Schuch T. EU gegen Off-Label-Einsatz. *Medical Tribune*. 2010;42:24.
18. Regulation (EC) No 1394/2007 of the European Parliament and of the Council of 13 November 2007 on advanced therapy medicinal products and amending Directive 2001/83/EC and Regulation (EC) No 726/2004 (Text with EEA relevance). Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX:32007R1394>
19. Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32014R0536>
20. Explanatory Memorandum to COM(2012)369 — Clinical trials on medicinal products for human use. Available at: https://www.eumonitor.eu/9353000/1/j4nvhd3k3hyd3q_j9v-vik7m1c3gyxp/vj19rqf41bwf
21. Volskaya E. Modernization of clinical research management in the European Union. *Remedium*. 2015;(4):6–9 (in Russian).
22. History of the EU. Available at: https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/history-eu_en

Волкова О. А.

СОЦИАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ КАК КОМПОНЕНТ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ (КОНТЕКСТ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ)

Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, 119333, г. Москва

Цель исследования — рассмотрение социального иммунитета в качестве неотъемлемого компонента социального здоровья. Определено, что учеными признается важность природных, техногенных и социальных условий, в которых проживает человек, для сохранения и улучшения его здоровья. При этом чаще всего речь идет об образе жизни, о профессиональной деятельности, питании, активности, экологии. Однако отмечено, что не менее важное значение для здоровья человека, в особенности для его социальной составляющей, имеют влияния общественной среды, а также устойчивость и сопротивляемость самого социального субъекта негативным воздействиям инородных социокультурных систем.

Обозначено, что немедицинские воздействия повседневно влияют на социальное здоровье человека. Они исходят из широкого спектра социальных институтов, формирующих повседневность (власти, семьи, образования, спорта, занятости, культуры). Выявлено, что социальный иммунитет является компонентом социального здоровья, он заключается в способности человека распознавать негативные воздействия, поступающие из чужеродной социокультурной среды, и противостоять им как попытке вторжения инородных образцов, норм, целей, ценностей. Сделан вывод, что социальный иммунитет выступает в качестве компонента социального здоровья каждого конкретного человека и тем самым служит обеспечению демографической безопасности всей страны.

Ключевые слова: социальный иммунитет; социальное здоровье; демографическая безопасность.

Для цитирования: Волкова О. А. Социальный иммунитет как компонент социального здоровья (контекст демографической безопасности). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):941—945. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-941-945>

Для корреспонденции: Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, проф., e-mail: volkovaoa@rambler.ru

Volkova O. A.

THE SOCIAL IMMUNITY AS COMPONENT OF SOCIAL HEALTH IN CONTEXT OF DEMOGRAPHIC SECURITY

The Institute of Demographic Studies of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, 119333, Moscow, Russia

The purpose of the study is to consider social immunity as integral component of social health. It is determined that scientists recognize importance of natural, anthropogenic and social conditions of human residence for preservation and improvement of health. At that, most often life-style, professional activities, nutrition, physical activity and ecology are considered. However, it is noted that no less important for human health, especially for its social component, are influences of social environment, as well as stability and resistance of social subject itself to negative impacts of alien socio-cultural systems.

It is indicated that non-medical influences have daily impact on human social health. They originate from wide spectrum of social institutions that shape everyday life (authorities, family, education, sport, employment, culture). It is established that social immunity is a component of social health. It consists in human ability to recognize and to resist negative impacts coming from alien socio-cultural environment as an attempt of intrusion of alien images, norms, goals, values. The conclusion is made that social immunity acts as component of social health of every individual and thus it serves to ensure demographic security of entire country.

Keywords: social immunity; social health; demographic security.

For citation: Volkova O. A. The social immunity as component of social health in context of demographic security. *Problemy socialnoi gigieni, zdoravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):941–945 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-941-945>

For correspondence: Volkova O. A., doctor of sociological sciences, professor, the Researcher of the Institute of Demographic Studies of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences. e-mail: volkovaoa@rambler.ru

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

Acknowledgment. The article was prepared with the grant support of the EMSI. The FZWG-2024–0021 project “Social technologies of immunization of youth of border regions and new territories of Russia in conditions of civilizational contradictions”, carried out within the framework of scientific projects in the field of socio-political sciences.

Received 09.06.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

В современном мире возрастает потребность в концептуальном обосновании и получении научно обоснованной достоверной информации о здоровье населения, в том числе о его социальной составляющей, поскольку данный вопрос является актуальным для демографической безопасности на глобаль-

ном и локальном уровнях. Речь идет о том, что объективные данные способствуют наиболее правильным решениям органов власти по обеспечению позитивного развития систем здравоохранения, социального обслуживания и др.

Научное обоснование проблематики, охватывающей множественные компоненты здоровья, помимо физического благополучия и отсутствия у человека

каких-либо заболеваний (медицинских диагнозов), включает также рассмотрение социального компонента. Задача сохранения и улучшения здоровья российских граждан является одной из самых важных и сложных для масштабной практической реализации и для достижения заметного положительного результата, в том числе в контексте демографической безопасности страны.

В научных работах признается важность природных, техногенных и социальных условий, в которых проживает человек, для сохранения его индивидуального здоровья, а в более широком масштабе — для обеспечения демографической безопасности на уровне страны. Чаще всего речь идет об образе жизни, о профессиональной деятельности, питании, экологической ситуации. Однако не менее важное значение имеет социальная среда и ее позитивные или негативные воздействия на человека, а также на устойчивость члена общества к негативным влияниям извне. Целесообразно обратить внимание на рассмотрение глубинных причин отрицательных эффектов, которые в результате отражаются на социальном здоровье конкретного человека и на демографической безопасности нации.

Целью данного социолого-демографического исследования стало рассмотрение социального иммунитета в качестве неотъемлемого компонента социального здоровья.

Материалы и методы

Исследование основано на применении концептуальных подходов российских исследователей к трактовке понятий социального здоровья как интегрального свойства человека, а также социального иммунитета как способности человека и общества сохранять свою устойчивость и противостоять пагубному влиянию внешних чужеродных воздействий.

В исследовании демографического аспекта социального иммунитета как компонента социального здоровья использованы данные всероссийских опросов ВЦИОМ: «Здоровый образ жизни: мониторинг» (2024) и «Традиционные ценности, современные цели» (2023).

Результаты исследования

Понимание социального иммунитета как компонента социального здоровья предполагает обращение к термину здоровья. В трактовке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье — «состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [1]. В данном контексте социальное здоровье представляет собой один из трех элементов здоровья человека. Так, в данном исследовании социальное здоровье рассматривается на индивидуальном уровне — конкретного человека, социобиопсихологического субъекта, члена человеческого общества.

Следует согласиться с высказыванием А. А. Шабунной о том, что в наше время понимание социаль-

ного здоровья ассоциируется в основном с такими научными дисциплинами, как медицина, демография и социология. При этом научная позиция А. А. Шабунной, которая отмечает взаимосвязь понятий общественного здоровья и социального [2], позволяет нам уточнить, что социальное здоровье (как компонент здоровья отдельного человека, наряду с физическим и психологическим) является структурным элементом общественного здоровья (обобщенного здоровья населения, например жителей страны). В данном случае речь идет о демографической безопасности страны.

В таком понимании, на уровне всего общества, М. В. Морев предлагает трактовать социальное здоровье следующим образом: «интегральная характеристика социума, отражающая процесс и состояние социальной адаптации на всех уровнях организации общественной жизни посредством специфического комплекса объективных и субъективных показателей» [3]. В данном определении затрагивается аспект демографической безопасности страны в целом, а не только конкретных граждан, проживающих на территории государства.

Безусловно, здоровье конкретного человека и здоровье общества — понятия взаимосвязанные, но разноуровневые. В данном же исследовании речь идет о социальном здоровье как элементе здоровья человека. Более того, акцент ставится на рассмотрении такого компонента социального здоровья, как социальный иммунитет.

Социальный иммунитет также может быть рассмотрен на двух уровнях: во-первых, как компонент социального здоровья отдельного человека, во-вторых, как свойство общества. Такое рассмотрение возможно по аналогии с медицинским дискурсом, согласно которому существует индивидуальный иммунитет конкретного человеческого организма и коллективный иммунитет, формируемый в социуме, когда большая часть населения становится устойчивой к негативным внешним воздействиям вирусов, что в итоге положительно сказывается на демографической безопасности.

При индивидуальном рассмотрении социального здоровья целесообразной признается дефиниция, представленная Е. Н. Приступой, которая трактует его следующим образом: «интегральная характеристика развития личности; состояние человека, при котором его биопсихические возможности способствуют установлению равновесия с социальной средой путем адаптации и конструктивной активизации в ней, следуя нравственным социальным нормам» [4].

Изучение социального иммунитета как компонента социального здоровья выходит за границы предметного поля непосредственно медицинской, демографической или социологической научной проблематики. Речь идет больше о междисциплинарном рассмотрении понятий и социального иммунитета, и социального здоровья.

Результаты международных исследований, проведенных на выборке разных стран мира под руко-

Здоровье и общество

водством ВОЗ, фиксируют высокую значимость социальных детерминант в здоровье человека. Они могут быть даже более действенными, чем услуги здравоохранения, привычный образ жизни и особенности повседневного профессионального труда. Так, социальная среда обеспечивает от 30 до 55% состояния здоровья людей. Более того, анализ результатов медико-социологических исследований демонстрирует, что социальные условия не только равны, но даже превышают систему здравоохранения по своему вкладу в состояние здоровья людей [5].

Речь идет о том, что немедицинские воздействия влияют на человека повседневно, они исходят из широкого спектра социальных институтов, формирующих повседневность (институт власти, семьи, образования, спорта, занятости, культуры). Если рассматривать комплекс детерминант, воздействующих на здоровье человека, то, согласно данным ВОЗ, ситуация такова: образ жизни (49—53%), наследственность (18—22%), природная среда (17—20), доступность, своевременность и качество медицинских услуг (8—10%) [1].

В данном исследовании ставится акцент на способности человека распознавать негативные воздействия, поступающие из социальной среды, и противостоять им. Причем важное значение следует придавать негативным воздействиям чужеродной социокультурной среды (вторжению идеальных образов, норм, ценностей). Такую способность члена общества можно назвать социальным иммунитетом, который представляет собой компонент социального здоровья и служит обеспечению демографической безопасности страны.

Согласно концепции З. А. Жапуева, социальный иммунитет представляется в качестве специфической способности человека и общества сохранять свою устойчивость и противостоять пагубному влиянию внешних воздействий, попыток проникновения в общественный организм чужеродных социокультурных для разрушения целостности и слаженного функционирования системы, для снижения адаптационного и интеграционного потенциала [6].

Как видно, З. А. Жапуев в своей концепции делает акцент именно на общественной характеристике социального иммунитета, на задачах обеспечения демографической безопасности страны. Так, специфическим универсальным «барометром социального иммунитета выступает уровень нравственности в обществе, духовно-нравственный потенциал народа» [6]. Тем не менее очевидна взаимосвязь между социальным иммунитетом конкретного человека и всего общества (данные понятия соотносятся как частное и общее).

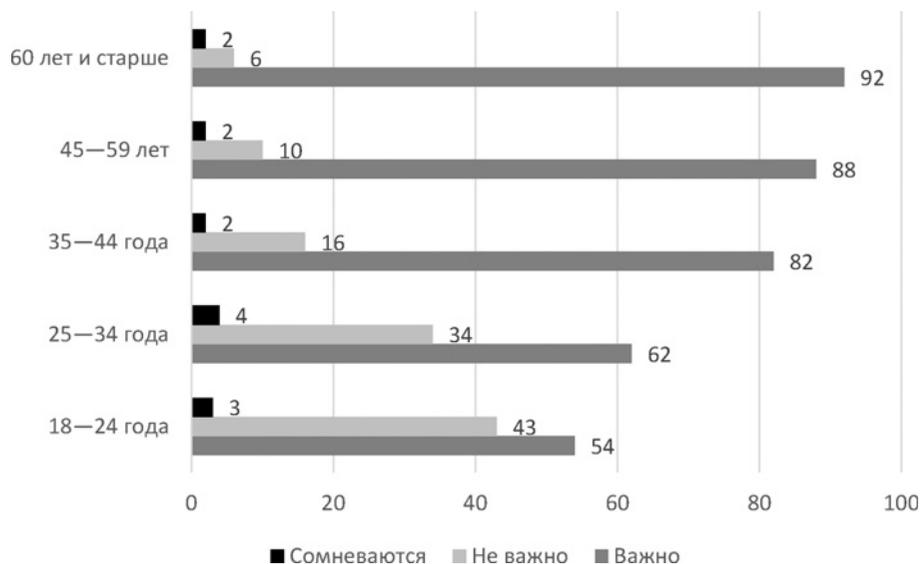


Рис. 1. Значимость для респондентов России в качестве страны, в которой сохраняются традиционные национальные ценности, с разбивкой по возрасту (в %) [9].

На индивидуальном уровне социальный иммунитет трактуется как «совокупность установок личности, определяющих качество ее социальной жизни, где находят свое отражение система ценностей человека, его интересы и моральные ориентиры» [7].

Социальный иммунитет как способность противостоять пагубным воздействиям чужеродной социокультурной среды предполагает обязательное наличие устойчивой системы собственных идеальных образов, норм, целей и ценностей.

Приведем некоторые данные ВЦИОМ. Наивысшей ценностью для россиян считается здоровье. Оно, согласно субъективным самооценкам россиян, в значительной степени определяется финансово-материальным благосостоянием людей. И если собственное здоровье признается личной ценностью, то граждане готовы вкладывать ресурсы (в том числе денежные) в его сохранение и улучшение. Данные ВЦИОМ фиксируют, что опрошенные, субъективно считающие свое материальное положение достаточным, в 3,5 раза больше склонны к положительной самооценке здоровья (55% людей с хорошими и 16% с низкими финансовыми доходами и возможностями).

Так, социальный иммунитет опосредованно (через самооценку состояния здоровья) определяется экономическим положением людей. Вполне очевидно, что уровень доходов способствует доступу к своевременному получению качественных медицинских услуг, к лучшему питанию и пр.

Здоровье зачастую связано не только с наличием хронических или новых медицинских диагнозов, но и с позитивным психологическим благополучием (20%), с оптимизмом и хорошим настроением (6%), что способствует сохранению социального иммунитета человека к внешним негативным воздействиям среды [8].

Состояние социального иммунитета людей отражено в индивидуальных мнениях россиян о значи-

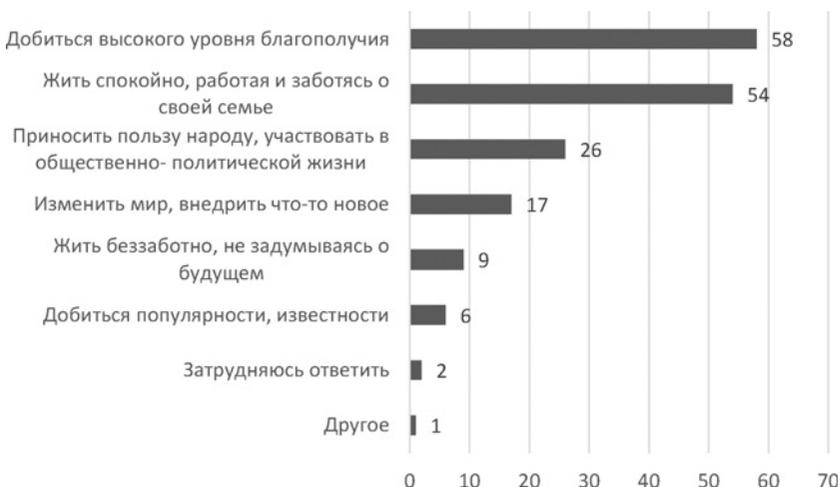


Рис. 2. Значимость для опрошенных россиян традиционных национальных ценностей (в %) [9].

мости для них России в качестве страны, в которой не утрачиваются, а сохраняются и остаются устойчивыми традиционные национальные ценности морально-нравственные, в том числе и светские, и религиозные (рис. 1).

При этом респонденты придают разную степень важности разным традиционным национальным ценностям, поэтому целесообразно представить их иерархию (рис. 2).

Как видно из диаграммы, значимость традиционных национальных ценностей для россиян в целом остается высокой. Однако можно говорить о некотором снижении социального иммунитета в зависимости от возраста. Наблюдается четкая тенденция (без каких-либо отклонений от нее в динамике): в самых старших возрастных когортах традиционные национальные ценности признаются более важными, чем в средних и в молодых.

При анализе социального иммунитета россиян вполне целесообразно обратиться к более подробному анализу индивидуальных жизненных целей, которые в полной мере соответствуют традиционным национальным ценностям и тем самым способствуют демографическому благополучию всего общества (рис. 3).

Так, иметь хорошее здоровье хотели бы все опрошенные, причем зафиксирована четкая тенденция: с возрастом цель сохранения и улучшения собственного состояния здоровья становится все более актуальной. Цель создания своей семьи и воспитания детей, наоборот, наиболее значима в молодых возрастах. Иметь близких друзей считают для себя важным опрошенные всех возрастов.

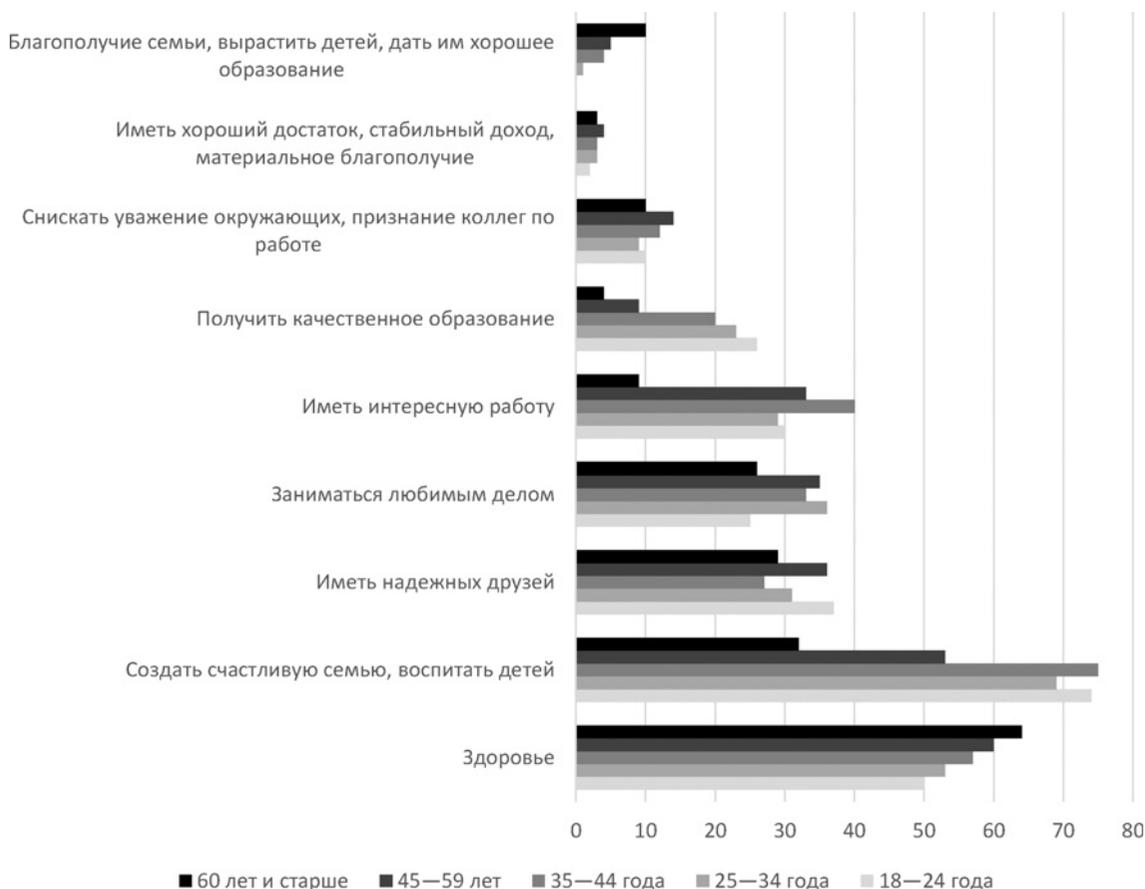


Рис. 3. Значимость для опрошенных россиян жизненных целей, которых они хотели бы достичь (в %) [9].

Профессиональные и трудовые цели важны в основном для россиян в любом возрасте, включая тех, кому уже исполнилось 60 лет. Такая традиционная цель, как получение хорошего образования, также варьирует в зависимости от возрастной категории, поскольку обучение больше необходимо для молодежи. Кроме того, опрошенные называют в качестве важных целей своей жизни достижение уважения окружающих людей и финансовое благополучие.

Заключение

Учеными признается важность природных, техногенных и социальных условий, в которых проживает человек, для сохранения и улучшения его здоровья. Чаще всего речь идет об образе жизни, о профессиональной деятельности, питании, активности, экологии. Однако не менее важное значение для здоровья человека, особенно для его социальной составляющей, имеют влияние общественной среды, а также устойчивость и сопротивляемость самого социального субъекта негативным воздействиям иностранных социокультурных систем.

Немедицинские воздействия повседневно влияют на социальное здоровье человека, они исходят из широкого спектра социальных институтов, формирующих повседневность (власти, семьи, образования, спорта, занятости, культуры). В данном исследовании ставится акцент на способности человека распознавать негативные воздействия, поступающие из социальной среды, и противостоять им — на социальном иммунитете. Так, речь идет о противостоянии негативным воздействиям чужеродной социокультурной среды (вторжению идеальных образов, норм, целей, ценностей). Социальный иммунитет представляет собой компонент социального здоровья каждого конкретного человека и служит обеспечению демографической безопасности всей страны.

Статья подготовлена при грантовой поддержке ЭИСИ. Проект FZWG-2024-0021 «Социальные технологии иммунизации молодежи приграничных регионов и новых территорий России в условиях цивилизационных противоречий», выполняемый в рамках научных проектов в сфере общественно-политических наук.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Режим доступа: <https://www.who.int>
2. Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН; 2010. 408 с.
3. Морев М. В. Социальное здоровье как категория социологии. *Siberian Socium*. 2022;6(2):65—80.
4. Приступа Е. Н. Здоровье ребенка как социальная ценность. *Знание. Понимание. Умение*. 2007;(1):176—83.
5. Wilkinson R., Marmot M. Social determinants of health: the solid facts, 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2003. Режим доступа: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
6. Жапуев З. А. Социальный иммунитет как предмет социологического исследования: концептуализация понятия. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2013;(2):46—50.
7. Пилушенко А. В. Социальное здоровье личности, социальная нагрузка и проблема социального иммунитета. *Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Гуманитарные и общественные науки*. 2021;5(2):141—7.
8. Здоровый образ жизни: мониторинг — 2024. ВЦИОМ. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorovyi-obraz-zhizni-monitoring>
9. Традиционные ценности, современные цели, 2023. ВЦИОМ. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/tradicionnye-cennosti-sovremennye-celi>

Поступила 09.06.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int>
2. Shabunova A. A. Public health in Russia: state and dynamics: a monograph. Vologda: ISERT RAS, 2010. 408 p. (in Russian).
3. Morev M. V. Social health as a category of sociology. *Siberian Society*. 2022;6(2):65–80 (in Russian).
4. Pripada E. N. Child's health as a social value. *Knowledge. Understanding. Ability*. 2007;(1):176–83 (in Russian).
5. Wilkinson R., Marmot M. Social determinants of health: the solid facts, 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2003. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
6. Zhapuev Z. A. Social immunity as a subject of sociological research: conceptualization of the concept. *Humanities, socio-economic and social sciences*. 2013;(2):46–50 (in Russian).
7. Pilyushenko A. V. Social health of the individual, social burden and the problem of social immunity. *Bulletin of Kemerovo State University. Series: Humanities and Social Sciences*. 2021;5(2):141–7 (in Russian).
8. Healthy lifestyle: monitoring — 2024. VTsIOM. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorovyi-obraz-zhizni-monitoring> (in Russian).
9. Traditional values, modern goals, 2023. VTsIOM. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/tradicionnye-cennosti-sovremennye-celi> (in Russian).

Гаряев Г. А.^{1,2}, Балаева Д. А.^{2,3}, Рыжкин С. А.^{1,4,5,6}, Голанов А. В.^{1,7}, Мингазова Э. Н.^{4,6,8}

ДОСТУПНОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В КОНТЕКСТЕ РАДИОТЕРАПИИ. АНАЛИЗ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва;
²ЧУЗ ЦКБ «РЖД-Медицина», 129128, г. Москва;
³ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, 127473, г. Москва;
⁴ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань;
⁵ФГАУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 420008, г. Казань;
⁶ГНБУ «Академия наук Республики Татарстан», 420111, г. Казань;
⁷ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 125047, г. Москва;
⁸ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Доступность медицинской помощи играет важную роль в обеспечении базовых потребностей человека и означает беспрепятственный доступ ко всем службам в национальной системе охраны здоровья. Она обусловлена сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с медицинскими и финансовыми ресурсами страны, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, оказанием на территориях необходимых видов медицинской помощи, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимся транспортными возможностями, уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Доступность радиотерапии как неотъемлемая часть онкологической помощи определяется возможностью своевременного проведения ее всем пациентам и обусловлена общим количеством онкологических центров, оснащенных радиотерапевтическим оборудованием и квалифицированными специалистами. В связи с этим доступность проведения радиотерапевтического лечения постепенно входит в приоритетные государственные программы модернизации здравоохранения. Своевременное проведение лучевой терапии, связанное с увеличением количества онкологических центров, улучшением их оснащения и кадровым насыщением, — важнейшая часть стратегии развития государственных программ онкологической помощи. В данной статье рассмотрены работы, основанные на исследовании геопространственной доступности специализированной онкологической помощи населению.

Ключевые слова: доступность радиотерапевтической помощи; лучевая терапия; радиотерапия; оснащение; оборудование.

Для цитирования: Гаряев Г. А., Балаева Д. А., Рыжкин С. А., Голанов А. В., Мингазова Э. Н. Доступность онкологической медицинской помощи в Российской Федерации в контексте радиотерапии. Анализ последних лет. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):946–952. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-946-952>

Для корреспонденции: Гаряев Гаря Анатолевич, старший преподаватель кафедры радиологии, радиотерапии, радиационной гигиены и радиационной безопасности имени академиков А. С. Павлова и Ф. Г. Кроткова ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, e-mail: gga20889@gmail.com

Garyaev G. A.^{1,2}, Balaeva D. A.^{2,3}, Ryzhkin S. A.^{1,4,5,6}, Golanov A. V.^{1,7}, Mingazova E. N.^{4,6,8}

THE ACCESSIBILITY OF ONCOLOGIC MEDICAL CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION IN CONTEXT OF RADIOTHERAPY: THE LAST YEARS ANALYSIS

¹The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia;
²The Private Institution of Health Care the Central Clinical Hospital “RZD-Medicine”, 129128, Moscow, Russia;
³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian University of Medicine” of Minzdrav of Russia, 127473, Moscow, Russia;
⁴The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kazan State Medical University” of Minzdrav of Russia, 420012, Kazan, Russia;
⁵The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Kazan (Privolzhsky) Federal University”, 420008, Kazan, Russia;
⁶The State Scientific Budget Institution “The Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan”, 420111, Kazan, Russia;
⁷The Federal State Self-Contained Institution “The Academician N. N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery” of Minzdrav of Russia, 125047, Moscow, Russia;
⁸N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The accessibility of medical care plays important role in ensuring basic human needs and means unimpeded access to all services in national health care system. It is conditioned by: balance of necessary volumes of medical care of population, national medical and financial resources, availability and qualification of medical personnel, rendering of necessary types of medical care in territories, possibility of patient free choice of physician in charge and medical organization, available transport possibilities, level of public education on health promotion and diseases prevention. The availability of radiotherapy, as an integral part of oncological care, is determined by possibility of its timely delivery to all patients and is conditioned by total number of oncological centers equipped with radiotherapy equipment and qualified specialists. In this regard, availability of radiotherapy treatment is gradually introduced into priority state programs of health care modernization. The timely delivery of radiotherapy associated with increasing of numbers of oncology centers, improvement of their equipment and medical personnel staffing is crucial part of development strategy of state oncological care programs.

Keywords: availability; radiotherapy care; radiation therapy; radiotherapy; facilities; equipment.

For citation: Garyaev G. A., Balaeva D. A., Ryzhkin S. A., Golanov A. V., Mingazova E. N. The accessibility of oncologic medical care in the Russian Federation in context of radiotherapy: The last years analysis. *Problemi socialnoi gigieni, zdoravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):946–952 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-946-952>

For correspondence: Garyaev G. A., the Senior Lecturer of the Academicians A. S. Pavlov and F. G. Krotov Chair of Radiology, Radiotherapy, Radiation Hygiene and Radiation Security of the Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of Minzdrav of Russia. e-mail: gga20889@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.04.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

Смертность от злокачественных новообразований находится на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации (РФ) и во всем мире. Это связано в первую очередь с увеличением продолжительности жизни населения и доли пожилого населения в стране, наличием тесной связи между риском развития рака и возрастом, что сопряжено с большим риском развития онкологических заболеваний по мере накопления мутационных нагрузок и других факторов риска. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), злокачественные новообразования (ЗНО) в 2020 г. стали причиной смерти более 10 млн человек [1–5]. Дальнейшее изменение онкологического ландшафта с точки зрения заболеваемости и смертности означает неизбежный рост этих показателей. По официальным данным, в РФ в 2021 г. было зарегистрировано 580 415 случаев впервые выявленных ЗНО. Прирост данного показателя по сравнению с 2020 г. составил 4,4%. Ожидается, что к 2040 г. количество новых случаев ЗНО в мире составит 28,4 млн случаев, что на 47% больше, чем в 2020 г., причем в странах с переходной экономикой этот рост будет более значительным, прежде всего из-за роста и старения населения. Не исключено, что прогноз может еще более усугубиться из-за увеличения факторов риска, связанных с глобализацией и ростом экономики [6–7]. С учетом заболеваемости населения и пропускной способности аппаратов лучевой терапии Международным агентством по атомной энергии (МАГАТЭ) были разработаны рекомендуемые нормативы, согласно которым для развивающихся стран необходим один аппарат дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) для обслуживания 250 тыс. населения. По оценкам Европейского общества радиотерапии и онкологии (European Society for Radiotherapy and Oncology — QUANTIFICATION OF RADIATION THERAPY INFRASTRUCTURE AND STAFFING NEEDS ESTRO-QUARTS), в 2012 г. усредненной рекомендуемой потребностью в дистанционных установках считался один линейный ускоритель электронов (ЛУЭ) для обеспечения лечения 450 пациентов в год или минимум 1 ЛУЭ на 250–300 тыс. населения. Потребность в радиотерапевтах — один специалист для лечения 200–250 пациентов в год [8]. В то же время количество пациентов с онкологическими заболеваниями на один аппарат лучевой терапии в год на террито-

рии Европейского союза (ЕС) сильно варьировало в зависимости от уровня экономического развития отдельных государств: от 307 в Швейцарии до 1583 в Румынии, в среднем 556 пациентов на один аппарат. По данным ВОЗ, в 2014 г. восточные и юго-восточные страны ЕС демонстрировали недостаточную оснащенность оборудованием для радиотерапии [9, 10]. Оснащенность линейными ускорителями в странах ЕС варьировала от 4 до 8,1 на 1 млн населения и в среднем составляла 5,9. Согласно кооперированному докладу ESTRO и МАГАТЭ, который был представлен в том же году, существующие на тот момент в РФ инфраструктура и кадровые ресурсы обеспечивали не более 75% необходимого онкологическим больным объема радиотерапевтического лечения. С учетом рекомендуемых потребностей, был выявлен существенный дефицит аппаратов для ДЛТ, радиационных онкологов, медицинских физиков и технологов [11].

Проблемы, связанные с низкой доступностью ДЛТ, бесспорно влияют на ухудшение показателей общей выживаемости (ОВ) и времени до прогрессирования онкологической ситуации, они присущи отнюдь не только развивающимся странам с низким и средним уровнем дохода на душу населения. Близость к медицинскому учреждению, где пациент может получить необходимую ему помощь, способствует лучшему исходу лечения: пациенту проще узнать, что ему могут быть предложены те или иные виды медицинской помощи, легче организовать посещение медицинского учреждения и согласовать необходимые для лечения мероприятия, пациент и сопровождающие его лица не несут дополнительной финансовой нагрузки [12]. Австралийскими учеными были проанализированы данные о проводимой радиотерапии в период с 1996 по 2006 г. Оказалось, что за исследуемый период только $\frac{1}{3}$ пациентов получали радиотерапию вместо рассчитанных 50%, что было напрямую связано с дефицитом ЛУЭ (42 вместо 62) [13].

Признавая высокий уровень смертности от онкологических заболеваний (по официальным данным Минздрава, 271 тыс. человек в 2018 г.), правительство РФ приступило к проекту масштабной программы по улучшению здоровья населения. С целью модернизации онкологической медицинской помощи в 2019 г. началась реализация федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в соответствии с Указом Президента Россий-

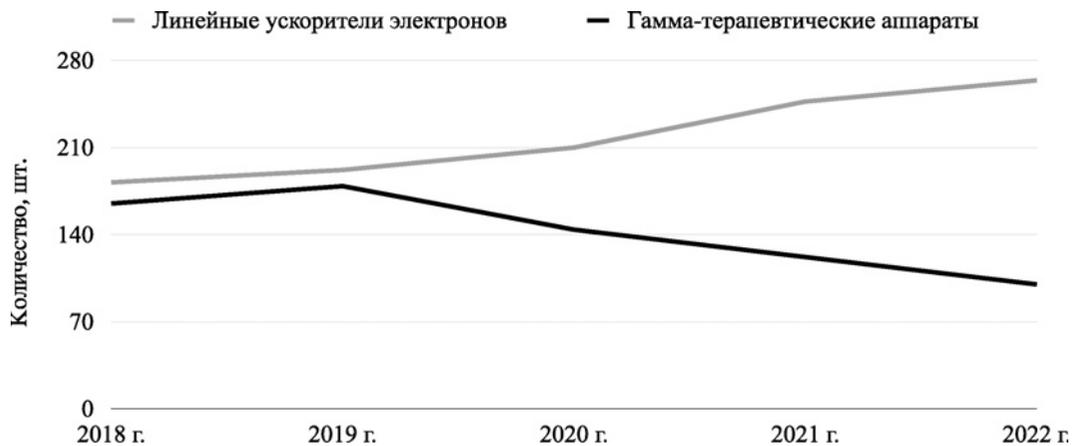


Рис. 1. Динамика изменения соотношения аппаратов для проведения ДЛТ в 2018—2022 гг.

ской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации до 2024 года», в ходе которого завершено переоснащение более 200 региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным с онкологическими заболеваниями. Введено в эксплуатацию более 12,3 тыс. единиц медицинских изделий, в том числе 763 единицы высокотехнологичного оборудования, в частности 122 ЛУЭ [14, 15].

В РФ функционирует 135 отделений лучевой терапии, техническое оснащение подавляющего большинства которых было модернизировано благодаря федеральной программе. За последние 3 года общее число установок для ДЛТ увеличилось на 13%, а соотношение гамма-терапевтических аппаратов и ускорителей изменилось в пользу линейных ускорителей (рис. 1). Также увеличился процент ускорительных комплексов, поддерживающих современные технологии облучения. Доля специализированных аппаратов для стереотаксической радиохирургии/радиотерапии (stereotactic radiation therapy, SRT / stereotactic body radiation therapy, SBRT / image-

guided radiation therapy, IGRT) составила 4,0%, при среднеевропейском показателе 3,8% (по данным ESTRO на 2017 г.), с учетом общего полуторакратно-го дефицита излучателей, что можно считать допустимым [16].

По состоянию на 2022 г. отмечены положительные сдвиги в переоснащении отделений лучевой терапии современным оборудованием по федеральной программе «Онкология» и внедрении современных методов ДЛТ. Всего по стране функционируют 247 линейных ускорителей (из них 64 — с возможностью проведения стереотаксической лучевой терапии), 122 гамма-терапевтических аппарата. Однако в РФ по-прежнему существует общий недостаток оборудования на 1 млн населения по сравнению с другими экономически развитыми странами. Так, по данным Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC), в 2022 г. число мегавольтных установок на 1 млн населения в промышленно развитых странах колеблется от 8,2 в США до 5,5 в Западной Европе, из них 70—95% установок являются медицинскими ускорителями. В России данный показатель не превышает 3,5 [10, 17].

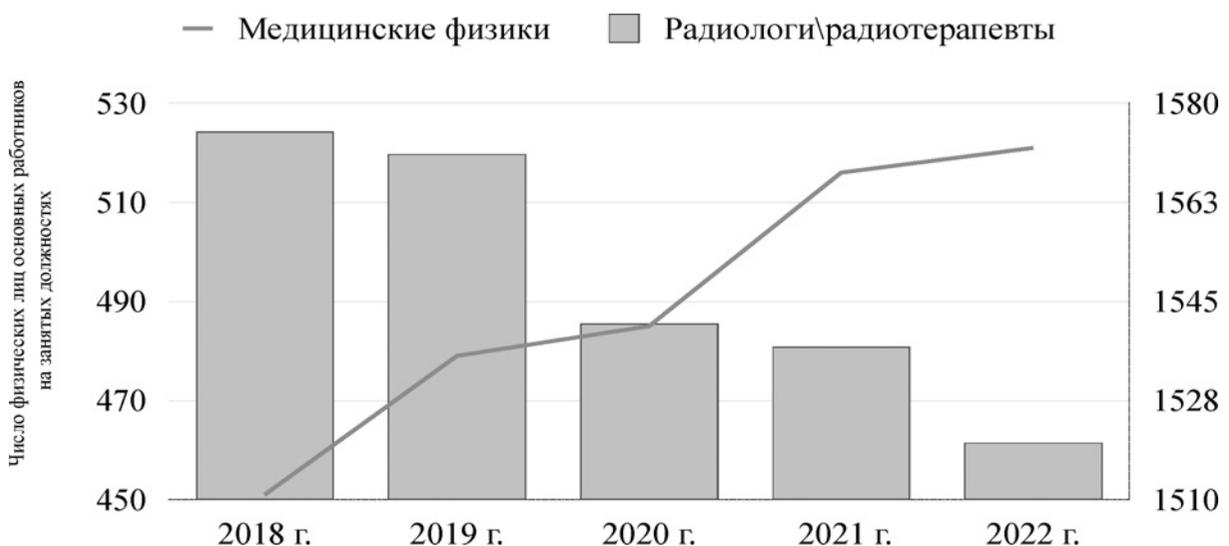


Рис. 2. Динамика изменения соотношения кадрового состава радиотерапевтической службы за 2018—2022 гг. (в абс. ед.).

Здоровье и общество

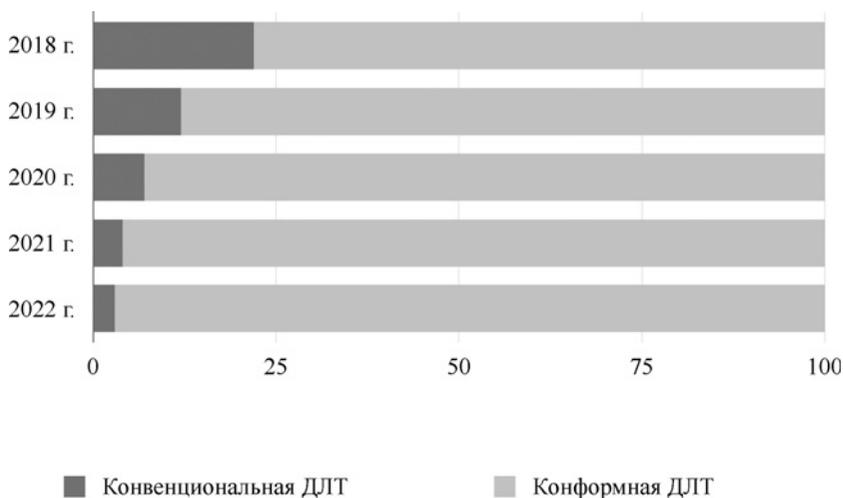


Рис. 3. Изменения доли конформных методик в структуре проведенной ДЛТ за 2018—2022 гг. (в процентном соотношении).

По официальным данным, с начала реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» (2019) удалось сократить дефицит врачей-онкологов в первичном поликлиническом звене на 30% [18]. В 2021 г. в России число штатных должностей врачей в онкологических учреждениях составило 15 374, физических лиц — 10 377. В медицинских организациях России работали 8716 онкологов, 717 радиологов и 824 радиотерапевта (рис. 2) [1].

При анализе деятельности радиотерапевтических отделений в РФ за 2019—2022 гг. нельзя не отметить очевидную корреляцию темпов переоборудования с динамикой внедрения новых методов облучения: радиотерапии с модулированием интенсивности (IMRT), радиотерапии с визуальным контролем (IGRT) и стереотаксической радиотерапии (SRT) (рис. 3, 4). В ряде современных зарубежных исследований было установлено, что передовые технологии, внедренные в повседневную практику, становятся все более значимыми в радикальном и паллиативном лечении рака [19—26]. Вышеперечисленные методы пришли на смену трехмерной конформной лучевой терапии (3D-CRT), которая имеет определенные ограничения в селективности облучения. В частности, было продемонстрировано преимущество использования при лучевой терапии рака предстательной железы технологии IMRT, которая, как известно, позволяет улучшить подведение дозы к мишени вблизи от органов риска, что способствует уменьшению токсичности и возможности эскалации суммарной очаговой дозы в опухоли без увеличения числа осложнений лечения.

На доступность радиотерапии влияют не только количе-

ство и оснащение специализированных центров, но и другие факторы. В РФ ввиду обширности территорий становится типичной ситуация, когда удаленное расположение клиники может быть препятствием для жителей других регионов, по объективным географическим соображениям. Очевидно, что расстояние является значимым фактором для успеха в лечении рака. Например, в исследовании С. F. Longacre и соавт. было установлено, что женщинам с обнаруженным на ранней стадии раком молочной железы, но проживающим в удалении от центра лучевой терапии, с большей вероятностью будет выполнена мастэктомия, не требующая адъювантного облучения, вместо органосохраняющей операции [27, 28]. В исследованиях [29, 30] также установ-

лено, что пациенты, проживающие вдали от городов и связанных с ними онкологических центров, имеют более низкие показатели выживаемости от рака легких или колоректального рака из-за более поздней стадии заболевания на момент постановки диагноза. Другие страны с высоким уровнем дохода сталкиваются с подобными проблемами, особенно те, которые имеют большую географическую площадь и низкую плотность населения. Так, австралийское исследование, связавшее географическую доступность и онкологические заболевания, показало увеличение риска смертности на 6% на каждые 100 км расстояния до центра лучевой терапии среди пациентов с раком прямой кишки в штате Квинсленд [31].

Ранний доступ к диагностике и медицинской помощи имеет важнейшее значение для повышения показателей выживаемости при онкологических заболеваниях, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Близость к медицинскому учреждению, где пациент может получить необходимую ему помощь, способствует лучшему исходу лечения. Так комиссия по онкологии журнала Lancet указывает

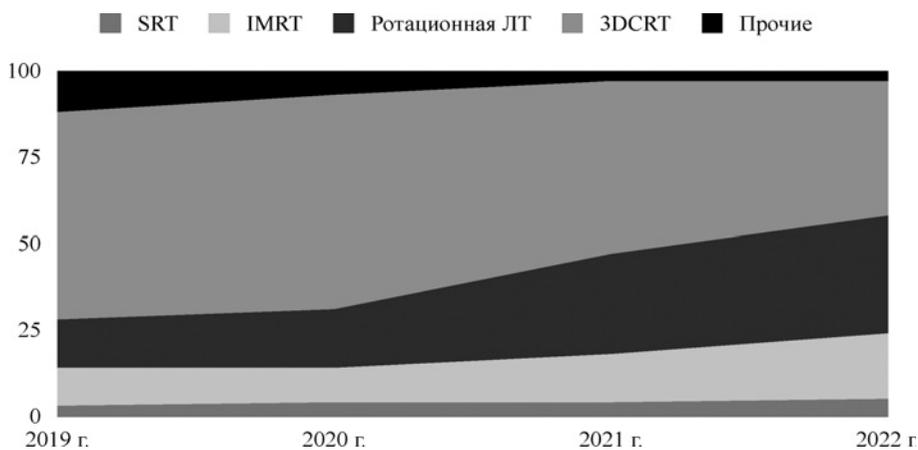


Рис. 4. Соотношение различных методов конформной лучевой терапии за 2018—2022 гг. (в процентном соотношении).

на очевидное территориальное неравенство в доступе к онкологической помощи в России и называет ситуацию с централизацией одной из основных проблем на пути к эффективному контролю рака РФ [32]. Исторически большинство специализированных центров располагалось в Москве и Санкт-Петербурге, где проживает всего 12% населения. В последние годы были предприняты усилия по улучшению ситуации, но население сельских и отдаленных районов по-прежнему испытывает недостаток в медицинском обслуживании, не имея доступа к основным услугам или квалифицированным медицинским специалистам. На примере анализа доступности специализированной кардиологической помощи в исследовании [33] были сделаны выводы, что РФ еще не достигла уровня, наблюдаемого в других крупных странах с рассредоточенным населением, таких как Австралия и Канада, хотя следует отметить значительные улучшения в качестве современного лечения.

Измерение потенциального доступа обычно используется для анализа пространственного распределения потребителей медицинских услуг и оценки неравенства в доступе к медицинской помощи [34]. Самой простой мерой потенциальной территориальной доступности является евклидово расстояние между центром территориальной единицы и медицинским учреждением. Расстояние по дорожной сети или время в пути являются более точными мерами доступности, поскольку лучше учитывают территориальные барьеры на пути получения помощи [35]. В исследовании [36] оценивали географическую доступность, используя линейное расстояние от центроида каждого канадского региона до ближайшего центра лучевой терапии, посредством геопространственного анализа для выявления кластеров стандартизированного по возрасту отношения смертности от всех видов рака к заболеваемости в разных регионах в период 2010—2012 гг. Результаты исследования продемонстрировали четкую географическую закономерность в отношении эффективности лечения рака и центров лучевой терапии в Канаде: на севере страны исходно хуже, поскольку абсолютное большинство центров лучевой терапии расположены на юге. Также была обнаружена прямая связь между увеличением расстояния до радиотерапии и худшими результатами лечения рака, которая сохранялась в подгруппах рака легких и колоректального рака.

Заключение

В мировой научной литературе и практике здравоохранения регулярно поднимается вопрос оптимального размещения медицинских учреждений и развития регионального здравоохранения. Однако пути решения проблемы до сих пор четко не сформулированы, в частности, критерии оптимизации также должны включать в себя аспект равенства территориальной доступности. Кроме того, лучевая терапия — это лишь один из нескольких компонентов лечения рака, необходимых для улучшения ре-

зультатов лечения пациентов, включая хирургическое лечение и химиотерапию. Поэтому данные о расстоянии до центров лучевой терапии можно рассматривать как косвенный показатель, отражающий доступ к онкологическим учреждениям, где часто предоставляются и другие виды медицинской помощи. Однако именно география в большей степени влияет на доступ к современным методам лечения рака, в частности радиотерапии, поскольку она зачастую имеется только в крупных медицинских центрах с развитой инфраструктурой.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А. Д., Старинский В. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2022. 239 с.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R. L., Torre L. A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018;68(6):394—424. doi: 10.3322/caac.21492
- Cardiovascular diseases. World Health Organization (WHO). Available at: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1
- Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. World Health Organization (WHO). Available at: <https://who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghs-leading-causes-of-death>
- Aunan J. R., Cho W. C., Søreide K. The Biology of Aging and Cancer: A Brief Overview of Shared and Divergent Molecular Hallmarks. *Aging Dis.* 2017;8(5):628—42. doi: 10.14336/AD.2017.0103
- Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J. Clin.* 2021;71(3):209—49. doi: 10.3322/caac.21660
- Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Piñeros M. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
- Rosenblatt E., Izewska J., Anacak Y., Pynda Y., Scalliet P., Boniol M., Autier P. Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC) database. *Lancet Oncol.* 2013;14(2):79—86. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70556-9
- Datta N. R., Samiei M., Bodis S. Radiotherapy infrastructure and human resources in Europe — present status and its implications for 2020. *Eur. J. Cancer.* 2014;50(15):2735—43. doi: 10.1016/j.ejca.2014.06.01
- Lievens Y., Grau C. Health economics in radiation oncology: introducing the ESTRO HERO project. *Radiother. Oncol.* 2012;103(1):109—12. doi: 10.1016/j.radonc.2011.12.026
- Моров О. В., Черниченко А. В., Хасанов Р. Ш. Доступность радиотерапии в современных условиях специализированного лечения онкологических больных. *Онкология. Журнал им. П. А. Герцена.* 2016;5(6):65—70. doi: 10.17116/onkolog20165665-70
- Булина А. О., Раскина Ю. В., Комаров Ю. И., Барчук А. А. Территориальная доступность онкологической высокотехнологичной медицинской помощи в СЗФО. *Журнал исследований социальной политики.* 2022;20(2):247—61. doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-247-262
- Morgan G., Barton M., Crossing S., Bull C., Penman A. A 'Catch Up' Plan for radiotherapy in New South Wales to 2012. *J. Med. Imaging Radiat. Oncol.* 2009;53:419—30. doi: 10.1111/j.1754-9485.2009.02098.x
- Александрова Г. А., Голубев Н. А., Тюрин Е. М., Огрызко Е. В., Шелепова Е. А. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I Часть. Медицинские кадры. М.; 2019. 281 с.
- Семенова Т. В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении. *Вестник Росздравнадзора.* 2019;(4):49—59.

Здоровье и общество

16. Хмелевский Е. В. Отчет главного внештатного специалиста — радиолога (радиотерапевта) МЗ РФ за 2020 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/056/956/original/Отчет_за_2020_год_Хмелевский.pdf?1624978716
17. Number of Radiotherapy Centers per million people. Directory of High-Energy radiotherapy centers. The International Atomic Energy Agency (IAEA). Режим доступа: <https://dirac.iaea.org/Query/Map2?mapId=0>
18. Совещание с членами Правительства 25 июля 2022 года. Президент России. Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/69060>
19. Chi A., Liao Z., Nguyen N. P., Xu J., Stea B., Komaki R. Systemic review of the patterns of failure following stereotactic body radiation therapy in early-stage non-small-cell lung cancer: clinical implications. *Radiother. Oncol.* 2010;94:1—11. doi: 10.1016/j.radonc.2009.12.008
20. Kopek N., Paludan M., Petersen J., Hansen A. T., Grau C., Høyer M. Co-morbidity index predicts for mortality after stereotactic body radiotherapy for medically inoperable early-stage non-small cell lung cancer. *Radiother. Oncol.* 2009;93(3):402—7. doi: 10.1016/j.radonc.2009.06.002
21. Kopek N., Holt M. I., Hansen A. T., Høyer M. Stereotactic body radiotherapy for unresectable cholangiocarcinoma. *Radiother. Oncol.* 2010;94(1):47—52. doi: 10.1016/j.radonc.2009.11.004
22. Dimopoulos J. C., Pötter R., Lang S., Fidarova E., Georg P., Dörr W., Kirisits C. Dose-effect relationship for local control of cervical cancer by magnetic resonance image-guided brachytherapy. *Radiother. Oncol.* 2009;93(2):311—5. doi: 10.1016/j.radonc.2009.07.001
23. Jürgenliemk-Schulz I. M., Lang S., Tanderup K., de Leeuw A., Kirisits C., Lindegaard J., Petric P., Hudej R., Pötter R. Variation of treatment planning parameters (D90 HR-CTV, D 2cc for OAR) for cervical cancer tandem ring brachytherapy in a multicentre setting: comparison of standard planning and 3D image guided optimisation based on a joint protocol for dose-volume constraints. *Radiother. Oncol.* 2010;94(3):339—45. doi: 10.1016/j.radonc.2009.10.011
24. Troost E. G., Schinagl D. A., Bussink J., Oyen W. J., Kaanders J. H. Clinical evidence on PET-CT for radiation therapy planning in head and neck tumours. *Radiother. Oncol.* 2010;96(3):328—34. doi: 10.1016/j.radonc.2010.07.017
25. Amelio D., Lorentini S., Schwarz M., Amichetti M. Intensity-modulated radiation therapy in newly diagnosed glioblastoma: a systematic review on clinical and technical issues. *Radiother. Oncol.* 2010;97(3):361—9. doi: 10.1016/j.radonc.2010.08.018
26. Scott-Brown M., Miah A., Harrington K., Nutting C. Evidence-based review: quality of life following head and neck intensity-modulated radiotherapy. *Radiother. Oncol.* 2010;97(2):249—57. doi: 10.1016/j.radonc.2010.08.004
27. Longacre C. F., Neprash H. T., Shippee N. D., Tuttle T. M., Virgin B. A. Travel, Treatment Choice, and Survival Among Breast Cancer Patients: A Population-Based Analysis. *Womens Health Rep. (New Rochelle)*. 2021;2(1):1—10. doi: 10.1089/whr.2020.0094
28. Gu J., Groot G., Boden C., Busch A., Holtslander L., Lim H. Review of Factors Influencing Women's Choice of Mastectomy Versus Breast Conserving Therapy in Early Stage Breast Cancer: A Systematic Review. *Clin. Breast Cancer*. 2018;18(4):e539—54. doi: 10.1016/j.clbc.2017.12.013
29. Ambroggi M., Biasini C., Del Giovane C., Fornari F., Cavanna L. Distance as a Barrier to Cancer Diagnosis and Treatment: Review of the Literature. *Oncologist*. 2015;20(12):1378—85. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0110
30. Scoggins J. F., Fedorenko C. R., Donahue S. M., Buchwald D., Blough D. K., Ramsey S. D. Is distance to provider a barrier to care for Medicaid patients with breast, colorectal, or lung cancer? *J. Rural. Health*. 2012;28(1):54—62. doi: 10.1111/j.1748-0361.2011.00371.x
31. Baade P. D., Dasgupta P., Aitken J. F., Turrell G. Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. *Med. J. Aust.* 2011;195(6):350—4. doi: 10.5694/mja10.11204
32. Goss P. E., Strasser-Weippl K., Lee-Bychkovsky B. L., Fan L., Li J., Chavarri-Guerra Y. Challenges to effective cancer control in China, India, and Russia. *Lancet Oncol.* 2014;15(5):489—538. doi: 10.1016/s1470-2045(14)70029-4
33. Timonin S., Kontsevaya A., McKee M., Leon D. A. Reducing geographic inequalities in access times for acute treatment of myocardial infarction in a large country: the example of Russia. *Int. J. Epidemiol.* 2018;47(5):1594—602. doi: 10.1093/ije/dyy146
34. Kanaroglou P., Delmelle E. *Spatial Analysis in Health Geography*. London: Routledge; 2016. 334 p.
35. Giraud T. OSRM: Interface between R and the OpenStreetMap-Based Routing Service OSRM. *J. Open Source Softw.* 2022;7(78):4574.
36. Chan J., Polo A., Zubizarreta E., Bourque J. M., Hanna T. P., Gaudet M., Dennis K., Brundage M., Slotman B., Abdel-Wahab M. Access to radiotherapy and its association with cancer outcomes in a high-income country: Addressing the inequity in Canada. *Radiother. Oncol.* 2019;141:48—55. doi: 10.1016/j.radonc.2019.09.009

Поступила 16.04.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Kaprin A. D., Starinsky V. V. The state of cancer care for the population of Russia in 2021. P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute — branch of the National Medical Research Center of Radiology of the Ministry of Health of Russia; 2022. 239 p. (in Russian).
2. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R. L., Torre L. A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018;68(6):394—424. doi: 10.3322/caac.21492
3. Cardiovascular diseases. World Health Organization (WHO). Available at: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1
4. Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2019. World Health Organization (WHO). Available at: <https://who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
5. Aunan J. R., Cho W. C., Søreide K. The Biology of Aging and Cancer: A Brief Overview of Shared and Divergent Molecular Hallmarks. *Aging Dis.* 2017;8(5):628—42. doi: 10.14336/AD.2017.0103
6. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J. Clin.* 2021;71(3):209—49. doi: 10.3322/caac.21660
7. Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Piñeros M. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
8. Rosenblatt E., Izewska J., Anacak Y., Pynda Y., Scalliet P., Boniol M., Autier P. Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC) database. *Lancet Oncol.* 2013;14(2):79—86. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70556-9
9. Datta N. R., Samiei M., Bodis S. Radiotherapy infrastructure and human resources in Europe — present status and its implications for 2020. *Eur. J. Cancer*. 2014;50(15):2735—43. doi: 10.1016/j.ejca.2014.06.01
10. Lievens Y., Grau C. Health economics in radiation oncology: introducing the ESTRO HERO project. *Radiother. Oncol.* 2012;103(1):109—12. doi: 10.1016/j.radonc.2011.12.026
11. Morov O. V., Chernichenko A. V., Khasanov R. Sh. Availability of radiotherapy in modern conditions of specialized treatment of cancer patients. *P. A. Herzen Journal of Oncology*. 2016;5(6):65—70. doi: 10.17116/onkolog20165665-70 (in Russian).
12. Bulina A. O., Raskina Yu. V., Komarov Yu. I., Barchuk A. A. Territorial accessibility of oncological high-tech medical care in the Northwestern Federal District. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*. 2022;20(2):247—61. doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-247-262 (in Russian).
13. Morgan G., Barton M., Crossing S., Bull C., Penman A. A 'Catch Up' Plan for radiotherapy in New South Wales to 2012. *J. Med. Imaging Radiat. Oncol.* 2009;53:419—30. doi: 10.1111/j.1754-9485.2009.02098.x
14. Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Tyurin E. M., Ogryzko E. V., Shelepova E. A. Resources and activities of medical healthcare organizations. Part I. Medical personnel. Moscow; 2019. 281 p. (in Russian).
15. Semenova T. V. Medical personnel of Russia. Personnel imbalance and its elimination in healthcare. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2019;(4):49—59 (in Russian).
16. Khmelevskiy E. V. Report of the chief supernumerary expert-radiologist (radiotherapist) of the Ministry of Health of the Russian Federation for the year 2020. The Ministry of Health of the Russian

- Federation. Available at: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/056/956/original/Отчет_за_2020_год_Хмелевский.pdf?1624978716 (in Russian).
17. Number of Radiotherapy Centers per million people. Directory of High-Energy radiotherapy centers. The International Atomic Energy Agency (IAEA). Available at: <https://dirac.iaea.org/Query/Map2?mapId=0>
 18. Meeting with members of the Government on July 25, 2022. President of Russia. Available at: <http://kremlin.ru/events/president/news/69060>
 19. Chi A., Liao Z., Nguyen N. P., Xu J., Stea B., Komaki R. Systemic review of the patterns of failure following stereotactic body radiation therapy in early-stage non-small-cell lung cancer: clinical implications. *Radiother. Oncol.* 2010;94:1–11. doi: 10.1016/j.radonc.2009.12.008
 20. Kopek N., Paludan M., Petersen J., Hansen A. T., Grau C., Høyer M. Co-morbidity index predicts for mortality after stereotactic body radiotherapy for medically inoperable early-stage non-small cell lung cancer. *Radiother. Oncol.* 2009;93(3):402–7. doi: 10.1016/j.radonc.2009.06.002
 21. Kopek N., Holt M. I., Hansen A. T., Høyer M. Stereotactic body radiotherapy for unresectable cholangiocarcinoma. *Radiother. Oncol.* 2010;94(1):47–52. doi: 10.1016/j.radonc.2009.11.004
 22. Dimopoulos J. C., Pötter R., Lang S., Fidarova E., Georg P., Dörr W., Kirisits C. Dose-effect relationship for local control of cervical cancer by magnetic resonance image-guided brachytherapy. *Radiother. Oncol.* 2009;93(2):311–5. doi: 10.1016/j.radonc.2009.07.001
 23. Jürgenliemk-Schulz I. M., Lang S., Tanderup K., de Leeuw A., Kirisits C., Lindegaard J., Petric P., Hudej R., Pötter R. Variation of treatment planning parameters (D90 HR-CTV, D 2cc for OAR) for cervical cancer tandem ring brachytherapy in a multicentre setting: comparison of standard planning and 3D image guided optimisation based on a joint protocol for dose-volume constraints. *Radiother. Oncol.* 2010;94(3):339–45. doi: 10.1016/j.radonc.2009.10.011
 24. Troost E. G., Schinagl D. A., Bussink J., Oyen W. J., Kaanders J. H. Clinical evidence on PET-CT for radiation therapy planning in head and neck tumours. *Radiother. Oncol.* 2010;96(3):328–34. doi: 10.1016/j.radonc.2010.07.017
 25. Amelio D., Lorentini S., Schwarz M., Amichetti M. Intensity-modulated radiation therapy in newly diagnosed glioblastoma: a systematic review on clinical and technical issues. *Radiother. Oncol.* 2010;97(3):361–9. doi: 10.1016/j.radonc.2010.08.018
 26. Scott-Brown M., Miah A., Harrington K., Nutting C. Evidence-based review: quality of life following head and neck intensity-modulated radiotherapy. *Radiother. Oncol.* 2010;97(2):249–57. doi: 10.1016/j.radonc.2010.08.004
 27. Longacre C. F., Neprash H. T., Shippee N. D., Tuttle T. M., Virnig B. A. Travel, Treatment Choice, and Survival Among Breast Cancer Patients: A Population-Based Analysis. *Womens Health Rep. (New Rochelle)*. 2021;2(1):1–10. doi: 10.1089/whr.2020.0094
 28. Gu J., Groot G., Boden C., Busch A., Holtslander L., Lim H. Review of Factors Influencing Women's Choice of Mastectomy Versus Breast Conserving Therapy in Early Stage Breast Cancer: A Systematic Review. *Clin Breast Cancer*. 2018;18(4):e539–e554. doi: 10.1016/j.clbc.2017.12.013
 29. Ambroggi M., Biasini C., Del Giovane C., Fornari F., Cavanna L. Distance as a Barrier to Cancer Diagnosis and Treatment: Review of the Literature. *Oncologist*. 2015;20(12):1378–85. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0110
 30. Scoggins J. F., Fedorenko C. R., Donahue S. M., Buchwald D., Blough D. K., Ramsey S. D. Is distance to provider a barrier to care for Medicaid patients with breast, colorectal, or lung cancer? *J. Rural Health*. 2012;28(1):54–62. doi: 10.1111/j.1748-0361.2011.00371.x
 31. Baade P. D., Dasgupta P., Aitken J. F., Turrell G. Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. *Med. J. Aust.* 2011;195(6):350–4. doi: 10.5694/mja.10.11204
 32. Goss P. E., Strasser-Weippl K., Lee-Bychkovsky B. L., Fan L., Li J., Chavarri-Guerra Y., et al. Challenges to effective cancer control in China, India, and Russia. *Lancet Oncol.* 2014;15(5):489–538. doi: 10.1016/s1470-2045(14)70029-4
 33. Timonin S., Kontsevaya A., McKee M., Leon D. A. Reducing geographic inequalities in access times for acute treatment of myocardial infarction in a large country: the example of Russia. *Int. J. Epidemiol.* 2018;47(5):1594–602. doi: 10.1093/ije/dyy146
 34. Kanaroglou P., Delmelle E. *Spatial Analysis in Health Geography*. London: Routledge; 2016. 334 p.
 35. Giraud T. OSRM: Interface between R and the OpenStreetMap-Based Routing Service OSRM. *J. Open Source Softw.* 2022;7(78):4574.
 36. Chan J., Polo A., Zubizarreta E., Bourque J. M., Hanna T. P., Gaudet M., Dennis K., Brundage M., Slotman B., Abdel-Wahab M. Access to radiotherapy and its association with cancer outcomes in a high-income country: Addressing the inequity in Canada. *Radiother. Oncol.* 2019;141:48–55. doi: 10.1016/j.radonc.2019.09.009

Шлык С. В.¹, Меметов С. С.¹, Ким В. В.¹, Мамхягова Л. П.^{1,2}, Солонец И. Л.²

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону;
²Ростовская клиническая больница ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр» ФМБА России, 344023, г. Ростов-на-Дону

Представлена социально-гигиеническая характеристика контингента лиц, поступивших на второй этап реабилитации в специализированное реабилитационное отделение после перенесенного ишемического инсульта в раннем восстановительном периоде. Акцентировано внимание на необходимости мультидисциплинарного подхода к реабилитационным мероприятиям с учетом международной классификации функционирования, что позволяет достичь более значимых результатов в реализации реабилитационных мероприятий, снизить количество возможных осложнений данного заболевания в более поздний период, а также ускорить процесс возвращения исследуемой категории пациентов к полноценной жизни.

Ключевые слова: ишемический инсульт; восстановительный период; нарушение функции; повреждение структуры; степень выраженности; реабилитация; реабилитационные мероприятия.

Для цитирования: Шлык С. В., Меметов С. С., Ким В. В., Мамхягова Л. П., Солонец И. Л. Совершенствование подходов к медицинской реабилитации при последствиях острого нарушения мозгового кровообращения с использованием международной классификации функционирования. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):953–958. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-953-958>

Для корреспонденции: Меметов Сервир Сеитягьяевич, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья (с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине) № 2 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: memetov.57@mail.ru

Shlyk S. V.¹, Memetov S. S.¹, Kim V. V.¹, Mamkhyagova L. P.^{1,2}, Solonets I. L.²

THE DEVELOPMENT OF APPROACHES TO MEDICAL REHABILITATION UNDER AFTER-TROUBLES OF ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL BLOOD CIRCULATION USING INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Rostov State Medical University” of Minzdrav of Russia, 344022, Rostov-on-Don, Russia;

²The Federal State Budget Institution The Rostov Clinical Hospital “The Southern Okrug Medical Center” of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 344023, Rostov-on-Don, Russia

The article presents social hygienic characteristics of contingent of persons admitted to second stage of rehabilitation in specialized rehabilitation department after ischemic stroke at early recovery period. The attention is focused on necessity of multidisciplinary approach to rehabilitation measures, taking into account the International Classification of Functioning that permits to achieve more significant results in implementation of rehabilitation measures, to reduce the number of possible complications of this disease in later period, as well as to accelerate process of returning of studied category of patients to full-fledged life.

Key words: ischemic stroke; recovery period; dysfunction; structural damage; rehabilitation; rehabilitation measures.

For citation: Shlyk S. V., Memetov S. S., Kim V. V., Mamkhyagova L. P., Solonets I. L. The development of approaches to medical rehabilitation under after-troubles of acute disorders of cerebral blood circulation using International Classification of Functioning. *Problemi socialnoi gigieni, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):953–958 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-953-958>

For correspondence: Memetov S. S., doctor of medical sciences, professor, professor of the Chair of Health Care Organization and Public Health (with Course of Information Computer Technologies in Health Care and Medicine) of the № 2 of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Rostov State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: memetov.57@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 05.05.2023
Accepted 15.08.2024

Введение

Одной из актуальных медико-социальных проблем являются цереброваскулярные заболевания, поскольку они значительно чаще других заболеваний приводят к инвалидности и смертности населения и имеют достаточно высокие показатели во многих странах мира [1, 2].

В среднем в Российской Федерации в год регистрируется порядка 400–450 тыс. случаев инсульта, при этом в большинстве (до 85%) случаев — ишеми-

ческого инсульта. Из общего числа случаев примерно 200 тыс. заканчиваются летально, а из оставшихся в живых до 80% становятся инвалидами различных групп. После перенесенного заболевания в нашей стране к трудовой деятельности возвращается не более 25% пациентов [3, 4].

Согласно данным отдельных авторов, наметилась четкая тенденция к омоложению контингента пациентов с перенесенным инсультом, что делает еще более актуальной исследуемую тему [5–7].

На современном этапе в связи с развитием медицинской науки и внедрением новейших медицинских технологий удалось достичь значительных положительных результатов в диагностике и лечении больных, однако эти достижения не позволяют существенно снизить социально-экономический ущерб от заболевания [8—10].

Вместе с тем анализ данных литературы показал, что в последнее время в научном сообществе уделяется много внимания диагностике и лечению цереброваскулярных заболеваний, но значительно меньше — организации медицинской реабилитации данных пациентов, особенно в острый и ранний восстановительный периоды, что, на наш взгляд, является серьезным упущением в плане восстановления этой группы больных, поскольку отсутствие вовремя начатой и эффективно проводимой комплексной реабилитации может привести к возникновению у них необратимых функциональных и анатомических изменений, негативно влияющих в будущем на качество жизни [11, 12].

При проведении реабилитационных мероприятий важно учитывать компенсаторные возможности поврежденных и нарушенных функций и структур организма с учетом Международной классификации функционирования (МКФ).

Цель исследования — определить степень выраженности функциональных нарушений организма среди лиц, перенесших инсульт, в раннем восстановительном периоде на втором этапе реабилитации в условиях специализированного отделения.

Материалы и методы

Нами изучена степень выраженности функциональных нарушений организма среди 106 пациентов, перенесших инсульт и проходящих второй этап реабилитации в условиях специализированного отделения Ростовской клинической больницы ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр» ФМБА России, с использованием социально-гигиенического, статистического методов и метода сравнительного анализа.

Результаты исследования

По полу исследованный контингент распределился следующим образом: 67 (63,2%) составили мужчины и 39 (36,8%) — женщины.

По возрасту отмечена следующая градация: от 41 года до 50 лет — 4 пациента (3,8%), от 51 года до 60 лет — 43 (40,6%), от 61 года до 70 лет — 46 (43,4%) и от 71 до 80 лет — 13 (12,2%). Большую часть респондентов составили жители города — 85 (80,2%), жители села — 21 (19,8%). При этом только 35 (33,0%) человек на момент получения инсульта были трудоустроены, 71 (67,0%) не работали. Высшее образование имели 38 (35,6%) человек, 47 (44,3%) — среднее специальное и 21 (20,1%) — среднее.

В браке состояли 62 (58,5%) человека, 24 (22,6%) были разведены, 13 (12,3%) относились к категории вдовец/вдова и 7 (6,6%) не состояли в браке вообще.

Таблица 1

Распределение исследуемого контингента по повреждениям структур организма в соответствии с кодами МКФ

| Структура организма (код по МКФ) | Степень выраженности нарушений | | Всего |
|--|--------------------------------|--------------------|-------|
| | легкая (5—24%) | умеренная (25—49%) | |
| Структура долей коры (S1100) | | | |
| Лобная доля (S11000) | | | |
| абс. | 12 | 26 | 38 |
| % | 11,3 | 24,5 | 35,9 |
| Височная доля (S11001) | | | |
| абс. | 15 | 34 | 49 |
| % | 14,1 | 32,1 | 46,2 |
| Теменная доля (S11002) | | | |
| абс. | 19 | 27 | 46 |
| % | 17,9 | 25,5 | 43,4 |
| Затылочная доля (S11003) | | | |
| абс. | 6 | 5 | 11 |
| % | 5,7 | 4,7 | 10,4 |
| Структура промежуточного мозга (S1102) | | | |
| абс. | 2 | 3 | 5 |
| % | 1,9 | 2,8 | 4,7 |
| Базальные ганглии и относящиеся к ним структуры (S1103) | | | |
| абс. | 6 | 11 | 17 |
| % | 5,7 | 10,4 | 16,0 |
| Структура ствола мозга (S1105) | | | |
| Продолговатый мозг (S11050) | | | |
| абс. | 3 | 7 | 10 |
| % | 2,8 | 6,6 | 9,4 |
| Мост (S11051) | | | |
| абс. | 0 | 2 | 2 |
| % | 0 | 1,8 | 1,8 |

Все пациенты перенесли ишемический инсульт и поступили в специализированное реабилитационное отделение для проведения мероприятий по медицинской реабилитации в разные сроки раннего восстановительного периода: 19 (17,9%) поступили через 1 мес после перенесенного инсульта, 15 (14,2%) — через 2 мес, 23 (21,7%) — через 3 мес, 18 (17%) — через 4 мес, 14 (13,2%) — через 5 мес и 17 (16%) — через 6 мес.

По локализации очага поражения исследуемый контингент распределился следующим образом: у 53 (50%) человек очаг поражения располагался в бассейне средней мозговой артерии, у 28 (26,4%) — в бассейне передней мозговой артерии, у 17 (16%) — в бассейне задней мозговой артерии и у 8 (7,6%) — в бассейне передней и средней мозговых артерий.

Все пациенты в день поступления в отделение были осмотрены мультидисциплинарной реабилитационной командой (МДРК) с целью определения поврежденных структур и степени выраженности нарушений функций организма в соответствии с кодами МКФ и установления реабилитационного диагноза.

В день поступления были выявлены следующие повреждения структуры долей коры головного мозга (S1100): у 38 (35,9%) — повреждение лобной доли (S11000), причем у 12 (11,3%) — легкой степени выраженности, у 26 (24,5%) — умеренной степени выраженности. Височная доля коры головного мозга (S11001) была повреждена у 49 (46,2%), при этом у

Таблица 2

Распределение исследуемого контингента по нарушениям глобальных умственных функций в соответствии с кодами МКФ

| Функция организма (код по МКФ) | Степень выраженности нарушений | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|---------------------|-------|---------------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| | при поступлении | | | | при выписке | | | |
| | легкие (5—24%) | умеренные (25—49%) | тяжелые (50—95%) | всего | нет наруше- ний (0—4%) | легкие (5—24%) | умеренные (25—49%) | всего |
| Умственные функции (B1) | | | | | | | | |
| глобальные умственные функции (B110—139) | | | | | | | | |
| Функции ориентированности (B114) | | | | | | | | |
| ориентированность во времени (B1140) | | | | | | | | |
| абс. | 24 | 15 | 3 | 42 | 4 | 26 | 12 | 42 |
| % | 22,6 | 14,2 | 2,8 | 39,6 | 3,8 | 24,5 | 11,3 | 39,6 |
| ориентированность в месте (B1141) | | | | | | | | |
| абс. | 12 | 8 | 1 | 21 | 3 | 13 | 5 | 21 |
| % | 11,3 | 7,6 | 0,9 | 19,8 | 2,8 | 12,3 | 4,7 | 19,8 |
| Интеллектуальные функции (B117) | | | | | | | | |
| абс. | 79 | 24 | 3 | 106 | 6 | 87 | 13 | 106 |
| % | 74,5 | 22,6 | 2,8 | 100 | 5,6 | 82,1 | 12,3 | 100 |
| Глобальные психосоциальные функции (B122) | | | | | | | | |
| абс. | 3 | 1 | 0 | 4 | 2 | 2 | 0 | 4 |
| % | 2,8 | 0,9 | 0 | 3,8 | 1,9 | 1,9 | 0 | 3,8 |
| Темперамент и личностные функции (B126) | | | | | | | | |
| экстраверсия (B1260) | | | | | | | | |
| абс. | 83 | 23 | 0 | 106 | 8 | 86 | 12 | 106 |
| % | 78,3 | 21,7 | 0 | 100 | 7,6 | 81,1 | 11,3 | 100 |
| компромисс (B1261) | | | | | | | | |
| абс. | 24 | 10 | 0 | 34 | 4 | 25 | 5 | 34 |
| % | 22,6 | 9,4 | 0 | 32,1 | 3,8 | 23,6 | 4,7 | 32,1 |
| добросовестность (B1262) | | | | | | | | |
| абс. | 35 | 23 | 0 | 58 | 7 | 38 | 13 | 58 |
| % | 33,0 | 21,7 | 0 | 54,7 | 6,6 | 35,8 | 12,3 | 54,7 |
| психическая устойчивость (B1263) | | | | | | | | |
| абс. | 27 | 12 | 0 | 39 | 5 | 29 | 5 | 39 |
| % | 25,5 | 11,3 | 0 | 36,8 | 4,7 | 27,4 | 4,7 | 36,8 |
| открытость для опыта (B1264) | | | | | | | | |
| абс. | 13 | 21 | 0 | 34 | 4 | 18 | 12 | 34 |
| % | 12,3 | 19,8 | 0 | 32,1 | 3,8 | 17,0 | 11,3 | 32,1 |
| оптимизм (B1265) | | | | | | | | |
| абс. | 41 | 15 | 0 | 56 | 9 | 42 | 5 | 56 |
| % | 38,1 | 14,1 | 0 | 52,8 | 8,5 | 39,6 | 4,7 | 52,8 |
| уверенность (B1266) | | | | | | | | |
| абс. | 5 | 1 | 0 | 6 | 2 | 4 | 0 | 6 |
| % | 4,7 | 0,9 | 0 | 5,7 | 1,9 | 3,8 | 0 | 5,7 |
| Волевые и побудительные функции (B130) | | | | | | | | |
| волевой уровень (B1300) | | | | | | | | |
| абс. | 42 | 21 | 3 | 66 | 7 | 43 | 16 | 66 |
| % | 39,7 | 19,8 | 2,8 | 62,3 | 6,6 | 40,6 | 15,1 | 62,3 |
| мотивация (B1301) | | | | | | | | |
| абс. | 25 | 17 | 0 | 42 | 3 | 26 | 13 | 42 |
| % | 23,6 | 16,0 | 0 | 39,6 | 2,8 | 24,5 | 12,3 | 39,6 |
| аппетит (B1302) | | | | | | | | |
| абс. | 7 | 2 | 0 | 9 | 2 | 7 | 0 | 9 |
| % | 6,6 | 1,9 | 0 | 8,5 | 1,9 | 6,6 | 0 | 8,5 |
| контроль импульсивных побуждений (B1304) | | | | | | | | |
| абс. | 10 | 5 | 0 | 15 | 3 | 12 | 0 | 15 |
| % | 9,4 | 4,7 | 0 | 14,1 | 2,8 | 11,3 | 0 | 14,1 |
| Функции сна (B134) | | | | | | | | |
| количество сна (B1340) | | | | | | | | |
| абс. | 17 | 3 | 0 | 20 | 4 | 16 | 0 | 20 |
| % | 16,0 | 2,8 | 0 | 18,9 | 3,8 | 15,1 | 0 | 18,9 |
| начало сна (B1341) | | | | | | | | |
| абс. | 43 | 7 | 0 | 50 | 4 | 43 | 3 | 50 |
| % | 40,6 | 6,6 | 0 | 47,2 | 3,8 | 40,6 | 2,8 | 47,2 |
| поддержание сна (B1342) | | | | | | | | |
| абс. | 12 | 5 | 0 | 17 | 3 | 13 | 1 | 17 |
| % | 11,3 | 4,7 | 0 | 16,0 | 2,8 | 12,3 | 0,9 | 16,0 |
| качество сна (B1343) | | | | | | | | |
| абс. | 72 | 13 | 0 | 85 | 12 | 65 | 8 | 85 |
| % | 67,9 | 12,3 | 0 | 80,2 | 11,3 | 61,3 | 7,6 | 80,2 |

15 (14,1%) повреждения были легкой степени выраженности, а у 34 (32,1%) — умеренной степени выраженности. У 46 (43,4%) была повреждена структура коры теменной области (S11002), по степени выраженности повреждений у 19 (17,9%) были легкие

повреждения, а у 27 (25,5%) — умеренные повреждения. У 11 (10,4%) выявлены повреждения затылочной доли коры головного мозга (S11003), при этом у 6 (5,7%) они имели легкую степень выраженности, а у 5 (4,7%) — умеренную.

Распределение исследуемого контингента по нарушениям специфических умственных функций в соответствии с кодами МКФ

| Функции организма (код по МКФ) | Степень выраженности нарушений | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|---------------------|-------|---------------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| | при поступлении | | | | при выписке | | | |
| | легкие (5—24%) | умеренные (25—49%) | тяжелые (50—95%) | всего | нет наруше- ний (0—4%) | легкие (5—24%) | умеренные (25—49%) | всего |
| Умственные функции (B1) | | | | | | | | |
| специфические умственные функции (B140—189) | | | | | | | | |
| Функции внимания (B140) | | | | | | | | |
| устойчивость внимания (B1400) | | | | | | | | |
| абс. | 34 | 72 | 0 | 106 | 9 | 41 | 56 | 106 |
| % | 32,1 | 67,9 | 0 | 100 | 8,5 | 38,7 | 52,8 | 100 |
| переключение внимания (B1401) | | | | | | | | |
| абс. | 14 | 27 | 0 | 41 | 3 | 16 | 22 | 41 |
| % | 13,2 | 25,5 | 0 | 38,7 | 2,8 | 15,1 | 20,8 | 38,7 |
| разделение внимания (B1402) | | | | | | | | |
| абс. | 25 | 7 | 0 | 32 | 4 | 24 | 4 | 32 |
| % | 23,6 | 6,6 | 0 | 30,2 | 3,8 | 22,6 | 3,8 | 30,2 |
| сосредоточение внимания (B1403) | | | | | | | | |
| абс. | 31 | 19 | 0 | 50 | 7 | 32 | 11 | 50 |
| % | 29,3 | 17,9 | 0 | 47,2 | 6,6 | 30,2 | 10,4 | 47,2 |
| Функции памяти (B144) | | | | | | | | |
| кратковременная память (B1440) | | | | | | | | |
| абс. | 62 | 44 | 0 | 106 | 14 | 69 | 23 | 106 |
| % | 58,5 | 41,5 | 0 | 100 | 13,2 | 65,1 | 21,7 | 100 |
| долговременная память (B1441) | | | | | | | | |
| абс. | 1 | 5 | 0 | 6 | 1 | 4 | 1 | 6 |
| % | 0,9 | 4,7 | 0 | 5,6 | 0,9 | 3,8 | 0,9 | 5,6 |
| воспроизведение хранящегося в памяти (B1442) | | | | | | | | |
| абс. | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| % | 1,9 | 0 | 0 | 1,9 | 0 | 1,9 | 0 | 1,9 |
| Психомоторные функции (B147) | | | | | | | | |
| психомоторный контроль (B1470) | | | | | | | | |
| абс. | 10 | 7 | 0 | 17 | 2 | 12 | 3 | 17 |
| % | 9,4 | 6,6 | 0 | 16,0 | 1,9 | 11,3 | 2,8 | 16,0 |
| качество психомоторных функций (B1471) | | | | | | | | |
| абс. | 5 | 3 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 8 |
| % | 4,7 | 2,8 | 0 | 7,6 | 0 | 7,6 | 0 | 7,6 |
| Функции эмоций (B152) | | | | | | | | |
| адекватность эмоций (B1520) | | | | | | | | |
| абс. | 21 | 11 | 0 | 32 | 4 | 22 | 6 | 32 |
| % | 19,8 | 10,4 | 0 | 30,2 | 3,8 | 20,8 | 5,6 | 30,2 |
| регуляция эмоций (B1521) | | | | | | | | |
| абс. | 54 | 23 | 0 | 77 | 10 | 53 | 14 | 77 |
| % | 50,9 | 21,7 | 0 | 72,6 | 9,4 | 50,0 | 13,2 | 72,6 |

Выявлены повреждения структуры промежуточного мозга (S1102) у 5 (4,7%) человек, у 2 (1,9%) — легкой, у 3 (2,8%) — умеренной степени выраженности. У 17 (16%) выявлены повреждения базальных ганглиев и относящихся к ним структур (S 1103), у 6 (5,7%) из них повреждения были легкой степени, а у 11 (10,4%) — умеренной степени выраженности. Значительно реже встречалось повреждение структуры ствола мозга (S1105). У 10 (9,4%) были выявлены повреждения продолговатого мозга (S11050), из них у 3 (2,8%) — легкой, а у 7 (6,6%) — умеренной степени выраженности, у 2 (1,8%) отмечены повреждения моста мозга (S11051) умеренной степени выраженности.

Среди исследуемого контингента значительно чаще встречаются повреждения коры головного мозга височной доли (S11001), теменной доли (S11002) и лобной доли (S11000), в отдельных случаях встречаются одновременное повреждение двух и более долей коры головного мозга. По степени выраженности нарушения функций организма все пациенты имели легкую и умеренную степень выраженности, причем преобладали пациенты с уме-

ренной степенью выраженности. Пациентов с тяжелой степенью выраженности нарушенных функций среди исследуемого контингента не было (табл. 1).

При поступлении пациентов в специализированное отделение реабилитации МДРК при проведении реабилитационной диагностики оценивала умственные функции организма (B1) в соответствии с кодами МКФ, включая глобальные умственные функции (B110—139) и специфические умственные функции (B140—189).

Среди глобальных умственных функций у исследуемого контингента практически в 100% случаев встречались нарушения интеллектуальных функций (B117), темперамента и личностных функций (B126), включая экстраверсию (B1260).

Степень выраженности нарушения интеллектуальных функций у 79 (74,5%) пациентов при поступлении была легкой, у 24 (22,6%) — умеренной. У 83 (78,3%) экстраверсия имела легкую, а у 23 (21,7%) — умеренную степень выраженности. У всех 106 пациентов страдали функции внимания (B140), в частности устойчивость внимания (B1400). При этом у 34 (32,1%) она имела легкую, а у 72 (67,9%) — умерен-

ную степень выраженности при первичном осмотре. Также у всех пациентов отмечены нарушения функции памяти (B144), в основном кратковременной (B1440), у 62 (58,5%) она имела легкую, а у 44 (41,5%) — умеренную степень выраженности.

Значительное количество пациентов — 85 (80,2%) — отмечали у себя нарушение функции сна (B134), в частности количество сна (B1343), при этом у 72 (67,9%) она носила легкую степень, а у 12 (12,3%) — умеренную степень выраженности. У 77 (72,6%) страдали специфические умственные функции (B140—189): регуляция эмоций (B1521), при этом в половине (50,9%) случаев они имели легкую, а в 21,7% — умеренную степень выраженности.

Другие нарушения функций организма, в частности глобальные (B110—139) и специфические умственные функции (B140—189), у пациентов, перенесших ишемический инсульт, в раннем восстановительном периоде встречаются значительно реже (табл. 2, 3.)

В отделении реабилитации в отношении исследуемой группы пациентов по результатам реабилитационной диагностики, проводимой МДРК, применяли комплекс реабилитационных мероприятий, включающий медикаментозную терапию, физиолечение, ЛФК, массаж, психотерапию. Комплексные реабилитационные мероприятия проводились в течение примерно 10 дней под контролем соответствующих специалистов. В день выписки из отделения в отношении данной категории пациентов проводили повторный осмотр специалистами МДРК с целью оценки эффективности реабилитационных мероприятий и составления их плана на следующий амбулаторный этап.

По результатам контрольного осмотра МДРК установлено, что часть пациентов, имевших при поступлении легкую степень выраженности нарушений функции организма в соответствии с МКФ, вообще избавились от этих нарушений (5,1%), а часть пациентов, имевших умеренную степень выраженности нарушений функций организма, перешли в группу пациентов с легкой степенью выраженности нарушений функций (9,3%), что свидетельствует об эффективности реабилитационных мероприятий, проведенных в отношении исследуемого контингента.

Заключение

Исследование позволяет сделать следующие выводы:

- инсульт чаще встречается среди лиц мужского пола, проживающих в городе, состоящих в браке и относящихся к возрастной группе от 51 года до 70 лет;
- при ишемическом инсульте чаще всего поражаются структуры коры височной, теменной и лобной долей, в отдельных случаях сочетается поражение двух и более долей коры головного мозга;

- среди лиц, перенесших ишемический инсульт, в соответствии с кодами МКФ в раннем восстановительном периоде из глобальных умственных функций чаще всего страдают интеллектуальные функции, экстраверсия и функции внимания, а из специфических умственных функций — кратковременная память и регуляция эмоций;
- мультидисциплинарный подход к мероприятиям по медицинской реабилитации в раннем восстановительном периоде с использованием МКФ позволяет значительно повысить их эффективность.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Грибова Э. П. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации лиц с цереброваскулярными заболеваниями. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2019;(4):103—8.
2. Меметов С. С., Шаркунов Н. П., Чепракова Э. В., Ким В. В. Некоторые особенности медико-социальной реабилитации лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, на муниципальном уровне. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2019;(3):92—100.
3. Меметов С. С., Захарченко Ю. И., Волков А. А., Ким В. В., Поликарпов Р. В., Меметова А. С. Совершенствование когнитивной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(4):600—4.
4. Серeda А. Н., Ачкасов Е. Е., Меметова А. С., Ким В. В. Актуальные вопросы медицинской реабилитации на муниципальном уровне пациентов с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(5):820—4.
5. Живолупов С. А., Самарцев И. Н. Своевременная диагностика и рациональная терапия цереброваскулярных заболеваний в рамках современной стратегии первичной и вторичной профилактики инсульта. *Нервные болезни*. 2022;(2):28—37.
6. Фатыхов И. Р., Шишкина А. А., Брындин В. В., Фатыхова Г. Ф. Эффективность ранней реабилитации при мультидисциплинарном сопровождении пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2015;(4):121—4.
7. Абдуллина Г. И., Габдрафиков В. Н., Чумарин М. Р. Результаты сравнительного анализа когнитивных расстройств у пациентов с геморрагическим и ишемическим инсультом. *Colloquium-Journal*. 2019;10(3):5—6.
8. Ковярова М. В. Трудности в реабилитации пациента в раннем восстановительном периоде инфаркта головного мозга на фоне перенесенной коронавирусной инфекции. *Вселенная мозга*. 2021;3(2):34—6.
9. Карасева И. Экспертная оценка причин, затрудняющих эффективное применение средств восстановления пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2021;65(2):8—11.
10. Mukhina E. A., Polevaya S. A., Parin S. B., Fedotchev A. I. Cognitive rehabilitation of patients with acute cerebrovascular accident using eeg-guided adaptive neurostimulation. *Opera Medica et Physiologica*. 2021;8(4):90—6.
11. Tibekina L. M., Shaposhnikov A. N. Neurorehabilitation: sanogenetic and pathogenetic foundations of innovative directions. *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*. 2021;16(3):159—70.
12. Gialanella B., Bertolinelli M., Santoro R. Rehabilitative outcome in supratentorial and infratentorial stroke: the role of motor deficits. *Aging — Clinical and Experimental Research*. 2008;20(4):310—5.

REFERENCES

1. Gribova E. P. Actual problems of medical and social rehabilitation of persons with cerebrovascular diseases. *Bulletin of the All-Russian Society of specialists in medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry*. 2019;(4):103–8 (in Russian).
2. Memetov S. S., Sharkunov N. P., Cheprakova E. V., Kim V. V. Some features of medical and social rehabilitation of persons who have suffered acute cerebrovascular accident at the municipal level. *Bulletin of the All-Russian Society of specialists in medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry*. 2019;(3):92–100 (in Russian).
3. Memetov S. S., Zakharchenko Yu. I., Volkov A. A., Kim V. V., Polikarpov R. V., Memetova A. S. Improving cognitive rehabilitation of elderly and senile people. *Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine*. 2023;31(4):600–4 (in Russian).
4. Sereida A. N., Achkasov E. E., Memetova A. S., Kim V. V. Topical issues of medical rehabilitation at the municipal level of patients with the consequences of severe traumatic brain injury. *Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine*. 2022;30(5):820–4 (in Russian).
5. Zhivolupov S. A., Samartsev I. N. Timely diagnosis and rational therapy of cerebrovascular diseases within the framework of the modern strategy of primary and secondary prevention of stroke. *Nervous diseases*. 2022;(2):28–37 (in Russian).
6. Fatykhov I. R., Shishkina A. A., Bryndin V. V., Fatykhova G. F. The effectiveness of early rehabilitation with multidisciplinary support of patients with acute cerebrovascular accident. *Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples*. 2015;(4):121–4 (in Russian).
7. Abdullina G. I., Gabdrarifov V. N., Chumarin M. R. Results of a comparative analysis of cognitive disorders in patients with hemorrhagic and ischemic stroke. *Colloquium-Journal*. 2019;34(10-3):5–6 (in Russian).
8. Kovyarova M. V. Difficulties in rehabilitation of a patient in the early recovery period of a cerebral infarction on against the background of a coronavirus infection. *The universe of the brain*. 2021;3(2):34–6 (in Russian).
9. Karaseva I. A. Expert assessment of the reasons hindering the effective use of recovery tools in patients with acute cerebral circulatory disorders. *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2021;65(2):8–11 (in Russian).
10. Mukhina E. A., Poleyaya S. A., Parin S. B., Fedotchev A. I. Cognitive rehabilitation of patients with acute cerebrovascular accident using eeg-guided adaptive neurostimulation. *Opera Medica et Physiologica*. 2021;8(4):90–6.
11. Tibekina L. M., Shaposhnikov A. N. Neurorehabilitation: sanogenetic and pathogenetic foundations of innovative directions. *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*. 2021;16(3):159–70.
12. Gialanella B., Bertolinelli M., Santoro R. Rehabilitative outcome in supratentorial and infratentorial stroke: the role of motor deficits. *Aging — Clinical and Experimental Research*. 2008;20(4):310–5.

Тимченко Т. Н.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЫБАКАМ В ГЕОГРАФИЧЕСКИХ СЕГМЕНТАХ СЕВЕРНОГО МОРСКОГО ПУТИ

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

Проблемы профессионального травматизма и заболеваемости являются одним из актуальных направлений исследований в современности. По данным Международной организации труда, несчастные случаи, сердечно-сосудистые, инфекционные и раковые заболевания являются первопричинными. Кроме того, отраслевые особенности профессиональной деятельности влияют на уровень заболеваемости и смертности. В представленной статье раскрыты сложности оказания медицинской помощи рыбакам при выполнении профессиональных функций на промыслах в регионах Северного морского пути ввиду острого дефицита медицинских кадров и отсутствия надлежащего медицинского оборудования, а также предложены практические рекомендации по их предупреждению и устранению.

Ключевые слова: рыболовецкое судно; Северный морской путь; травматизм; заболевания; медицинская помощь; проблемы оказания; меры по совершенствованию.

Для цитирования: Тимченко Т. Н. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи рыбакам в географических сегментах Северного морского пути. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):959–964. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-959-964>

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

Timchenko T. N.

THE PROBLEMATIC ASPECTS OF MEDICAL CARE SUPPORT OF FISHERMEN IN GEOGRAPHICAL SEGMENTS OF THE NORTHERN SEA WAY

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

The problems of occupational injuries and morbidity are one of actual directions of scientific actually. According to the International Labor Organization, accidents, cardiovascular, infectious and cancer diseases are of original cause ones. Besides, sectorial characteristics of professional activity affect level of morbidity and mortality. The article reveals difficulties of medical care support of fishermen when performing professional functions in fisheries in regions of the Northern Sea Way in view of critical shortage of medical personnel and lacking of adequate medical equipment. The practical recommendations to resolve mentioned problems are proposed.

Keywords: fishing vessel; Northern Sea Way; traumatism; diseases; medical care; measures; improvement.

For citation: Timchenko T. N. The problematic aspects of medical care support of fishermen in geographical segments of the Northern Sea Way. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2024;32(5):959–964 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-959-964>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.06.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

Снижение уровня производственного травматизма и заболеваемости профессионального характера является одной из серьезнейших современных задач. На сегодняшний день, по данным Международной организации труда, к основным причинам смертности, связанной с трудовой деятельностью, относятся раковые (32%), сердечно-сосудистые заболевания (23%), несчастные случаи на производстве (19%), а также инфекционные заболевания (17%) [1]. Кроме того, отмечаются случаи заболеваний органов дыхания, пищеварения, слуха и расстройства психики.

Реакция человеческого организма на воздействии внешних производственных факторов носит универсальный характер. При этом выделяют ряд географических и отраслевых особенностей профес-

сиональной деятельности, влияющих на уровень смертности. Так, самой опасной профессией в мире является трудовая деятельность рыбаков. Ежегодно на каждые 100 тыс. профессиональных рыбаков приходится 111,8 смерти [2].

Самыми распространенными причинами смерти среди рыбаков являются:

- падение за борт в условиях сильного шторма;
- порезы, приводящие к развитию инфекционных заболеваний;
- нехватка медицинских препаратов;
- артрит в связи с полученными травмами, переохлаждением, ослабленным иммунитетом, нервным перенапряжением и практически безостановочной работой кистей рук.

В последние годы одним из новых географических сегментов профессиональной деятельности

рыбаков стал Северный морской путь — так называемый судоходный маршрут в Российской Арктике, включающий северные берега нашей страны по морям Северного Ледовитого океана (Баренцево, Карское, Лаптевых, Восточно-Сибирское, Чукотское и Берингово) [3]. Арктика характеризуется суровыми ледовыми условиями. Даже в периоды оттепели ледовые заторы затрудняют прохождение судов и ограничивают доступность маршрута. Кроме того, в данном регионе недостаточно портов и инфраструктуры для обеспечения безопасного и эффективного плавания, что приводит к ограниченным возможностям оказания необходимой медицинской помощи [4].

Основной целью настоящего исследования стало выявление проблемных аспектов оказания медицинской помощи рыбакам, осуществляющим профессиональную деятельность на маршрутах Северного морского пути, а также разработка практических мероприятий по предупреждению смертности на борту рыболовецкого судна.

Материалы и методы

Объектом настоящего исследования выступила профессиональная деятельность рыбаков в регионе Северного морского пути. Предметом исследования стали процессы оказания медицинской помощи рыбакам с учетом внешних факторов профессиональной среды. Источником получения информации послужили международные и национальные нормативно-правовые акты, регламентирующие профессиональную деятельность рыбаков, научные труды ученых по тематике исследования, а также собственные исследования в области оказания медицинской помощи на борту рыболовецкого судна.

Для достижения поставленной в работе цели автором были рассмотрены основные положения следующих международных и национальных нормативно-правовых актов:

Кодекс торгового мореплавания Российской Федерации от 30.04.1999 № 81-ФЗ (ред. от 22.06.2024);

Федеральный закон «О рыболовстве и сохранении водных биологических ресурсов» от 20.12.2004 № 166;

— Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве;

— Постановление Правительства РФ от 06.11.2013 № 996 «О мерах по обеспечению выполнения обязательств Российской Федерации, вытекающих из Конвенции 2006 года о труде в морском судоходстве» (с изменениями и дополнениями);

— Конвенция Международной организации труда № 188 о труде в рыболовном секторе (Женева, 14 июня 2007 г.);

— Конвенция № 164 о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков;

— Международное руководство по судовой медицине;

— Конвенция № 166 (пересмотренная) о репатриации моряков;

— Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024).

Для выявления структуры заболеваемости рыбаков и случаев травматизма на борту рыболовецких судов были рассмотрены и изучены результаты исследований отечественных авторов: Лупачева В. В., Кубасова Р. В., Попова В. В., Дёмина Д. Б., Кубасовой Е. Д. и др. Особенности оказания медицинской помощи в море, а также современные проблемные аспекты в данной области определены на основе работ Арестовой Ю. А., Ботнарюк М. В., Боран-Кешишьян А. Л., Конфино К. В., Коперчака О. П. и др.

В ходе исследования использованы методы анализа и синтеза, глубинного интервьюирования, контент-анализа, кейс-стади.

Результаты исследования

Рыбная промышленность представляет собой отдельную отрасль экономики России, занимающуюся добычей и переработкой рыбы и морепродуктов. Рыбное хозяйство России находится в неразрывной связи с другими отраслями и значительно влияет на экономику страны [5]. Кроме того, оно обеспечивает население рабочими местами в Мурманской, Архангельской, Магаданской, Сахалинской, Калининградской областях, Камчатском и Приморском краях, Республике Карелия, Чукотском и Корякском автономных округах.

По данным Федерального агентства рыболовства России, объемы добычи рыбы и морепродуктов в 2023 г. достигли рекордного показателя 5,3 млн т. При этом около 75% уловов обеспечил Дальневосточный бассейн. По сравнению с результатом 2022 г. объемы вылова в данном регионе выросли на 14% и превысили 4 млн т. Такая положительная динамика была обусловлена успешной лососевой путинной (лосося было поймано 609 тыс. т) [6].

Экспорт российской рыбы и морепродуктов в натуральном выражении вырос на 9% и составил 2,5 млн т. В денежном выражении поставки уступили показателю 2022 г. на 5,6% и составили 5,8 млрд долларов. Данные тенденции были обусловлены в первую очередь недружественными действиями ряда иностранных государств. Ключевыми импортерами выступили Китай, Республика Корея, Нидерланды, Япония, Нигерия и Германия. При этом география поставок расширилась за счет стран Ближнего Востока и Африки. В текущем году прогнозируется положительная динамика по экспорту не только натуральном, но и в стоимостном выражении.

Что касается объема российского импорта рыбопродукции в 2023 г., то в натуральном выражении он вырос на 18% и составил 656 тыс. т. В стоимостном выражении данный показатель вырос на 6% по сравнению с предыдущим годом и составил 2,8 млрд долларов. Ключевыми странами-поставщиками вы-

Здоровье и общество

ступили Белоруссия, Фарерские острова, Чили, Китай, Эквадор, Индия и Перу.

Основной импорта данной категории продукции являются только те виды, которые не добываются в наших водах или не производятся в достаточном объеме российскими предприятиями.

Сущность процессов добычи (вылова), приемки, обработки, перегрузки, транспортировки, хранения и выгрузки уловов водных биоресурсов раскрыта в Федеральном законе от 20.12.2004 № 166 «О рыболовстве и сохранении водных биологических ресурсов» [7].

Данный нормативный документ не дает определения понятию «судно рыбопромыслового флота», но такое понятие содержится в п. 2 ст. 7 Кодекса торгового мореплавания Российской Федерации (КТМ РФ) от 30.04.1999 № 81-ФЗ, согласно которому под судами рыбопромыслового флота понимаются «обслуживающие рыбопромысловый комплекс суда, используемые для рыболовства, а также приемотранспортные, вспомогательные суда и суда специального назначения» [8].

Рыбопромысловый флот по своим размерам значительно меньше, чем торговый. Максимальная длина большинства промысловых судов составляет порядка 50 м, следовательно, любые штормовые явления переносятся гораздо тяжелее. Более того, падения, ушибы, порезы, переломы для членов экипажей рыболовецких судов тоже довольно привычны, чего не скажешь о моряках торгового флота.

Продолжительность трудового контракта рыбаков составляет от 2 до 5 мес и зависит от номенклатуры заказываемой фабриками продукции (охлажденная, замороженная рыба или морепродукты). В соответствии с законодательством рейс не может превышать 120 календарных дней, а в сложных случаях (работа в Арктике) — 150 дней.

Отдельно необходимо отметить, что рыбаки, в отличие от моряков торгового флота, помимо обычных обязанностей на борту судна также занимаются технологической обработкой добытой свежей рыбы и морепродуктов. Обескровливание, потрошение рыбы и морепродуктов зачастую выполняются вручную, что приводит к инфицированию ран.

Результаты научных исследований Арестовой Ю. А., Ботнарюк М. В., Боран-Кешишьян А. Л., Конфино К. В. и Коперчака О. П. позволяют сделать вывод о том, что основными причинами обращения моряков торгового флота за медицинской помощью являются сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов пищеварения, психологическое состояние, заболевания органов слуха, а также раковые образования [9—13].

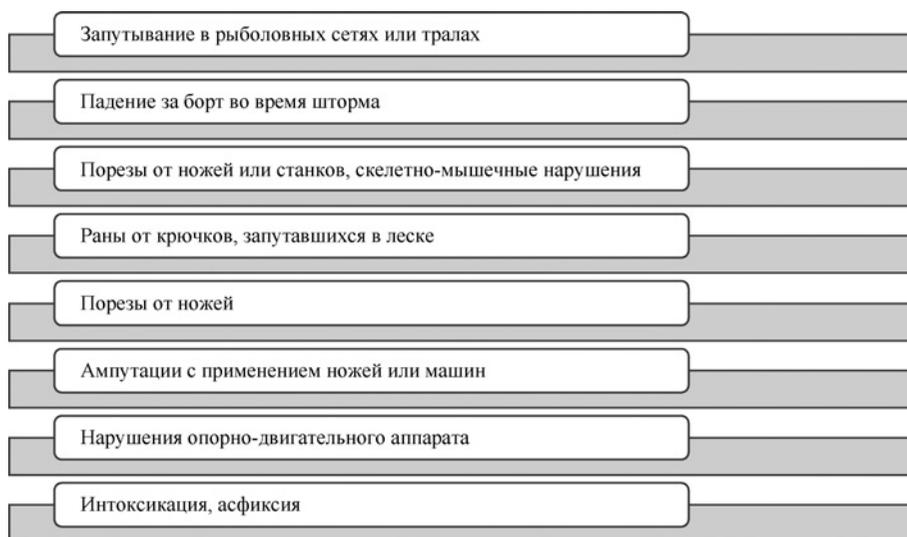


Рис. 1. Основные виды травматизма на борту рыболовецкого судна

Что касается рыбаков, то в работе [14] определены следующие основные причины первичных обращений за медицинской помощью:

- ОРВИ;
- острый фарингит и тонзиллит;
- заболевания кожи и подкожной клетчатки;
- заболевания органов пищеварения;
- заболевания органов кровообращения;
- заболевания глаз;
- заболевания уха и сосцевидного отростка;
- заболевания почек и мочевыводящих путей.

Результаты глубинного интервьюирования 15 рыбаков посредством устного опроса позволили автору сформулировать перечень возможных травм на борту рыболовецкого судна (рис. 1).

Кожные заболевания, поражающие руки, также распространены у рыбаков. Это обусловлено контактом с белками рыбы или с использованием резиновых перчаток. Большинство кожных заболеваний представляют собой контактную экзему, аллергическую и неаллергическую (фурункулы и абсцессы).

Что касается причин смертности рыбаков, то самой распространенной является падение за борт во время шторма. При этом почти 50% всех смертей среди рыбаков приходится на ловцов крабов [15].

Обсуждение

Основные положения Конвенция 2006 г. «О труде в морском судоходстве» Международной организации труда, Постановления Правительства РФ от 06.11.2013 № 996, а также Конвенции № 188 «О труде в рыболовном секторе» определяют требования к судовладельцу по оснащению торгового и рыболовецкого судна укомплектованной судовой аптечкой и соответствующим медицинским оборудованием [16—18].

В Конвенции № 164 о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков 1987 г. предусмотрены соответствующие нормы в отношении медицинского оборудования и медицинских средств на

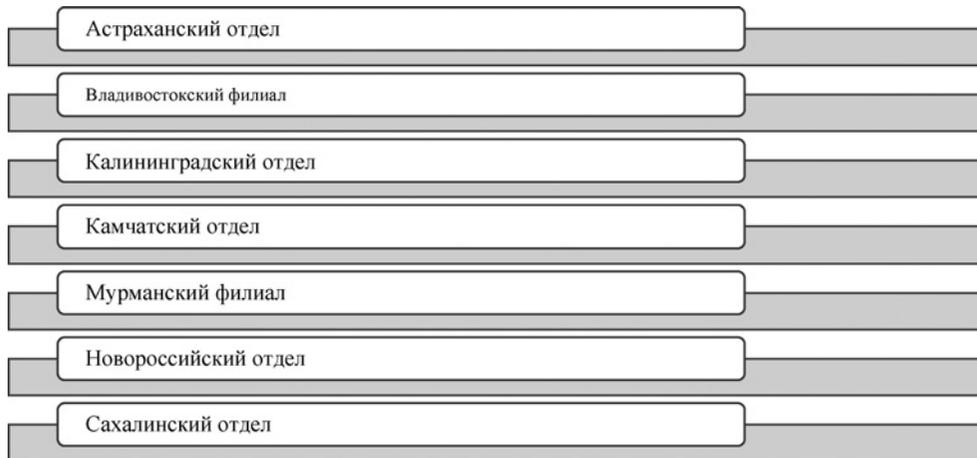


Рис. 2. Представительства Центра системы мониторинга рыболовства и связи в России.

борту рыболовецкого судна. Данный нормативный документ также включает положения, касающиеся предоставления и получения медицинских консультаций при нахождении в море, включая стандартные формы медицинской карты рыбаков [19].

В случае заболевания члена экипажа рыболовецкого судна или получения им травмы в ходе выполнения профессиональных обязанностей один из представителей командного состава (капитан, старший помощник, старший механик), официально именуемый как «лицо, ответственное за медицинское обслуживание на борту», обязан оказать рыбаку надлежащую медицинскую помощь до тех пор, пока не появится возможность передать пострадавшего/заболевшего в руки профессиональных медиков. Необходимо отметить, что ответственное за медицинское обслуживание на судне лицо регулярно проходит медицинскую подготовку (курсы повышения квалификации), но при этом не является полноценным врачом. При оказании медицинской помощи пострадавшим рыбакам он пользуется руководством по судовой медицине, а также лекарственными средствами из судовой аптечки. Кроме того, в последние годы на судах торгового и рыболовецкого флота практикуются услуги телемедицинской помощи квалифицированного берегового врача [20, 21].

В России государственный мониторинг водных биологических ресурсов, а также наблюдение и контроль за деятельностью судов рыбопромышленного флота обеспечивает Центр системы мониторинга рыболовства и связи (рис. 2).

В начале июля 2022 г. Центр системы мониторинга рыболовства и связи обеспечил проведение первой телемедицинской консультации с борта рыболовецкого судна. Помощь рыбаку оказали врачи Ненецкой окружной больницы [22]. Используемый аппаратно-программный комплекс позволил провести электрокардиографию, измерить давление, проверить содержание сахара в крови.

Несмотря на положительный результат, проблема оказания медицинской помощи рыбакам, осуществляющим профессиональную деятельность в

регионах Северного морского пути, остается актуальной вследствие не только затруднительного перемещения судна в условиях повышенной ледовой обстановки с целью доставки пострадавшего или заболевшего рыбака в ближайший медицинский центр, но и необходимости модернизации системы оказания медицинской помощи на уровне первичного звена в связи с нехваткой квалифицированных кадров и необходимого медицинского обслуживания в данном географическом сегменте.

В соответствии с положениями утвержденной дорожной карты по развитию выездной медицинской помощи и телемедицины в Арктике к концу 2024 г. ожидается увеличение количества проводимых телеконсультаций в арктических регионах России. Более того, в 2025 г. запланировано полномасштабное оказание «цифровой» медицинской помощи на борту торговых и рыболовецких судов в акватории Северного морского пути.

Заключение

Подводя итог проведенному исследованию, можно констатировать, что сектор рыболовства отличается высокими по сравнению с другими секторами коэффициентами смертности и травматизма. Более того, в отличие от других производств, рыболовецкое судно, осуществляющее промысел в регионах Северного морского пути, отдалено от береговой больницы базы. На судне, как правило, сами члены экипажа оказывают первую, а иногда и более сложную медицинскую помощь. В последние годы оказание медико-санитарной помощи отдельным рыбакам улучшилось за счет использования телемедицинских консультаций.

По мнению автора, в целях предупреждения травматизма, развития профессиональных заболеваний рыбаков, а также минимизации летальных исходов на борту рыболовецкого судна в работе предлагаются следующие мероприятия:

1. Увеличение числа медицинских организаций в арктическом регионе России, взаимодействующих с Центром системы мониторинга рыболовства и связи.

2. Модернизация медицинских центров Арктики по таким направлениям, как восстановление плановой работы медицинских учреждений, обеспечение работы мобильных групп, развитие телемедицины и санитарной авиации.
 3. Оснащение рыболовецких судов современным медицинским оборудованием с целью оказания надлежащей первой медицинской помощи в ледовых условиях уполномоченными членами экипажа.
- Внедрение предложенных мер позволит сократить число случаев травматизма и смертности рыбаков при выполнении профессиональных обязанностей, а также повысит эффективность оказания медицинской помощи в географических сегментах Северного морского пути.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Охрана труда в цифрах и фактах. Международная организация труда. Режим доступа: <http://base.safework.ru/safework?print&nd=444400036&spack=110listid%3D01000000100%26listpos%3D5%26lsz%3D13%26nd%3D808000014%26nh%3D0%26> (дата обращения 01.06.2024).
2. Эксперты назвали профессию рыбака одной из самых опасных профессий в мире. Крюинговая компания «Наше время». Режим доступа: https://ourtimedv.com/news/eksperty_nazvali_professiyu_rybaka_odnoy_iz_samykh_opasnykh_professiy_v_mire.html (дата обращения 01.06.2024).
3. Севморпуть: история и перспективы. Российское государственное федеральное информационное агентство «ТАСС». Режим доступа: <https://tass.ru/ekonomika/20118387> (дата обращения 01.06.2024).
4. Конвенция № 166 (пересмотренная) о репатриации моряков. Система Гарант. Режим доступа: <https://base.garant.ru/2541327/> (дата обращения 01.06.2024).
5. Состояние мирового рыболовства аквакультуры: меры по повышению устойчивости. Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций. Режим доступа: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/c77b3090-95d0-4b79-947b-8dc9357b45db/content> (дата обращения 01.06.2024).
6. Как рыбная отрасль отработала 2023 год. Экспертно-аналитическое издание «Далекая окраина». Режим доступа: <https://dalekayaokraina.ru/news/rybnaya-otrasl/kak-rybnaya-otrasl-otrabotala-2023-god> (дата обращения 01.06.2024).
7. Федеральный закон «О рыболовстве и сохранении водных биологических ресурсов» от 20.12.2004 № 166. Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_50799/ (дата обращения 04.06.2024).
8. Кодекс торгового мореплавания Российской Федерации от 30.04.1999 № 81-ФЗ (ред. от 22.06.2024). Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22916/ (дата обращения 04.06.2024).
9. Арестова Ю. А. Актуальные вопросы выявления факторов риска и профилактики инфаркта миокарда у моряков. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):815—22.
10. Тимченко Т. Н., Ботнарюк М. В. Обеспечение сбалансированного питания на борту морского судна как мера защиты здоровья членов экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):68—74.
11. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Несвоевременная репатриация членов экипажа судна как угроза нарушения состояния психического здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1306—12.
12. Конфино К. В. Влияние производственных факторов на здоровье членов экипажа нефтеналивного флота. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):61—7.

13. Тимченко Т. Н., Коперчак О. П. Исследование проблемы профессиональной потери слуха у членов экипажей водных судов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1337—43.
14. Лупачев В. В., Кубасов Р. В., Попов В. В., Дёмин Д. Б., Кубасова Е. Д. Структура заболеваемости рыбаков при работе в различных географических регионах. *Морская медицина*. 2022;8(4):44—51.
15. Главные причины смертности среди рыбаков. Клуб рыбаков. Режим доступа: https://fisher-club.com/news/glavnye_prichiny_smertnosti_sredi_rybakov/2018-03-28-2224 (дата обращения 07.06.2024).
16. Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве. Справочник МФТ для моряков по Конвенции МОТ о труде в морском судоходстве. Режим доступа: <https://www.itfglobal.org/sites/default/files/node/page/files/2017%20ITF%20MLC%20Guide%20RU.pdf> (дата обращения 10.06.2024).
17. Постановление Правительства РФ от 6 ноября 2013 г. № 996 «О мерах по обеспечению выполнения обязательств Российской Федерации, вытекающих из Конвенции 2006 года о труде в морском судоходстве» (с изменениями и дополнениями). Система Гарант. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70497852/> (дата обращения 10.06.2024).
18. Конвенция Международной организации труда № 188 о труде в рыболовном секторе (Женева, 14 июня 2007 г.). Система Гарант. Режим доступа: <https://base.garant.ru/2565617/> (дата обращения 10.06.2024).
19. Конвенция Международной Организации Труда № 164 о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков (Женева, 8 октября 1987 г.). Система Гарант. Режим доступа: <https://base.garant.ru/2561524/493aff9450b0b89b29b367693300b74a/> (дата обращения 10.06.2024).
20. Международное руководство по судовой медицине. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43814/9789244547205_rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y (дата обращения 12.06.2024).
21. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/1fff5ed8554edf5149be5e82cbb6340f23a7474/ (дата обращения 12.06.2024).
22. На помощь заболевшим рыбакам привлекут телемедицину. Fish News. Режим доступа: <https://fishnews.ru/news/45117> (дата обращения 14.06.2024).
23. Приказ Минздрава России от 23.03.2022 № 195 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») развития телемедицины и выездных форм оказания медицинской помощи, в том числе на маршрутах кочевий коренных малочисленных народов Российской Федерации в Арктической зоне». Консультант Плюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_414457/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdadff518/ (дата обращения 12.06.2024).

Поступила 11.06.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Occupational safety and health in figures and facts. International Labour Organization. Available at: <http://base.safework.ru/safework?print&nd=444400036&spack=110listid%3D01000000100%26listpos%3D5%26lsz%3D13%26nd%3D808000014%26nh%3D0%26> (accessed 01.06.2024) (in Russian).
2. Experts called the profession of a fisherman one of the most dangerous professions in the world. Crewing company «Nashe Vremya». Available at: https://ourtimedv.com/news/eksperty_nazvali_professiyu_rybaka_odnoy_iz_samykh_opasnykh_professiy_v_mire.htm (accessed 01.06.2024) (in Russian).
3. The Northern Sea Route: history and prospects. Russian State Federal Information Agency «TASS». Available at: <https://tass.ru/ekonomika/20118387> (accessed 01.06.2024) (in Russian).
4. Convention No. 166 (revised) concerning the Repatriation of Seafarers. Garant System. Available at: <https://base.garant.ru/2541327/> (accessed 01.06.2024) (in Russian).

5. The state of world aquaculture fisheries: measures to improve sustainability. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Available at: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/c77b3090-95d0-4b79-947b-8dc9357b45db/content> (accessed 01.06.2024).
6. How the fishing industry performed in 2023. Expert and analytical publication "Far Outskirts". Available at: <https://dalekayaokraina.ru/news/rybnaya-otrasl/kak-rybnaya-otrasl-otrabotala-2023-god> (accessed 01.06.2024) (in Russian).
7. Federal Law "On Fisheries and Conservation of Aquatic Biological Resources" dated December 20, 2004 No. 166. Consultant Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_50799/ (accessed 04.06.2024) (in Russian).
8. Merchant Shipping Code of the Russian Federation of 30.04.1999 No. 81-FZ (as amended on 22.06.2024). Consultant Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22916/ (accessed 04.06.2024) (in Russian).
9. Arestova Yu. A. Actual issues of identifying risk factors and preventing myocardial infarction in seafarers. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(4):815–22 (in Russian).
10. Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Ensuring balanced nutrition on board a sea-going vessel as a measure to protect the health of crew members. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):68–74 (in Russian).
11. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship crew members as a threat to mental health. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(6):1306–12 (in Russian).
12. Confino K. V. The influence of production factors on the health of oil tanker fleet crew members. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):61–7 (in Russian).
13. Timchenko T. N., Koperchak O. P. Study of the problem of occupational hearing loss in crew members of watercraft. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(6):1337–43 (in Russian).
14. Lupachev V. V., Kubasov R. V., Popov V. V., Demin D. B., Kubasova E. D. Structure of morbidity of fishermen working in different geographical regions. *Marine Medicine*. 2022;8(4):44–51 (in Russian).
15. Main causes of mortality among fishermen. Fishermen's Club. Available at: https://fisher-club.com/news/glavnye_prichiny_smertnosti_sredi_rybakov/2018-03-28-2224 (accessed 07.06.2024) (in Russian).
16. Maritime Labour Convention, 2006. ILO Seafarers' Guide to the ILO Maritime Labour Convention. Available at: <https://www.ilo-global.org/sites/default/files/node/page/files/2017%20ITF%20MLC%20Guide%20RU.pdf> (accessed 10.06.2024) (in Russian).
17. Resolution of the Government of the Russian Federation of November 6, 2013 No. 996 "On measures to ensure the fulfillment of obligations of the Russian Federation arising from the Maritime Labour Convention, 2006" (with amendments and additions). Garant System. Available at: <https://base.garant.ru/70497852/> (accessed 10.06.2024) (in Russian).
18. International Labour Organization Convention No. 188 concerning Work in the Fishing Sector (Geneva, June 14, 2007). Garant System. Available at: <https://base.garant.ru/2565617/> (accessed 10.06.2024) (in Russian).
19. International Labour Organization Convention No. 164 concerning Health Care and Medical Care for Seafarers (Geneva, October 8, 1987). Garant System. Available at: <https://base.garant.ru/2561524/493aff9450b0b89b29b367693300b74a/> (accessed 10.06.2024) (in Russian).
20. International Guide to Shipboard Medicine. World Health Organization. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43814/9789244547205_rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y (accessed 12.06.2024).
21. Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ (as amended on 25.12.2023) "On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation" (as amended and supplemented, entered into force on 01.04.2024). Consultant Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/1fff5edb8554edf5149be5e82cbb6340f23a7474/ (accessed 12.06.2024) (in Russian).
22. Telemedicine will be brought in to help sick fishermen. Fish News. Available at: <https://fishnews.ru/news/45117> (accessed 14.06.2024).
23. Order of the Ministry of Health of Russia dated 23.03.2022 No. 195 "On approval of the action plan ("roadmap") for the development of telemedicine and mobile forms of medical care, including on the routes of nomads of indigenous peoples of the Russian Federation in the Arctic zone". Consultant Plus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_414457/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddd5f18/ (accessed 12.06.2024) (in Russian).

Кордубан Е. Н.¹, Ананченкова П. И.¹, Цориев А. Э.²

ЭКСПОРТ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СЕГМЕНТЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

²ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница», 620102, г. Екатеринбург

Работа посвящена исследованию роли высокотехнологичной медицинской помощи в экспорте медицинских услуг из Российской Федерации. В условиях глобализации и растущей международной конкуренции она приобретает особое значение, поскольку включает передовые методы диагностики и лечения сложных заболеваний, которые привлекают иностранных пациентов. В статье рассмотрены экономические и социальные аспекты экспорта высокотехнологичной медицинской помощи, проанализированы статистические данные и тенденции развития данного сектора. Отдельное внимание уделено государственной поддержке и внедрению технологических инноваций, способствующих росту конкурентоспособности российских медицинских услуг на мировом медицинском рынке.

Ключевые слова: медицинская помощь; экспорт медицинских услуг; медицинский туризм; высокотехнологичная медицинская помощь; инновации; технологическое развитие.

Для цитирования: Кордубан Е. Н., Ананченкова П. И., Цориев А. Э. Экспорт медицинских услуг в сегменте высокотехнологичной медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):965–968. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-965-968>

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

Korduban E. N.¹, Ananchenkova P. I.¹, Tsooriev A. E.²

THE EXPORT OF MEDICAL SERVICES IN SEGMENT OF HI-TECHNOLOGICAL MEDICAL CARE

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

²The State Autonomous Health Care Institution of the Sverdlovsk Oblast "The Sverdlovsk Oblast Clinical Hospital", 620102, Yekaterinburg, Russia

The article considers role of high-tech medical care in export of medical services from the Russian Federation. In conditions of globalization and increasing international competition, it acquires special significance since it includes advanced methods of diagnostic and treatment of complex diseases that attract patients from abroad. The economic and social aspects of high-tech medical care export are considered. The statistical data and trends of development of this sector are analyzed. The particular attention is paid to state support and implementation of technological innovations contributing to increasing of competitiveness of Russian medical services at global medical market.

Key words: medical care; export; medical services; medical tourism; high-tech medical care; innovation; technological development.

For citation: Korduban E. N., Ananchenkova P. I., Tsooriev A. E. The export of medical services in segment of hi-technological medical care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):965–968 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-965-968>

For correspondence: Ananchenkova P. I., candidate of economical sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Economics and Management in Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: ananchenkova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 24.06.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

Экспорт медицинских услуг в последние годы становится одним из ключевых направлений развития здравоохранения в России. В условиях глобализации и растущей конкуренции на международном рынке медицинских услуг высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) приобретает особое значение. ВМП включает в себя передовые методы диагностики и лечения, которые требуют использования новейших технологий и высокой квалификации медицинского персонала. Это делает ее особенно востребованной среди иностранных пациентов, ищущих наиболее эффективные решения для лечения сложных заболеваний.

Рост экспорта медицинских услуг, особенно в сегменте ВМП, положительно влияет на экономику страны, способствуя увеличению валютных поступлений и созданию новых рабочих мест. Кроме того, развитие этого направления укрепляет международный имидж России как центра передовой медицины, привлекает большее количество пациентов из-за рубежа и способствует интеграции страны в глобальные медицинские процессы.

Материалы и методы

При проведении данного исследования использованы различные источники и методы анализа, которые позволили всесторонне изучить роль ВМП в экспорте медицинских услуг из России, а также

определить текущие тенденции и перспективы развития данного сектора.

Основные данные о состоянии и динамике экспорта медицинских услуг, включая ВМП, были получены из отчетов Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также из открытых источников — официальных сайтов государственных учреждений и профильных публикаций. Для анализа текущих тенденций и факторов, влияющих на развитие экспорта ВМП, были использованы научные статьи и аналитические отчеты российских и международных исследователей, посвященные вопросам медицинского экспорта, ВМП и внедрению инноваций в здравоохранение. В исследовании также были учтены государственные программы и инициативы, направленные на поддержку экспорта медицинских услуг, а также нормативные акты, регулирующие деятельность медицинских организаций, оказывающих ВМП.

Результаты исследования

Экспорт медицинских услуг представляет собой предоставление медицинских услуг резидентами одной страны нерезидентам, что включает диагностику, лечение, реабилитацию, а также другие формы медицинской помощи. Это может происходить как в пределах страны, когда иностранные граждане приезжают для получения лечения (медицинский туризм), так и за ее пределами, например через телемедицинские консультации или мобильные медицинские группы, выезжающие за границу.

Экспорт медицинских услуг оказывает многогранное влияние на экономику, поскольку прием иностранных пациентов способствует увеличению валютных поступлений, что поддерживает валютные резервы и улучшает платежный баланс страны. Развитие экспорта медицинских услуг стимулирует спрос на медицинские кадры, что приводит к созданию новых рабочих мест не только в медицинской сфере, но и в смежных отраслях (туризм, логистика, гостиничный бизнес); конкуренция на международном рынке медицинских услуг побуждает медицинские учреждения внедрять новейшие технологии и улучшать качество услуг, что способствует общему развитию здравоохранения в стране.

Таким образом, успешный экспорт медицинских услуг усиливает международный авторитет страны как центра передовой медицины, привлекая большее количество пациентов и укрепляя деловые связи с другими государствами, являясь важным фактором экономического роста и модернизации, способствующим интеграции страны в глобальные экономические и медицинские процессы.

По данным Федеральной службы государственной статистики, экспорт медицинских услуг из России в 2022 г. составил 200 млн долларов США, что на 15% больше по сравнению с 2021 г. Прогнозируется, что к 2025 г. объем экспорта может вырасти до 300 млн долларов США [1].

ВМП — это медицинская помощь с применением высоких медицинских технологий для лечения сложных заболеваний [2]. Это часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых, сложных, уникальных и ресурсоемких методов лечения, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

ВМП играет ключевую роль в экспорте медицинских услуг, поскольку включает передовые методы диагностики и лечения, которые не всегда доступны в других странах. ВМП охватывает такие области, как роботизированная хирургия, генотерапия, сложные онкологические и кардиохирургические процедуры, высокотехнологичные методы диагностики и лечения редких заболеваний.

Высокий уровень технологического оснащения и компетенции медицинского персонала привлекает пациентов из-за рубежа, которые ищут лучшие возможности для лечения сложных и редких заболеваний. ВМП предлагает уникальные и высокоэффективные решения, которые часто недоступны в их странах. Наличие передовых технологий и инновационных методов лечения в российских медицинских учреждениях позволяет стране конкурировать на мировом рынке медицинских услуг, что особенно важно в условиях глобализации здравоохранения.

Экспорт ВМП является высокодоходным направлением, поскольку стоимость таких услуг зачастую значительно выше, чем обычных медицинских процедур. Это приносит значительный вклад в экономику, увеличивая доходы медицинских учреждений и привлекая валютные поступления. Успехи в предоставлении ВМП укрепляют международный имидж страны как лидера в области медицинских технологий и услуг, что способствует дальнейшему расширению экспорта и установлению долгосрочных партнерских отношений.

Таким образом, ВМП не только улучшает доступ к современным методам лечения для отечественных и зарубежных пациентов, но и становится важным драйвером роста экспорта медицинских услуг, способствуя повышению конкурентоспособности и экономической устойчивости страны на международной арене.

По состоянию на 1 марта 2023 г. на территории Российской Федерации функционировали 229 медицинских организаций (МО), имеющих лицензию на оказание ВМП.

Количественное распределение МО ВМП в федеральных округах Российской Федерации представлено в таблице (без учета присоединенных территорий).

Лидером по числу МО ВМП является Центральный федеральный округ, где сосредоточено 89 медицинских организаций, имеющих лицензии на ВМП. Также лидерами по количеству МО ВМП являются Северо-Западный и Приволжский федеральные округа, где размещены 31 и 30 субъектов ВМП соот-

Здоровье и общество

Количество МО, оказывающих ВМП в федеральных округах Российской Федерации*

| Федеральный округ | Количество МО ВМП, абс. ед. |
|-------------------|-----------------------------|
| Дальневосточный | 13 |
| Приволжский | 30 |
| Северо-Западный | 31 |
| Сибирский | 29 |
| Северо-Кавказский | 4 |
| Уральский | 18 |
| Центральный | 89 |
| Южный | 15 |

* Составлено авторами на основе перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих ВМП, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, на 2023 г., утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.07.2022 № 518н «Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, на 2023 год» (зарегистрирован 26.08.2022 № 69817).

ветственно. Наименьшее количество МО ВМП размещено в Северо-Кавказском федеральном округе.

Следует отметить, что сбор статистических данных, отражающих экспорт медицинских услуг в сегменте ВМП, затруднен по ряду причин, что не дает возможности оценить объемы вклада именно этого сегмента в экспортную часть всей медицинской помощи, оказываемой иностранным пациентам.

Вместе с тем отдельные показатели развития ВМП и статистика ее предоставления пациентам из регионов Российской Федерации дают основания предполагать, что ее востребованность со стороны иностранных пациентов высока.

В 2020 г. объем оказания ВМП составил 671,8 тыс. случаев. Потребность в ее оказании намного превышает возможности получения, что объясняется чрезвычайно узким списком видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС), и закрытым перечнем МО, которые могут оказывать ВМП. Если в 2021 г. ВМП оказывалась 1124 МО, то в 2019 г. их было всего 936 [3]. В 2022 г. было выполнено почти 1,3 млн операций в рамках программы ВМП, что на 24% больше, чем за весь 2017 г. В Программе государственных гарантий на 2023 г. было предусмотрено увеличение объемов ВМП [4].

Центром ВМП в Российской Федерации является Центральный федеральный округ и непосредственно столица государства г. Москва.

В 2024 г. ВМП можно бесплатно получить в 48 стационарах Москвы по 20 профилям и более чем по 1,4 тыс. видов заболеваний. Лидеры направлений — сердечно-сосудистая хирургия (27,5%), онкология (20,8%), ортопедия (18,8%). В 2023 г. ВМП получили свыше 146 тыс. пациентов. Это в 4,5 раза больше, чем в 2010 г.

В России в рамках базовой программы ОМС оказывается около 70 различных видов ВМП, связанных в том числе с лечением сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний. Перечень

видов ВМП ежегодно совершенствуется, в том числе за счет включения новых методов лечения, прошедших клиническую апробацию. Кроме того, при подготовке текущей Программы государственных гарантий проведена работа по уточнению методов ВМП.

Как отметил Михаил Мишустин в ходе заседания Правительства 12 октября 2022 г., ожидается, что в 2023 г. «правительство дополнительно направит свыше 24,5 млрд рублей на оказание в текущем году специализированной и высокотехнологической помощи гражданам в федеральных учреждениях в рамках программы ОМС. Право на это есть у жителей всех российских субъектов. Увеличение финансирования позволит повысить доступность медицины, у людей по всей стране появится больше возможностей, чтобы восстановить и поправить свое здоровье» [5].

На развитие экспорта медицинских услуг в сегменте ВМП влияет ряд факторов.

Государственные программы поддержки и налоговые льготы играют значительную роль в стимулировании развития экспорта медицинских услуг. В последние годы российское правительство разработало ряд инициатив, направленных на поддержку медицинских учреждений, предоставляющих услуги за рубежом. По мнению Ю. Г. Герцик, «наиболее распространенными инструментами и мерами поддержки несырьевого экспорта являются субсидирование производителей по различным направлениям продвижения их продукции (в т. ч. на участие в выставках и бизнес-миссиях, сертификации и т. д.), а также образовательные услуги в сфере повышения квалификации руководства и специалистов компаний по поиску зарубежных партнеров с целью заключения контрактов и участия в совместных проектах, в т. ч. предоставление информации по таможенному регулированию в странах, имеющих потенциальные рынки сбыта» [6].

Технологические инновации — телемедицина и искусственный интеллект — также играют важную роль в развитии экспортных возможностей. Эти технологии позволяют улучшить доступность и качество медицинских услуг, а также расширяют возможности дистанционного консультирования и диагностики, уже сегодня выступая важными инструментами для повышения качества медицинских услуг и расширения их доступности на международном рынке. По мнению ряда экспертов, «современная медицина переживает период невероятных изменений благодаря инновационным технологиям. Эти технологии не только улучшают точность диагностики и эффективность лечения, но и меняют облик здравоохранения в целом» [7].

Заключение

Исследование въездного медицинского туризма в Российскую Федерацию с целью получения ВМП дает основания сформулировать предложения по развитию научных исследований данного сегмента

экспорта медицинских услуг, в том числе, по нашему мнению, необходимо:

- разработать организационный механизм мониторинга деятельности МО, оказывающих ВМП, и сбор статистических данных, отражающих ее получение иностранными гражданами;
- разработать формы статистического наблюдения за показателями оказания ВМП иностранным пациентам в разрезе регионов, нозологий и конкретных видов медицинской помощи, регламентированной лицензией на ВМП;
- региональным операторам федерального проекта «Экспорт медицинских услуг» обеспечить регулярный мониторинг и аналитику данных по показателям экспорта ВМП.

В целом можно констатировать, что экспорт ВМП из России представляет собой важный сегмент, способствующий экономическому росту и укреплению международного имиджа страны. Позитивные тенденции в этом сегменте подчеркивают важность дальнейшего развития и совершенствования медицинских технологий и услуг.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Минздрав отчитался о росте экспорта медицинских услуг. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-otchitalsya-o-roste-eksporta-medicinskih-uslug-v-2022-godu-do-730-mln-dollarov.html> (дата обращения 12.08.2024).
2. Что такое высокотехнологичная помощь и чем она отличается от обычной медицинской помощи? Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/reception/help/vmp/0> (дата обращения 12.08.2024).
3. Потребность в высокотехнологичной медицинской помощи в России растет. Режим доступа: <https://delprof.ru/press-center/experts-pubs/potrebnost-v-vysokotekhnologichnoy-meditsinskoy-pomoshchi-v-rossii-rastet/> (дата обращения 12.08.2024).
4. На высокотехнологичную медпомощь по ОМС выделят еще 24,5 млрд рублей на 2023 год. Режим доступа: <https://tass.ru/ekonomika/18993295> (дата обращения 12.10.2023).
5. Заседание Правительства. Режим доступа: <http://government.ru/news/49781/> (дата обращения 12.10.2023).
6. Герцик Ю. Г. Государственная поддержка экспорта предприятий медицинской и фармацевтической промышленности. *Рецидум*. 2021;(3):6–10.
7. Современные инновационные технологии в медицине. Режим доступа: <https://infomedspb.ru/articles/sovremennye-innovatsionnye-tekhnologii-v-meditsine.html> (дата обращения 12.08.2024).

Поступила 24.06.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. The Ministry of Health reported on the growth of exports of medical services. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-otchitalsya-o-roste-eksporta-medicinskih-uslug-v-2022-godu-do-730-mln-dollarov.html> (accessed 08/12/2024) (in Russian).
2. What is high-tech care and how does it differ from conventional medical care? Available at: <https://minzdrav.gov.ru/reception/help/vmp/0> (accessed 08/12/2024) (in Russian).
3. The need for high-tech medical care in Russia is growing. Available at: <https://delprof.ru/press-center/experts-pubs/potrebnost-v-vysokotekhnologichnoy-meditsinskoy-pomoshchi-v-rossii-rastet/> (accessed 08/12/2024) (in Russian).
4. Another 24.5 billion rubles will be allocated for high-tech medical care for compulsory health insurance in 2023. Available at: <https://tass.ru/ekonomika/18993295> (accessed 12.10.2023) (in Russian).
5. Government meeting. Available at: <http://government.ru/news/49781/> (accessed 12.10.2023) (in Russian).
6. Herzik Yu. G. State support for the export of enterprises of the medical and pharmaceutical industry. *A remedy*. 2021;(3):6–10 (in Russian).
7. Modern innovative technologies in medicine. Available at: <https://infomedspb.ru/articles/sovremennye-innovatsionnye-tekhnologii-v-meditsine.html> (accessed 08/12/2024) (in Russian).

Царанов К. Н.^{1,3}, Марков Д. И.², Комолова О. А.^{1,2}, Наурузова М. А.¹, Плутницкий А. Н.³, Тарбастаев А. Г.¹

ВЛИЯНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ВРАЧЕЙ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

¹ГАОУ ВО «Московский городской университет управления Правительства Москвы имени Ю. М. Лужкова», 107045, г. Москва;

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

³ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства, 123182, г. Москва

Пандемия коронавируса COVID-19 существенно повлияла на процессы оказания медицинской помощи, а также на медицинских сотрудников и менеджеров. В статье представлены анализ и рефлексия результатов трехлетнего проекта (2019—2022) изучения уровня лояльности законных представителей пациентов одной из столичных детских поликлиник. В исследовании принимали участие как законные представители пациентов (собрано более 190 тыс. оценок за весь период наблюдений), так и случайно отобранные участковые врачи-педиатры ($n=31$). Установлено, что ценностно-интенциональная согласованность участковых врачей-педиатров (соотношение между индивидуальными приоритетами медицинского специалиста и его представлениями о должном поведении, например общемедицинские или корпоративные ценности и нормы), иными словами, степень межличностного конфликта, значимо влияет на лояльность к ним пациентов в период фазы неопределенности, которая охватывала первые месяцы эпидемии коронавируса. Врачи с умеренным уровнем согласованности между индивидуальными приоритетами и нормативными идеалами демонстрировали более высокие показатели лояльности со стороны пациентов, чем специалисты, у которых отмечена ценностно-интенциональная рассогласованность. Сделан вывод о том, что для повышения и поддержания данного показателя необходимы регулярный мониторинг социально-психологического статуса медицинских работников, их материальная и нематериальная поддержка и стимулирование, развитие в медицинской организации системы наставничества и обучения медицинских менеджеров социально-психологическим инструментам выстраивания благоприятного корпоративного климата и культуры отношений между сотрудниками медицинской организации и пациентами.

Ключевые слова: пациентоориентированность; пандемия COVID-19; ценностные ориентации; организация здравоохранения; лояльность пациентов; профессиональное выгорание медицинских кадров.

Для цитирования: Царанов К. Н., Марков Д. И., Комолова О. А., Наурузова М. А., Плутницкий А. Н., Тарбастаев А. Г. Влияние ценностных ориентаций врачей на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в условиях неопределенности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):969—978. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-969-978>

Для корреспонденции: Марков Дмитрий Игоревич, аналитик ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: DIMarkov1998@yandex.ru

Tsaranov K. N.^{1,3}, Markov D. I.², Komolova O. A.^{1,2}, Nauruzova M. A.¹, Plutnitsky A. N.³, Tarbastaev A. G.¹

THE EFFECT OF VALUE ORIENTATIONS OF PHYSICIANS ON SATISFACTION OF PATIENTS WITH MEDICAL CARE QUALITY IN CONDITIONS OF UNCERTAINTY

¹The State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Moscow Municipal University of Management” of the Moscow Government, 107045, Moscow, Russia;

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

³The Medical Biological University of Innovations and Post-Graduate Education of the Federal State Budget Institution “The A. I. Burnazyan State Research Center of the Russian Federation — Federal Medical Biophysical Center” of The Federal Medical Biological Agency of Russia, 123098, Moscow, Russia

The COVID-19 coronavirus pandemic significantly impacted processes of medical care support and medical personnel and managers. The article presents analysis of results of three-year (2019–2022) studying level of loyalty of legal representatives of patients of one of Moscow children polyclinics. The study covered both legal representatives of patients (more than 190,000 assessments collected over entire observation period) and randomly selected district pediatricians ($n=31$). It is established that value-intentional consistency of district pediatricians (ratio between individual priorities of medical specialist and his ideas about proper behavior e.g. general medical or corporate values and norms), i.e. degree of interpersonal conflict, significantly affects loyalty of patients to them during uncertainty phase that covered first months of coronavirus pandemic. The physicians with moderate level of consistency between individual priorities and normative ideals demonstrated higher rates of loyalty on part of patients as compared with specialists who had value-intentional inconsistency. It is concluded that in order to increase and maintain this indicator, regular monitoring of social psychological status of medical workers, their material and non-material support and stimulation, development of mentoring system in medical organization and training of medical managers to use social psychological tools for building favorable corporate climate and culture of relations between employees of medical organization and patients are necessary.

Key words: patient orientation; COVID-19 pandemic; value orientations; health care organization; patient loyalty; professional burnout; medical personnel.

For citation: Tsaranov K. N., Markov D. I., Komolova O. A., Nauruzova M. A., Plutnitsky A. N., Tarbastaev A. G. The effect of value orientations of physicians on satisfaction of patients with medical care quality in conditions of uncertainty. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):969–978 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-969-978>

For correspondence: Markov D. I., the Analyst of the State Budget Institution “The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management” of the Health Care Department of the city of Moscow. e-mail: DIMarkov1998@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 17.05.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

Пациентоориентированность как «содружество между пациентами и медицинскими работниками» [1] является одним из основных приоритетов в организации процесса оказания медицинской помощи в России, что находит отражение в закрепленном в 2011 г. ст. 6 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приоритете интересов пациента при оказании медицинской помощи [2]. Без учета личностных особенностей пациента выстроить с ним эффективную и доверительную коммуникацию затруднительно, что негативно сказывается на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации [3]. Более того, индивидуальный подход к пациенту способствует не только результативности медицинской помощи, но и повышению конкурентоспособности медицинской организации (МО) на внутреннем и внешнем рынке медицинских услуг [4].

Пандемия коронавируса COVID-19, об официальном окончании которой было объявлено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в мае 2023 г., существенно повлияла не только на процессы и подходы к оказанию медицинской помощи, но и на медицинских сотрудников и менеджеров, сыгравших главную роль в борьбе с заболеванием. В связи с этим представляется актуальным ретроспективное изучение и интерпретация особенностей взаимодействия в триаде медицинского персонала, организаторов здравоохранения и пациентов в условиях неопределенности, чтобы определить, какие факторы сыграли важную роль в преодолении пандемии и какие вызовы для менеджмента здравоохранения она обусловила уже в постковидный период.

Материалы и методы

С началом пандемии коронавируса система здравоохранения вошла в зону неопределенности как с точки зрения диагностики, лечения и реабилитации пациентов, так и с точки зрения организации медицинской помощи. Неопределенность характеризуется неточностью информации, ограниченностью ресурсов времени и финансов, непредсказуемостью внешней среды и, что самое главное, отсутствием понимания того, что нужно делать [5]. Результативность, качество и пациентоориентированность процессов оказания медицинской помощи в подобных условиях становятся во многом зависимыми от способности коллективов МО мобилизовать «внутренние» социально-психологические ресурсы и выстраивать эффективную коммуникацию с пациентами.

Успешность взаимодействия в триаде «врач — пациент — руководитель МО» (далее — триада) об-

условливается не только организационно-технологическими (компетенции персонала и оснащенность современным оборудованием) и этнокультурными (языковая доступность МО и персонала для пациента, учет религиозных особенностей пациента при оказании медицинской помощи) факторами [6], но и ценностным компонентом каждого из участников [7—9]. С авторской точки зрения, в условиях «экстремальной неопределенности», которыми являлись первые волны эпидемии коронавируса, наиболее ответственным и одновременно уязвимым звеном триады становится врач, коммуникационная эффективность которого детерминирована как профессиональным стажем и мотивацией, так и ценностно-интенциональной согласованностью.

Обращаясь к работе В. М. Голянич, А. Ф. Бондарука и А. А. Глазырина, можно отметить, что под ценностно-интенциональной согласованностью понимается условное равенство между «двумя уровнями ценностей — нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов» (по психодиагностической методике Ш. Шварца) [10]. Применительно к данной статье нормативные идеалы (Schwartz Value Survey) отражают представления врача о должном поведении (общемедицинские ценности и эталоны, а также внутриорганизационные и коллективные стандарты и нормы) [11]; индивидуальные приоритеты (Portrait Values Questionnaire) — это конкретные поступки, определяемые различными ситуациями и личными убеждениями (приветствие пациента, выписка рецепта) [12]. Таким образом, чем больше расходится реальное поведение медицинского работника с ожидаемым и требуемым от него, тем сильнее его внутриличностный конфликт (ценностная рассогласованность) [10]. Для количественной характеристики степени ценностного конфликта В. М. Голянич и соавт. предложили показатель ценностно-интенциональной согласованности (ПЦС), который варьирует от «-1» до «1». Чем ниже значение ПЦС, тем сильнее у работника выражена ценностная рассогласованность, и наоборот [10].

По гипотезе авторов, при наличии ценностного конфликта, особенно в условиях неопределенности, врач в большей степени предрасположен к сомнениям в правильности своей стратегии общения с пациентом (может проявляться через повышенный тон, игнорирование мнений, ощущений и восприниматься пациентом как невежливость, либо, напротив, через «очень мягкую интонацию», «слишком пристальный взгляд», что может восприниматься как заискивание) и медицинским ошибкам. На уровне организации это будет проявляться в снижении удовлетворенности и лояльности пациентов.

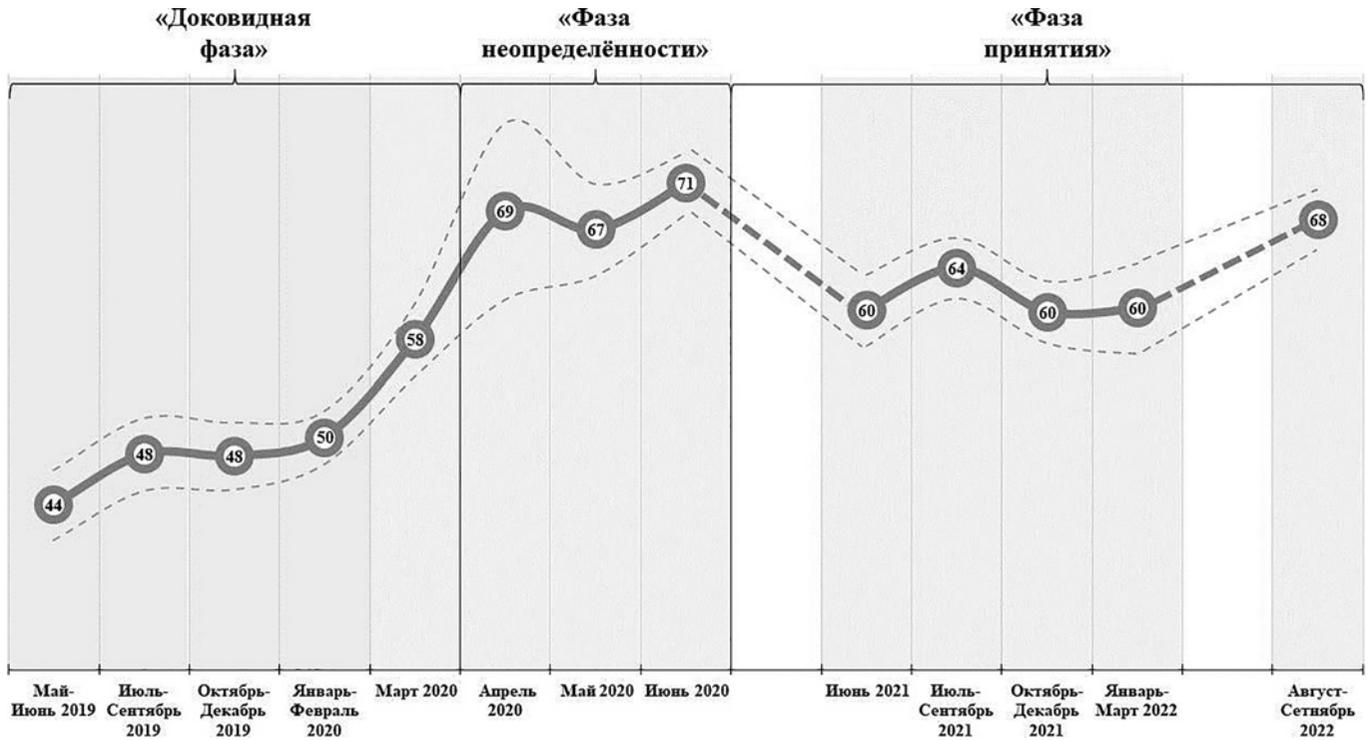


Рис. 1. Динамика показателя NPS официальных представителей пациентов в 2019—2022 гг. (в пунктах); «фаза неопределенности» начинается 29 марта и заканчивается 9 июня, после снятия в Москве части «антиковидных мер».

Пунктирная линия — предельные значения индекса NPS.

С середины мая 2019 г. по середину сентября 2022 г. научным коллективом Московского городского университета управления Правительства Москвы имени Ю. М. Лужкова проводился мониторинг уровня лояльности законных представителей пациентов¹ к коллективу московской детской поликлиники (МДП) по методике Net Promoter Score (NPS) [13]. Ежедневно в среднем участвовали в опросе 17% представителей пациентов, в этот же день посетивших поликлинику. Всего за весь период наблюдений было собрано 196,5 тыс. оценок. Замер уровня лояльности проводился в целом по организации и персонально по врачам-педиатрам МДП.

Помимо опроса законных представителей пациентов, перед стартом мониторинга была сформирована группа участковых врачей-педиатров МДП ($n=31$) и опрошена по методике Ш. Шварца. Такой способ измерения ценностных ориентаций персонала надежен и не требует больших ресурсов. Далее по результатам опроса рассчитывался показатель ПЦС. Выборка врачей была разделена на две группы: с умеренно выраженной согласованностью ценностных ориентаций по уровням нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов ($n=23$, средний ПЦС=0,65) и с низко выраженной согласованностью ценностей ($n=8$, средний ПЦС=-0,1). Выделение двух групп ПЦС представляется более линейной и простой стратегией для интерпретации выявленных различий.

¹ Законными представителями детей-пациентов были их родители, родственники, опекуны.

Поскольку врачи-педиатры, опрошенные по методике Ш. Шварца, также оценивались законными представителями пациентов в рамках мониторинга уровня лояльности и по каждому из них была собрана динамика этого показателя, научному коллективу удалось проследить, как изменялась лояльность законных представителей пациентов к участковым врачам-педиатрам с разной выраженностью внутриличностного конфликта в доковидный и непосредственно ковидный периоды. При этом ковидный период был также разделен на фазу «неопределенности» (первые 3 мес с начала введения первых ограничений в Москве) и фазу «принятия» (4-й месяц и далее после введения в Москве первых ограничений) с целью зафиксировать реакцию врачей на новые условия организации медицинской помощи в период распространения опасной неизвестной болезни и проверить предложенную ранее гипотезу.

Статистическую обработку собранных данных проводили с использованием программы IBM SPSS Statistics ver. 23. В качестве метода статистического анализа выбран дисперсионный однофакторный анализ.

Результаты исследования

В ретроспективе мониторинг уровня лояльности законных представителей пациентов МДП показывает, что «исторический максимум» показателя был достигнут именно в «фазе неопределенности», когда в столице были введены первые ограничительные меры (с 50%² в январе—феврале 2020 г. до 71% в июне 2020 г.). После снятия первых «антиковидных



Рис. 2. Динамика показателя NPS у участковых педиатров с умеренным и низким уровнем ППС (в %).

мер» произошел определенный откат показателя, который закрепился на уровне 60% индекса NPS (рис. 1).

Что касается результатов измерения психологических метрик, то в «доковидной фазе» показатель уровня лояльности законных представителей пациентов участковым педиатрам МДП практически не различался у специалистов с умеренной ценностно-интенциональной согласованностью и специалистов с фиксированной рассогласованностью. С наступлением «фазы неопределенности» показатели NPS у испытуемых 1-й и 2-й групп стали значимо различаться (63% против 47%). В «фазе принятия» разница между значениями показателей двух групп снова стала незначимой (меньше 10%), что позволяет говорить об адаптации участников исследования к новым условиям организации медицинской помощи (рис. 2).

Однофакторный дисперсионный анализ Фишера показал, что фактор ППС по двум группам значимо влияет на показатель NPS в пределах «фазы неопределенности» ($p=0,05$), что подтверждает гипотезу о влиянии ценностно-интенциональной согласованности медицинского специалиста на удовлетворенность пациента полученной медицинской помощью в условиях неопределенности.

Обсуждение

Интерпретации представленных результатов и обсуждение гипотезы рассматриваются через несколько призм:

- призму медицинского специалиста (оказывает медицинскую помощь);
- призму руководителя/менеджера МО (способствует эффективной коммуникации между МО и пациентом);
- призму пациента (получает медицинскую помощь).

Призма медицинского специалиста демонстрирует два важных аспекта. Во-первых, как отмечают А. Ю. Суроегина и А. Б. Холмогорова в анализе зарубежного опыта, во время эпидемии коронавируса

(и после нее) медицинский сотрудник стал «пациентом». «Во время пандемии врачи столкнулись с угрозой своему здоровью и жизни, со своими страхами и вынуждены были найти способы, не смотря на собственный страх и угрозу заболеть, выполнять свой долг» [14]. Проявляя пассионарность и высокую самоотдачу в первые месяцы эпидемии, медицинские работники только усугубляли накопившуюся физическую и моральную усталость от чрезмерной работы и «сострадания» (подробный

обзор факторов, мешающих медицинским работникам качественно выполнять свою работу, а также обуславливающих отток медицинских кадров, представлен в работах [15—17]). Вместо того чтобы обратиться за профессиональной и психологической помощью, они «сосредоточились на развитии навыков совладания, чтобы самостоятельно поддерживать себя и преодолевать неблагоприятные последствия профессионального стресса» [14].

Характерными маркерами профессионального выгорания медицинских специалистов стали эмоциональное истощение и деперсонализация (цинизм по отношению к пациенту и в целом к окружающим). Исследование А. Б. Холмогорова и соавт. на выборке 120 сотрудников Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, участвующих в оказании помощи пациентам с COVID-19, зафиксировало у опрошенных симптомы депрессии, суицидальные мысли, высокие показатели тревоги, формализацию контактов с пациентами, нежелание идти на работу. Последние проявления можно интерпретировать как способ защиты «в ситуации экстремальной нагрузки, физической усталости и эмоционального истощения», который опасен «снижением качества отношений с людьми» [18].

Таким образом, призма медицинского специалиста дополнительно подкрепляет предположение, что работники с устойчивым ценностно-интенциональным стержнем относительно успешнее справляются с социальным давлением в экстремальной ситуации: они принимают решения и действуют в условиях отсутствия проверенных и рекомендованных к исполнению стандартов оказания медицинской помощи, интуитивнее и известных алгоритмов действий и эффективнее выстраивают коммуникации с пациентом. Решения и действия подобных специалистов находят большее одобрение у законных представителей пациентов, о чем свидетельствуют значения их показателя NPS, по сравнению с участковыми педиатрами, у которых согласованность ценностных ориентаций выражена меньше. Но как только неопределенность (транзитивность) уменьшается и в медицинской практике появляется больше регламентирующей документации (стандарты, клинические рекомендации), влияние персональных ценностей на трудовые процессы и результаты достоверно снижается.

² Индекс лояльности NPS варьирует от «-100%» до «100», где «-100» означает абсолютную неудовлетворенность пациентов, а «100» — полную их удовлетворенность работой сотрудников и высшую степень готовности рекомендовать МО своим родственникам и знакомым.

С позиции **медицинского менеджера** быстрое распространение коронавирусной инфекции, введение жестких ограничительных мер и требований, а также проблемы материальной и кадровой обеспеченности МО [19] обусловили ряд «организационных новинок». Так, в МДП была усовершенствована система электронной записи к медицинскому специалисту, внедрен гибридный формат оказания помощи (выезд врача к пациенту, «ковидные» бригады, экспресс-тестирование на COVID-19 на дому), активно работала «горячая линия» [20]. В целом аналогичные инновации коснулись большинства МО [21], но важно констатировать, что на период первой волны эпидемии численность посещений поликлиник и больниц была сокращена до возможного минимума, а в привычную «очную медицину» стали интенсивно внедряться элементы телемедицинских технологий [22], эффективность которых спорно воспринимается населением и сегодня [23]. Можно заключить, что на тот период очная консультация врача стала чем-то эксклюзивным.

С позиции **пациента** рост уровня лояльности к МДП может быть обусловлен следующими факторами.

1. **Панические настроения, страх** перед неизвестным смертельным вирусом в первые месяцы эпидемии и ограничительных мер. Эпидемию коронавируса можно рассматривать согласно модели диффузии инноваций Э. Роджерса как буквально «вирусный тренд», широко транслируемую «ценностную идею» на пристальное внимание и бережное отношение к своему здоровью в первые месяцы «фазы неопределенности» [24]. Попасть на прием к врачу в условиях самоизоляции — большая трудность для пациента, и, как отмечали сотрудники МДП, такие пациенты могли декларировать более высокие оценки лояльности *«на эмоциях, потому что к врачу попасть тогда было сложно»* [25].
2. **Героизация образа врача** как практически единственного борца за жизнь человека против коронавирусной инфекции что повысило его авторитет в глазах пациентов и общества в целом [26].
3. **Культурно-психологические особенности россиян**, в частности сплоченность и терпимость к недостаткам и лишениям в кризисные повороты истории, в том числе по отношению к организации медицинской помощи [20].

Таким образом, призма пациента в совокупности с предыдущими позволяет говорить о том, что в первую волну эпидемии для пациентов, в том числе не болевших коронавирусом, резко выросла ценность мнения и коммуникации с медицинским специалистом (причем акцент в большей степени на «очной» коммуникации). Отсюда те врачи, которые могли вести эффективную, участливую беседу с пациентом, проявляли к нему эмпатию, получали и более высокие оценки лояльности.

Об этом же говорят результаты проведенного авторами данной статьи экспертного опроса ($n=20$) уже после окончания пандемии³. Ведущим фактором лояльности пациентов к МО является коммуникация и эмпатия (*«лояльность напрямую зависит от человеческих качеств медиков: забота, соучастие, сопереживание, поддержка. Пациент это должен чувствовать от медика»*), сервис и результативность медицинской помощи называются относительно реже. Как отметил один из экспертов, у большинства пациентов нет медицинского образования, а имеющиеся знания в этой сфере скорее поверхностны, поэтому о качестве услуг они (пациенты) будут судить исключительно по взаимоотношениям (*«Медработник должен придерживаться единственного простой заповеди: „возлюби пациента своего как самого себя“. Если медицинский работник черствый безучастный молчаливый, закрытый, то о какой лояльности может идти речь?»*). Среди негативных факторов также отмечены коммуникативные проблемы: равнодушие и отсутствие внимания к пациентам (*«...нежелание отвечать на вопросы пациента, списание всего на психосоматику»*), грубость и хамство со стороны медицинских сотрудников. Необходимо подчеркнуть, что приведенные утверждения касаются скорее первичного приема у медицинского специалиста, когда пациента волнует вопрос: «Доктор, что со мной?». Если же необходимо срочное медицинское вмешательство, на первый план, несомненно, выходят технологический и компетентностный факторы.

Возвращаясь к главным результатам представленной статьи, следует выделить отсутствие значимых изменений в оценках лояльности участковых врачей-педиатров МДП с умеренным и низким уровнем ценностно-интенциональной согласованности, как и в целом снижение уровня лояльности к МО в «фазе принятия», что может обуславливаться исчезновением рассмотренных ранее факторов.

Так, в начале пандемии обновление клинических рекомендаций по диагностике и лечению COVID-19 проводилось 1—2 раза в неделю и распространялось по всем МО ДЗМ. Фокус руководства МО на скорости описания новых рабочих процессов и передачи регламентирующей документации (стандартов, инструкций, положений, рекомендаций), как представляется, нивелировал коммуникативные проблемы сотрудников с рассогласованными ценностными ориентациями уже после первой волны эпидемии. К этому же времени врачам скорее удалось «пересобрать свою персональную ценностную структуру» в

³ В экспертном опросе, проведенном в сентябре 2023 г., приняли участие 20 экспертов, из которых 10 работают в сфере образования и повышения квалификации медицинских кадров, 6 — медицинской помощи населению, 4 — в исследованиях в сфере здравоохранения и медицинского менеджмента; опыт работы экспертов в их сферах — не менее 3—5 лет; половина опрошенных имеют ученую степень доктора или кандидата наук. Цель экспертного опроса — в ретроспективе пандемии коронавируса определить факторы, обуславливающие уровень лояльности пациентов к МО в условиях неопределенности.

соответствии с новыми условиями организации медицинской помощи.

Согласно опросам общественного мнения, россияне стали меньше бояться заболеть коронавирусом (с 83% в апреле 2020 г. до 58% в апреле 2021 г. и 55% в августе 2022 г.; в 2023 г. замер этого показателя не проводился) [27], а популярность и авторитетность врачей заметно уменьшились [28]. Как показали последние месяцы мониторинга лояльности, обосновывая свою низкую оценку, недовольные пациенты МДП подмечали непрофессионализм врачей и расхождения в их рекомендациях, сложности записи на прием, а также проблемы с выдачей направлений на обследование или анализы [25]. Можно констатировать, что призма пациента вернулась на круги своя, но для менеджера МО эпидемия коронавируса обусловила новые проблемы.

Опыт отечественных и зарубежных исследований показывает [29, 30], что проявленная медицинскими работниками пассионарность в первые месяцы пандемии коронавируса имеет свойство трансформироваться в различные формы профессионального выгорания (деперсонализацию и эмоциональное истощение), накапливаться и все больше усугублять физическое и моральное состояние работника. Пролонгированный эффект профессионального выгорания — неэффективная коммуникация с пациентом, медицинские ошибки, безрезультативность лечения, потеря инициативности⁴ и др. [14]. Возникает вопрос, как совместить «выгоревших» сотрудников с коммуникативностью и эмпатией к пациентам?

С авторской точки зрения, разрешение данного вопроса на уровне МО лежит в следующих плоскостях.

1. Регулярный мониторинг социально-психологического статуса медицинских работников. Базовый набор может включать в себя опросник отношения медицинского персонала к безопасности пациентов (Safety Attitudes Questionnaire, SAQ) [31], опросник профессионального выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventor, MBI) [18], ценностный опросник Шварца (Schwartz Value Survey, SVS) [32] с последующим расчетом ПЦС по методике В. М. Голяничка [10].
2. Поддержка и стимулирование сотрудников. А. Б. Холмогорова и соавт. отмечают высокую значимость следующих факторов: информирования сотрудников о текущей ситуации в организации, целях и задачах организации, эмоциональной поддержки со стороны коллег, материального поощрения, а также возможности

делать перерывы для отдыха [18]. В частности, М. Б. Тараник, Г. И. Муртазина и К. В. Тюрина опубликовали интересный опыт реализации программы социально-психологического сопровождения персонала в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2», который включает в себя тренинги по взаимодействию с пациентами и сохранению эмоциональной устойчивости (в том числе индивидуальное консультирование в периоды первых волн эпидемии коронавируса) [33]. Помимо этого, представляется, что с целью снижения нагрузки на медицинских работников необходимо обратиться к рестайлингу их обязанностей, например, как пишут Е. И. Медведева и С. В. Крошилин, «*вся рутинная работа (выписка справок, рецептов, получение результатов анализов, запись на прием и предварительные консультации) должна быть реализована без участия врача*» [34].

3. Развитие в МО системы наставничества. Ю. В. Бурдастова и соавт. из ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ предлагают 7 моделей наставничества в зависимости от целевой аудитории (молодые специалисты, работники с опытом работы более 20 лет) и целей наставничества (переобучение в связи с появлением нового медицинского оборудования, социально-психологическая адаптация) [35—37]. Видится, что в условиях неопределенности поддержка и помощь наставника [38] окажутся наиболее эффективными с точки зрения удержания и привлечения новых медицинских кадров [39].
4. Обучение руководителей МО, главных врачей, заведующих отделениями инструментам выстраивания и поддержания благоприятного корпоративного климата и культуры отношений между сотрудниками МО и пациентами [40]. Так, на базе Московского городского университета управления Правительства Москвы имени Ю. М. Лужкова проводятся дополнительные профессиональные программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации для медицинских менеджеров высшего и среднего звена, руководителей кадровых служб по 9 образовательным программам, в рамках которых подробно изучаются и социально-психологические методы управления МО [41].

Заключение

Представленные результаты и опыт смежных исследований позволяют говорить о том, что в ситуации «экстремальной неопределенности» (на примере пандемии коронавируса) для пациентов особо востребована коммуникация с врачом, в связи с чем социальная ответственность последнего резко возрастает.

⁴ Согласно результатам экспертного опроса, для работы в условиях неопределенности (например, при распространении неизвестного заболевания) медицинскими сотрудниками необходимы готовность взять на себя ответственность, честность с пациентом и эмпатия. Представляется, что выгоревшие сотрудники будут менее решительны и постараются «размыть» свою ответственность (перекаладывая или вовлекая в процесс принятия решения новых специалистов) в случае диагностики и лечения пациента.

Здоровье и общество

Одним из факторов коммуникационной эффективности врача в условиях неопределенности является его ценностно-интенциональная согласованность — состояние, в котором возлагаемые на медицинского работника ожидания и обязанности соответствуют его личным убеждениям.

Функциональная перегрузка врачей в первые и в последующие волны эпидемии коронавируса имеет пролонгированный эффект и тем самым закрепляет и усугубляет негативные симптомы профессионального выгорания — деперсонализацию по отношению к пациенту и эмоциональное истощение. В последующем это может обусловить рост врачебных ошибок. Разрешению данного вызова способны помочь мониторинг психоэмоционального состояния медицинских работников на регулярной основе, их психологическая поддержка и материальное стимулирование, развитие системы наставничества, а также обучение руководителей МО социально-психологическим методам работы с коллективом и формированию организационной культуры, способствующей непрерывному улучшению качества оказания медицинской помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Суркова Т. А. Подходы к понятию пациентоориентированности. *Форум молодых ученых*. 2020;(10):594—601.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/aa2b51003ea5338063d96d38b8a655605311b46e/ (дата обращения 01.12.2023).
3. Ярашева А. В., Марков Д. И. Развитие корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций. *Народонаселение*. 2022;25(1):155—66. doi: 10.19181/population.2022.25.1.13. EDN OTZEEV.
4. Марков Д. И. Экспорт медицинских услуг: как повысить конкурентоспособность организаций российского здравоохранения. *Здоровье мегаполиса*. 2021;2(2):6—14. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2021.v.2i2;6-14. EDN OZAMCH.
5. Гавриленко Л. С., Чупина В. Б. Подготовка будущих врачей к профессиональной деятельности в условиях неопределенности. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2021;(3):36. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/podgotovka-buduschih-vrachey-k-professionalnoy-deyatelnosti-v-usloviyah-neopredelennosti> (дата обращения 09.10.2023).
6. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учет этноконфессиональной принадлежности пациентов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(S):943—8. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948. EDN JRMXYX.
7. Царанов К. Н. Новые подходы к оценке степени межличностного взаимодействия в парах «врач-пациент». В сб.: Актуальные проблемы теории и практики психологических, психолого-педагогических, педагогических и лингводидактических исследований: материалы международной научно-практической конференции, Мытищи, 13—14 апреля 2022 года. М.: Московский государственный областной университет, 2022. С. 638—43. EDN BVERSS.
8. Царанов К. Н., Тарбастаев А. Г. Ценности персонала медицинской организации как фактор качества оказания услуг пациентам. В сб.: Психология профессиональной деятельности: проблемы, современное состояние и перспективы развития: материалы III Всероссийской научно-практической конференции, Мытищи, 05 марта 2021 года. М.: Московский государственный областной университет, 2021. С. 93—7. EDN VHCXNS.
9. Петриков С. С., Царанов К. Н., Завалий Л. Б. и др. Интенциональный потенциал руководителей научного и клинического направлений как стратегический ресурс медицинской организации. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(9):40—50. doi: 10.21045/1811-0185-2022-9-40-50. EDN IESWAK.
10. Голянич В. М., Бондарук А. Ф., Глазырин А. А. Ценностные противоречия как психодиагностические критерии интенциональной компетентности. *Управленческое консультирование*. 2013;(11):59. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsennostnye-protivorechiya-kak-psihiadiagnosticheskie-kriterii-intentsionalnoy-kompetentnosti> (дата обращения 24.07.2023).
11. Schwartz S. H. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: Zanna M. P. (ed.). *Advances in experimental social psychology*. N. Y.: Academic Press; 1992;25:1—65.
12. Schwartz S. H. Basic human values: Theory, Measurement, and Applications. *Rev. Fr. Sociol.* 2006;47(4):929—68.
13. Reichheld F. F. The One Number You Need to Grow. *Harvard Business Review*. 2003;81(12):46—54.
14. Суроегина А. Ю., Холмогорова А. Б. Профессиональное выгорание медицинских работников до, во время и после пандемии. *Современная зарубежная психология*. 2023;12(2):64—73. doi: 10.17759/jmfp.2023120206
15. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В., Виноградова К. В., Аксенова Е. И. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(S2):1049—55.
16. Аликперова Н. В., Ярашева А. В., Виноградова К. В. Факторы формирования карьерных траекторий медицинских работников в России. *Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета*. 2020;(10):81—92. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-formirovaniya-kariernyh-traektoriy-meditsinskih-rabotnikov-v-rossii> (дата обращения 01.11.2023).
17. Александрова О. А., Ненахова Ю. С. Оплата и условия труда московских медиков: симптомы латентных проблем. В сб.: Социология здоровья: на пути к пациентоориентированности: Материалы форума. Москва, 12 ноября 2019 года. М.: ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; 2019. С. 10—2. EDN JHRYGI.
18. Холмогорова А. Б., Петриков С. С., Суроегина А. Ю. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии. *Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н. В. Склифосовского*. 2020;9(3):321—37. doi: 10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337. EDN IENSCL.
19. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения. М.: ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; 2019. 244 с. ISBN 978-5-907251-15-1. EDN DVHZTQ.
20. Царанов К. Н., Тарбастаев А. Г., Марков Д. И., Комолова О. А. Динамика лояльности представителей пациентов до и в период эпидемии COVID-19 на примере московской детской поликлиники. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(7):16—25. doi: 10.21045/1811-0185-2022-7-16-25. EDN EDZTPY.
21. Аксенова Е. И., Горбатов С. Ю., Камынина Н. Н. Влияние коронавируса на ускорение внедрения и использования цифровых технологий, в том числе телемедицины: В партнерстве со Всемирным банком: российский отчет. М.; 2022. 95 с. ISBN 978-5-907404-90-8. EDN BGZHKG.
22. Александрова О. А., Крошилин С. В. Аспекты развития телемедицины: исторические тренды. В сб.: Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и меди-

- динского менеджмента: Сборник научных трудов. Вып. 2 (12). М.: ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; 2022. С. 121—32. EDN IRKZRB.
23. Медведева Е. И., Крошилил С. В. Новые медицинские технологии: гендерные различия восприятия телемедицины. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2023;(3):79—86. doi: 10.25742/NRIPH.2023.03.013. EDN GLGIQC.
24. Raymond M. *The trend forecaster's handbook*. Hachette UK; 2019.
25. Царанов К. Н., Марков Д. И., Комолова О. А. Лояльность пациентов в период коронавируса: опыт исследования в столичной детской поликлинике. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(3):334—41. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-334-341. EDN KTFZVN.
26. Ежова Е. Н., Кафтанджиев Х. Н. Герои-врачи на фронте борьбы против COVID-19: коммуникативные стратегии позиционирования образа. В сб.: *Российская психология: тренды и драйверы: Сборник научных трудов в честь профессора А. Д. Кривоносова*. Под ред. Е. Ю. Кармаловой, К. В. Киуру. СПб: Санкт-Петербургский государственный экономический университет; 2021. С. 45—54. EDN QULEYJ.
27. «Коронавирус возвращается?». ВЦИОМ. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/koronavirus-vozvraschaetsja> (дата обращения 01.11.2023).
28. Комолова О. А., Царанов К. Н., Марков Д. И. Отношение россиян к врачам в период коронавируса: динамика общественного мнения как новый вызов российского здравоохранения. В сб.: *Доходы, расходы и сбережения населения России: тенденции и перспективы: материалы VIII Международной научно-практической конференции, Москва, 29 ноября 2022 года*. Институт социально-экономических проблем народонаселения им. Н. М. Римашевской Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук. Москва: Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН; 2023. С. 89—96. EDN CRHJXQ.
29. Aubusson K. The doctors sleeping under desks because they're too tired to drive. *The Sydney Morning Herald*. 26 September 2022. Режим доступа: <https://www.smh.com.au/national/nsw/the-doctors-sleeping-under-desks-because-they-re-too-tired-to-drive-20220922-p5bk5i.html> (дата обращения 01.11.2023).
30. Shanafelt T. D., West C. P., Sinsky C., Trockel M., Tutty M., Wang H., Carlasare L. E., Dyrbye L. N. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *Mayo Clin. Proc.* 2022;97(3):491—506. doi: 10.1016/j.mayocp.2021.11.021
31. Царанов К. Н., Тарбастаев А. Г., Рахматуллин Р. Э. Адаптация и первичная апробация русскоязычной версии опросника «Отношение к безопасности» для медицинских организаций. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(2):57—64. doi: 10.21045/1811-0185-2022-2-57-64. EDN GUIDUZ.
32. Шварц Ш., Бутенко Т. П., Седова Д. С., Липатова А. С. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России. *Психология. Журнал ВШЭ*. 2012;(2). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/utochnennaya-teoriya-bazovyh-individualnyh-tsennostey-primenenie-v-rossii> (дата обращения 05.11.2023).
33. Тараник М. Б., Муртазина Г. И., Тюрина К. В. Пациенты на взводе в эпидемию, как погасить конфликты и сделать клинику пациентоориентированной. *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2021;(1). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/patsienty-na-vzvide-v-epidsezon-kak-pogasit-konflikty-i-sdelat-kliniku-patsientoorientirovannou> (дата обращения 05.11.2023).
34. Медведева Е. И., Крошилил С. В. Немедики в медицине: опыт Москвы. *Московская медицина*. 2023;(4):52—62. EDN IWFSTD.
35. Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности: монография. Отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. Ю. В. Бурдастова. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2023. Режим доступа: <https://niiouzmm.ru/moskovskaya-meditsina/>. 145 с. ISBN 978-5-907717-54-1
36. Бурдастова Ю. В., Ненахова Ю. С., Алиперова Н. В., Марков Д. И. Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников. *Экономика. Налоги. Право*. 2022;15(3):69—79. doi: 10.26794/1999-849X-2022-15-3-69-79. EDN DGQTHQ.
37. Наставничество в здравоохранении: востребованные модели. Методические рекомендации. М.; 2022. 25 с.
38. Александрова О. А., Алиперова Н. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В., Ненахова Ю. С., Ярашева А. В. Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения. М.; 2020. 40 с.
39. Ярашева А. В. Воспроизводство трудовых ресурсов в организациях столичного здравоохранения. *Уровень жизни населения регионов России*. 2021;17(2):243—51. doi: 10.19181/lsprr.2021.17.2.8
40. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Алиперова Н. В. Развитие корпоративной культуры медицинских организаций в период становления медицинского туризма. М.: ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; 2022. 187 с. ISBN 978-5-907547-65-0. EDN LXJYLA.
41. Царанов К. Н., Комолова О. А., Тарбастаев А. Г. Обучение руководителей медицинских организаций: методы социальной психологии. *Вестник Университета Правительства Москвы*. 2022;4(58):14—21. EDN LOHXRМ.

Поступила 17.05.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Surkova T. A. Approaches to the concept of patient orientation. *Forum molodyh uchenyh = Forum of Young Scientists*. 2020;10(50):594—601 (in Russian).
2. Federal Law No. 323-FZ of 11/21/2011 (as amended on 07/22/2021) "On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation" (with amendments and additions, intro. effective from 01.10.2021). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/aa2b51003ea5338063d96d38b8a655605311b46e (accessed 1 Dec 2023).
3. Yarasheva A. V., Markov D. I. Development of corporate culture of employees of medical organizations. *Narodonaselenie = Population*. 2022;25(1):155—66. doi: 10.19181/population.2022.25.1.13. EDN OTZEEV (in Russian).
4. Markov D. I. Export of medical services: how to increase the competitiveness of Russian healthcare organizations. *Zdorov'e megapolisa = The health of the metropolis*. 2021;2(2):6—14. doi: 10.47619/2713-2617.zm.2021.v.2i2;6-14. EDN OZAMCH (in Russian).
5. Gavrilenko L. S., Chupina V. B. Preparation of future doctors for professional activity in conditions of uncertainty. *Azimuth nauchnyh issledovanij: pedagogika i psihologija = Azimuth of scientific research: Pedagogy and psychology*. 2021;3(36). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/podgotovka-buduschih-vrachey-k-professionalnoy-deyatelnosti-v-usloviyah-neopredelennosti> (accessed 1 Dec 2023) (in Russian).
6. Aksenova E. I., Alexandrova O. A., Yarasheva A. V., Markov D. I. Corporate culture in a medical organization: taking into account the ethnoconfessional affiliation of patients. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny = Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022;30(S):943—8. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948. EDN JRMXYs (in Russian).
7. Tsaranov K. N. New approaches to assessing the degree of interpersonal interaction in doctor-patient pairs. In: Actual problems of theory and practice of psychological, psychological-pedagogical, pedagogical and linguodidactic research: materials of the international scientific and practical conference, Mytishchi, April 13—14,

Здоровье и общество

- 2022 [Aktual'nye problemy teorii i praktiki psihologicheskikh, psihologo-pedagogicheskikh, pedagogicheskikh i lingvodidakticheskikh issledovaniy: materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, Mytishhi, 13–14 aprelja 2022 goda]. Moscow: Moscow State Regional University; 2022. P. 638–43. EDN BVERSS (in Russian).
8. Tsaranov K. N., Tarbastaev A. G. The values of the staff of a medical organization as a factor in the quality of services to patients. In: Psychology of professional activity: problems, current state and prospects of development : materials of the III All-Russian Scientific and Practical Conference, Mytishchi, March 05, 2021 [Psihologija professional'noj dejatel'nosti: problemy, sovremennoe sostojanie i perspektivy razvitiya : materialy III Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii, Mytishhi, 05 marta 2021 goda]. Moscow: Moscow State Regional University, 2021. P. 93–7. EDN VHCXNS (in Russian).
 9. Petrikov S. S., Tsaranov K. N., Zavalyi L. B., et al. The intentional potential of scientific and clinical leaders as a strategic resource of a medical organization. *Menedzher zdravooxranenija = Health care manager*. 2022;(9):40–50. doi: 10.21045/1811-0185-2022-9-40-50. EDN IESWAK (in Russian).
 10. Golyanich V. M., Bondaruk A. F., Glazyrin A. A. Value contradictions as psychodiagnostic criteria of intentional competence. *Upravlencheskoe konsul'tirovanie = Management consulting*. 2013;11(59). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsennostnye-protivorechiya-kak-psihodiagnosticheskie-kriterii-intentsionalnoy-kompetentnosti> (accessed 1 Dec 2023) (in Russian).
 11. Schwartz S. H. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: Zanna M. P. (ed.). *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press; 1992. Ch. 25. P. 1–65.
 12. Schwartz S. H. Basic human values: Theory, Measurement, and Applications. *Rev. Fr. Sociol.* 2006;47(4):929–68.
 13. Reichheld, Frederick F. "The One Number You Need to Grow". *Harvard Business Review*. 2003;81(12):46–54.
 14. Suroegina A. Yu., Kholmogorova A. B. Professional burnout of medical workers before, during and after the pandemic. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija = Modern foreign psychology*. 2023;12(2):64–73. doi: 10.17759/jmfp.2023120206 (in Russian).
 15. Alexandrova O. A., Yarasheva A. V., Alikperova N. V., Vinogradova K. V., Aksenova E. I. Ways to increase the labor motivation of employees of medical organizations. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxranenija i istorii mediciny = Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2020;28(S2):1049–55 (in Russian).
 16. Alikperova N. V., Yarasheva A. V., Vinogradova K. V. Factors of formation of career trajectories of medical workers in Russia. *Gumanitarnye nauki. Vestnik Finansovogo universiteta = Humanities. Bulletin of the Financial University*. 2020;10(6):81–92. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-formirovaniya-kariernyh-traektoriy-meditsinskikh-rabotnikov-v-rossii> (accessed 1 Dec 2023) (in Russian).
 17. Alexandrova O. A., Nenakhova Y. S. Payment and working conditions of Moscow doctors: symptoms of latent problems. In: Sociology of Health: on the way to patient orientation: Materials of the forum, Moscow, November 12, 2019 [Sociologija zdorov'ja: na puti k pacientoorientirovannosti: Materialy foruma, Moskva, 12 nojabrja 2019 goda]. Moscow: The State Budgetary Institution of the city of Moscow "Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow"; 2019. P. 10–2. EDN JHRYGI (in Russian).
 18. Kholmogorova A. B., Petrikov S. S., Suroegina A. Yu., et al. Occupational burnout and its factors in medical workers involved in providing care to COVID-19 patients at different stages of the pandemic. *Neotlozhnaja medicinskaja pomoshh'. Zhurnal im. N. V. Sklifosovskogo = Emergency medical care. The journal named after N. V. Sklifosovskiy*. 2020;9(3):321–37. doi: 10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337. EDN IENSCL (in Russian).
 19. Aksenova E. I., Alexandrova O. A., Alikperova N. V., et al. Development of the human resources potential of the capital's healthcare [Razvitie kadrovogo potenciala stolichnogo zdravooxranenija]. Moscow: The State Budgetary Institution of the city of Moscow "Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow"; 2019. 244 p. ISBN 978-5-907251-15-1. EDN DVHZTQ (in Russian).
 20. Tsaranov K. N., Tarbastaev A. G., Markov D. I., Komolova O. A. Dynamics of patient representatives' loyalty before and during the COVID-19 epidemic on the example of the Moscow children's polyclinic. *Menedzher zdravooxranenija = Health care manager*. 2022;(7):16–25. doi: 10.21045/1811-0185-2022-7-16-25. EDN EDZTPY (in Russian).
 21. Aksenova E. I., Gorbato S. Yu., Kamynina N. N., et al. The impact of coronavirus on accelerating the introduction and use of digital technologies, including telemedicine: In partnership with the World Bank: a Russian report [Vlijanie koronavirusa na uskorenie vnedrenija i ispol'zovanija cifrovih tehnologij, v tom chisle telemediciny: V partnerstve so Vsemirnym bankom: rossijskij otchet]. Moscow: State Budgetary Institution of the city of Moscow "Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow"; 2022. 95 p. ISBN 978-5-907404-90-8. EDN BGZHKG (in Russian).
 22. Alexandrova O. A., Kroshilin S. V. Aspects of telemedicine development: historical trends. In: Proceedings of the Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management: A collection of scientific papers [Trudy nauchno-issledovatel'skogo instituta organizacii zdravooxranenija i medicinskogo menedzhmenta: Sbornik nauchnyh trudov]. Issue 2 (12). Moscow: State Budgetary Institution of the city of Moscow "Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow"; 2022. P. 121–32. EDN IRKZRB (in Russian).
 23. Medvedeva E. I., Kroshilin S. V. New medical technologies: gender differences in the perception of telemedicine. *Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko = Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):79–86. doi: 10.25742/NRIPH.2023.03.013. EDN GLGIQC (in Russian).
 24. Raymond M. The trend forecaster's handbook. Hachette UK; 2019.
 25. Tsaranov K. N., Markov D. I., Komolova O. A., et al. Patient loyalty during the coronavirus period: research experience in the metropolitan children's polyclinic. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxranenija i istorii mediciny = Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2023;31(3):334–41. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-334-341. EDN KTFZVH (in Russian).
 26. Yezhova E. N., Kaftandzhiev H. N. Heroes-doctors at the front of the fight against COVID-19: communicative strategies for image positioning. In: Russian Public Relations: trends and drivers: A collection of scientific papers in honor of Professor A. D. Krivososov [Rossijskaja piarologija: trendy i drayvery: Sbornik nauchnyh trudov v chest' professora A. D. Krivososova]. Edited by E. Y. Karmalova, K. V. Kiuru. Issue 10. St. Petersburg: St. Petersburg State University of Economics; 2021. P. 45–54. EDN QULEYJ (in Russian).
 27. "Is the coronavirus coming back?". VCIOM (Russian Public Opinion Research Center). Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/koronavirus-vozvrashchaetsja> (accessed 1 Dec 2023) (in Russian).
 28. Komolova O. A., Tsaranov K. N., Markov D. I. The attitude of Russians towards doctors during the coronavirus period: dynamics of public opinion as a new challenge for Russian healthcare. In: Incomes, expenses and savings of the Russian population: trends and prospects: proceedings of the VIII International Scientific and Practical Conference, Moscow, November 29, 2022 [Dohody, rashody i sberehenija naselenija Rossii: tendencii i perspektivy: materialy VIII Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, Moskva, 29 nojabrja 2022 goda]. Rimashevskaya Institute of Socio-Economic Problems of Population of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences. Moscow: Institute of Socio-Economic Problems of Population of the Russian Academy of Sciences; 2023. P. 89–96. EDN CRHJXQ (in Russian).
 29. Aubusson K. The doctors sleeping under desks because they're too tired to drive. The Sydney Morning Herald. 26 September 2022. Available at: <https://www.smh.com.au/national/nsw/the-doctors-sleeping-under-desks-because-they-re-too-tired-to-drive-20220922-p5bk5i.html> (accessed 1 Dec 2023).

30. Shanafelt T. D., West C. P., Sinsky C., Trockel M., Tutty M., Wang H., Carlasare L. E., Dyrbye L. N. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *mayo clin. proc.* 2022;97(3):491–506. doi: 10.1016/j.mayocp.2021.11.021
31. Tsaranov K. N., Tarbastaev A. G., Rakhmatullin R. E. Adaptation and initial testing of the Russian version of the questionnaire “Attitude to safety” for medical organizations. *Menedzher zdravooхранenija = Health care manager.* 2022;(2):57–64. doi: 10.21045/1811-0185-2022-2-57-64. EDN GUIDUZ (in Russian).
32. Schwartz Sh., Butenko T. P., Sedova D. S., Lipatova A. S. The refined theory of basic individual values: application in Russia. *Psichologija. Zhurnal Vysshej Shkoly Jekonomiki = Psychology. Psychology. Journal of the Higher School of Economics.* 2012;(2). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/utochnennaya-teoriya-bazovyh-individualnyh-tsennostey-primenenie-v-rossii> (accessed 1 Dec 2023) (in Russian).
33. Taranik M. B., Murtazina G. I., Tyurina K. V. Patients on edge in the epidemic season, how to extinguish conflicts and make the clinic patient-oriented. *Zdravooхранenie Jugry: opyt i innovacii = Ugra healthcare: experience and innovations.* 2021;(1). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/patsienty-na-vzvode-v-epidsezon-kak-pogazit-konflikty-i-sdelat-kliniku-patsientoorientirovannoy> (accessed 1 Dec 2023) (in Russian).
34. Medvedeva E. I., Kroshilin S. V. Non-physicians in medicine: the experience of Moscow. *Moskovskaja medicina = Moscow medicine.* 2023;4(56):52–62. EDN IWFTSD (in Russian).
35. The development of mentoring in the capital's healthcare: new approaches and opportunities: monograph [*Razvitie nastavnichestva v stolichnom zdravooхранenii: novye podhody i vozmozhnosti: monografija*]. Ed. by E. I. Aksenova; scientific ed. by Y. V. Burdastova. Moscow: GBU “NIIOZMM DZM”; 2023. 145 p. ISBN 978-5-907717-54-1. Available at: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> (accessed 1 Dec 2023) (in Russian).
36. Burdastova Yu. V., Nenakhova Yu. S., Alikperova N. V., Markov D. I. New models of mentoring in healthcare as a way to improve the professional competencies of medical workers. *Jekonomika. Nalogi. Pravo = Economy. Taxes. Right.* 2022;15(3):69–79. doi: 10.26794/1999-849X-2022-15-3-69-79. EDN DGQTHQ (in Russian).
37. Mentoring in healthcare: in-demand models. Methodological recommendations [*Nastavnichestvo v zdravooхранenii: vstrebovannyye modeli. Metodicheskie rekomendacii*]. Moscow; 2022. 25 p. (in Russian).
38. Alexandrova O. A., Alikperova N. V., Burdastova Yu. V., Vinogradova K. V., Nenakhova Yu. S., Yarasheva A. V. Atlas of the best Russian mentoring practices in the field of healthcare [*Atlas luchshih rossijskih praktik nastavnichestva v sfere zdravooхранenija*]. Moscow; 2020. 40 p. (in Russian).
39. Yarasheva A. V. Reproduction of labor resources in the capital's healthcare organizations. *Uroven' zhizni naselenija regionov Rossii = The standard of living of the population of the regions of Russia.* 2021;17(2):243–51. doi: 10.19181/lsprr.2021.17.2.8 (in Russian).
40. Aksenova E. I., Alexandrova O. A., Alikperova N. V., et al. The development of the corporate culture of medical organizations during the formation of medical tourism [*Razvitie korporativnoj kul'tury medicinskih organizacij v period stanovlenija medicinskogo turizma*]. Moscow: The State Budgetary Institution of the city of Moscow “Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow”; 2022. 187 p. ISBN 978-5-907547-65-0. EDN LXJYLA (in Russian).
41. Tsaranov K. N., Komolova O. A., Tarbastaev A. G. Training of heads of medical organizations: methods of social psychology. *Vestnik Universiteta Pravitel'stva Moskvy = Bulletin of the University of the Government of Moscow.* 2022;4(58):14–21. EDN LOHXRM (in Russian).

Османов Э. М.^{1,3}, Татарченко В. В.², Маньяков Р. Р.³, Прокопов А. Ю.³, Гараева А. С.¹, Кормазова Л. Х.¹, Гараева Я. А.⁴

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КЛАССУ БОЛЕЗНЕЙ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ЗА 2018—2022 гг.

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

²«Клиника «Город здоровья», 394036, г. Воронеж;

³ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница», 392000, г. Тамбов;

⁴ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А. А. Кадырова», 364024, г. Грозный

Цель исследования — оценить динамику уровня общей и первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения Российской Федерации за 2018—2022 гг.

Анализ показателей заболеваемости проведен на основе данных статистических сборников Минздрава России и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения».

Установлено, что уровень общей и первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка за 2018—2022 гг. среди взрослого населения РФ снижался и достиг в 2022 г. наименьших значений (2875,3 и 1760,8 случая на 100 тыс. населения соответственно). Аналогичный тренд наблюдается и во всех федеральных округах РФ. Увеличение показателя уровня общей заболеваемости установлено в 18 субъектах РФ с наибольшим (+17%) приростом в Ивановской области, увеличение показателя уровня первичной заболеваемости — в 21 субъекте РФ с наибольшим (+35%) приростом в Пензенской области. Большинство субъектов РФ характеризуются снижением уровня общей заболеваемости с максимальной (–48%) убылью в Республике Адыгея и первичной заболеваемости взрослого населения по классу болезни уха и сосцевидного отростка с наибольшей (–54%) убылью в Республике Тыва.

Представленные тренды показателей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка являются результатом сложных и многофакторных процессов, установление которых позволит разработать мероприятия по совершенствованию оториноларингологической помощи населению.

Ключевые слова: *общая заболеваемость; первичная заболеваемость; болезни уха; население; субъекты; федеральный округ.*

Для цитирования: Османов Э. М., Татарченко В. В., Маньяков Р. Р., Прокопов А. Ю., Гараева А. С., Кормазова Л. Х., Гараева Я. А. Динамика заболеваемости взрослого населения Российской Федерации по классу болезней уха и сосцевидного отростка за 2018—2022 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-979-984>

Для корреспонденции: Османов Эседулла Маллаалиевич, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н. А. Семашко Института общественного здоровья имени Ф. Ф. Эрисмана Сеченовского Университета, e-mail: osmanov@bk.ru

Osmanov E. M.^{1,3}, Tatarchenko V. V.², Manyakov R. R.³, Prokopov A. Yu.³, Garaeva A. S.¹, Korkmazova L. H.¹, Garaeva Ya. A.⁴

THE DYNAMICS OF MORBIDITY OF ADULT POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION BY DISEASES OF EAR AND MASTOID IN 2018–2022

¹The 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;

²The Society with Limited Liability “The Clinic “City of Health””, 394036, Voronezh, Russia;

³The State Budget Institution “The Tambov Oblast Children Clinical Hospital”, 392000, Tambov, Russia;

⁴The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The A. A. Kadyrov Chechen State University”, 364024, Grozny, the Chechen Republic, Russia

The purpose of the study is to assess dynamics of level of common and primary morbidity in class of diseases of ear and mastoid in adult population of the Russian Federation in 2018–2022.

The analysis of morbidity indicators was carried out on the basis of data from statistical collections of Minzdrav of Russia and the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia”.

It is established that in the Russian Federation, level of common and primary morbidity in class of diseases of ear and mastoid in adult population in 2018–2022 was decreasing and reached its lowest values in 2022 (2875.3 and 1760.8 cases per 100,000 of population respectively). The similar trend is observed in all Federal Okrugs of the Russian Federation. The increasing of level of common morbidity is established in 18 Subjects of the Russian Federation, with maximal increase in the Ivanovo Oblast (+17.0%). The increase of level of primary morbidity was noted in 21 Subjects of the Russian Federation, with maximal increase in the Penza Oblast (+35.0%). The most of Subjects of the Russian Federation are characterized by decreasing of both level of common morbidity with maximal decreasing the Republic of Adygei (–48.0%) and primary morbidity of adult population in class of diseases of ear and mastoid with maximal decreasing in the Republic of Tuva (–54.0%).

The presented trends of indicators of morbidity in class of diseases of ear and mastoid are results of complex and multi-factorial processes. heir identification will permit to develop measures improving otorhinolaryngological care of population.

Keywords: *common morbidity; primary morbidity; ear diseases; population; subjects; Federal Okrug.*

For citation: Osmanov E. M., Tatarchenko V. V., Manyakov R. R., Prokopov A. Yu., Garaeva A. S., Korkmazova L. H., Garaeva Ya. A. The dynamics of morbidity of adult population of the Russian Federation by diseases of ear and mastoid in 2018–2022. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):979–984 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-979-984>

For correspondence: Osmanov E. M., doctor of medical sciences, professor, professor of the N. A. Semashko Chair of Public Health and Health Care of the F. F. Erisman Institute of Public Health 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: osmanov@bk.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 21.03.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

Здоровье населения — одна из наиболее важных ценностей государства, сохранение и укрепление его является приоритетным направлением государственной политики в сфере здравоохранения [1].

В условиях социально-экономических изменений в стране особенно резко возрастает значимость качества и доступности медицинской помощи населению с оториноларингологической патологией [2, 3].

Низкие доступность и качество первичной специализированной оториноларингологической помощи в амбулаторном звене здравоохранения, низкая доступность специализированной медицинской помощи, особенно в сельской местности, являются основными факторами поздней обращаемости за медицинской помощью и причиной роста заболеваемости и инвалидности среди населения [4—6].

Одним из важных статистических показателей, отражающих уровень общественного здоровья любой территории, является заболеваемость населения, которая, с одной стороны, отражает распространенность патологии в популяции, с другой — доступность медицинской помощи [1, 7].

Цель исследования — оценить динамику уровня общей и первичной заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка взрослого населения Российской Федерации (РФ) за 2018—2022 гг.

Материалы и методы

Дизайн исследования — ретроспективное аналитическое описательное исследование. Анализ показателей заболеваемости проведен на основе данных статистических сборников Минздрава России и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский ин-

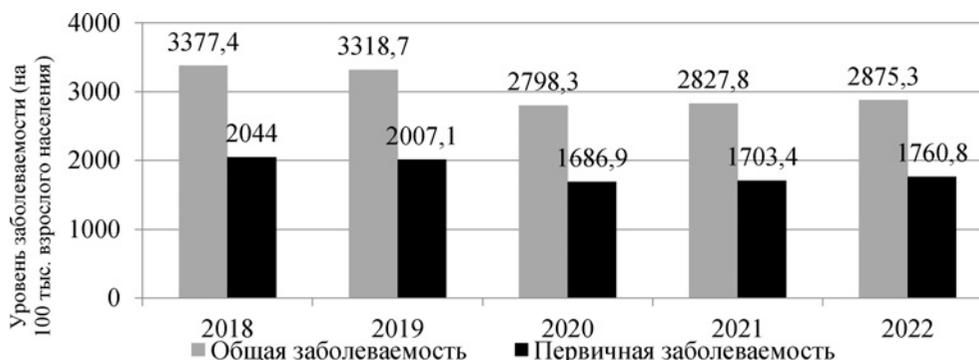
ститут организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России [8—13]. Показатели наглядности в динамических рядах выражали в процентном отношении. Анализ данных проводили при помощи программы Microsoft Excel — 2016.

Результаты исследования

Среди взрослого населения РФ в целом с 2018 по 2022 г. наблюдалось снижение уровня общей и первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка. В 2022 г. по сравнению с 2018 г. уровень общей заболеваемости по этому классу снизился на 14,8%, уровень первичной заболеваемости — на 13,9% (см. рисунок).

Показатель уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка в 2018 г. лишь в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) превышал общероссийский показатель, в 2022 г. — уже в 4 федеральных округах: СЗФО, Приволжском федеральном округе (ПФО), Уральском федеральном округе (УрФО), Сибирском федеральном округе (СФО). Уровень первичной заболеваемости по этому классу в 2018 г. в 4 федеральных округах превышал общероссийский показатель: в СЗФО, Южном федеральном округе (ЮФО), ПФО, СФО, в 2022 г. — в 5 федеральных округах, к которым относятся СЗФО, Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО), ПФО, УрФО, СФО (см. таблицу).

Среди взрослого населения всех федеральных округов в динамике за 5-летний период отмечена убыль показателей уровня общей и первичной заболеваемости. Так, практически на $\frac{1}{4}$ снизился показатель общей и первичной заболеваемости (–24 и –23% соответственно) в ЮФО, наименьшее снижение уровня общей заболеваемости зарегистрировано в УрФО, ПФО и Дальневосточном федеральном



Динамика уровня показателей общей и первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка населения РФ за 2018—2022 гг.

Здоровье и общество

Динамика уровня общей и первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка взрослого населения в федеральных округах за 2018—2022 гг. (на 100 тыс. взрослого населения)

| Федеральный округ | Общая заболеваемость | | | Первичная заболеваемость | | |
|----------------------|----------------------|---------|----------------------------|--------------------------|---------|----------------------------|
| | 2018 г. | 2022 г. | Прирост (+)/убыль (-), в % | 2018 г. | 2022 г. | Прирост (+)/убыль (-), в % |
| Российская Федерация | 3786,5 | 2875,3 | -24 | 2041,1 | 1760,8 | -14 |
| Центральный | 2815,2 | 2447,7 | -13 | 1818,3 | 1551,2 | -15 |
| Северо-Западный | 4011,6 | 3417,5 | -15 | 2190,8 | 1882,7 | -14 |
| Южный | 3601,9 | 2740,1 | -24 | 2274,5 | 1761,8 | -23 |
| Северо-Кавказский | 3103,7 | 2640 | -15 | 1871,4 | 1782,6 | -5 |
| Приволжский | 3658,9 | 3249,8 | -11 | 2210 | 2026,5 | -8 |
| Уральский | 3356,5 | 3037,6 | -10 | 2024 | 1784,1 | -12 |
| Сибирский | 3740,5 | 3041,5 | -19 | 2148,5 | 1793 | -17 |
| Дальневосточный | 2775,4 | 2467,7 | -11 | 1636,6 | 1429,6 | -13 |

округе (ДФО), наименьшее снижение уровня первичной заболеваемости — в СКФО и ПФО.

Несмотря на тенденцию к убыли показателей общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения большинства субъектов РФ с 2018 по 2022 г., в 18 субъектах отмечена противоположная тенденция.

С 2018 по 2022 г. прирост уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка отмечен среди взрослого населения 3 из 18 субъектов ЦФО, к которым относятся Ивановская (+17%), Орловская (+11%) и Костромская (+1,0%) области. Для взрослого населения других субъектов ЦФО характерно его снижение. При этом снижение более чем на 20% установлено в Курской (-30%), Владимирской (-28%), Воронежской (-26%), Тульской (-26%) и Московской (-23%) областях.

Среди взрослого населения 3 из 11 субъектов СЗФО отмечен прирост уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка за исследуемый период: в Ненецком автономном округе (+7%), Мурманской области (+4%) и Республике Карелия (+1%). Среди взрослого населения остальных субъектов СЗФО установлена убыль этого показателя, причем наибольшая — в Новгородской (-47%) и Калининградской (-32%) областях.

В 2 из 8 субъектов ЮФО выявлен прирост показателя уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка: Республике Калмыкии (+11%) и Астраханской области (+7%). Остальные 6 субъектов характеризуются убылью показателя общей заболеваемости, причем наибольшей — в Республике Адыгея (-48%), Ростовской области (-39%) и Республике Крым (-22%).

Среди 7 субъектов, входящих в состав СКФО, в Кабардино-Балкарской Республике (+3%) и Карачаево-Черкесской Республике (+1%) установлен прирост показателя уровня заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка, в остальных — убыль, при этом наибольшая — в Чеченской Республике (-28%) и Республике Дагестан (-22%).

Из 14 субъектов ПФО в 4 установлен прирост показателя уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка. К ним относятся Пензенская область (+15%), Республика Мордовия (+4%), Республика Марий Эл (+3%) и Республика Татарстан (+2%), в остальных субъектах выявлена убыль показателей заболеваемости, наибольшая — в Удмуртской Республике (-24%).

В 2 субъектах из 6 УрФО отмечен прирост уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка: в Ханты-Мансийском (+6%) и Ямало-Ненецком (+3%) автономных округах, в остальных субъектах происходила убыль уровня заболеваемости с наибольшим показателем в Курганской области (-42%).

Во всех субъектах СФО установлена убыль уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка с наибольшими показателями в Томской (-31%), Кемеровской (-30%), и Иркутской (-28%) областях.

В ДФО прирост уровня общей заболеваемости по данному классу установлен в Чукотском автономном округе (+15%) и Камчатском крае (+12%), в остальных субъектах произошла убыль показателей заболеваемости, наибольший ее показатель характерен для Приморского края (-19%).

В 21 из 89 субъектов РФ за исследуемый период установлен прирост уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка, в остальных — убыль анализируемого показателя. Так, среди субъектов ПФО прирост уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка за изучаемый период установлен в Ивановской (+19%), Орловской (+15%) и Белгородской (+2%) областях, остальные субъекты характеризуются убылью показателя, при этом убыль более 20% отмечена в Курской (-36%), Воронежской (-34%), Тульской (-31%), Московской (-26%), Смоленской (-26%), Липецкой (-23%), Ярославской (-22%) и Владимирской (-21%) областях.

Среди субъектов СЗФО лишь в Ненецком автономном округе установлен прирост уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка (+22%), в остальных наблюдалась его убыль, наибольшая — в Республике Коми (-38%), Новгородской (-35%), Калининградской (-34%), Архангельской (-26%) и Псковской (-20%) областях.

В ЮФО в 2 субъектах произошел незначительный прирост уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка: в Республике Калмыкия (+9%) и Астраханской области (+4%), в остальных субъектах установлена убыль показателя, при этом наибольшая — в Ростовской области (-36%), Республике Адыгея (-35%), г. Севастополе (-26%) и Краснодарском крае (-20%).

Четыре субъекта СКФО характеризуются приростом уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка: Карачаево-Черкесская Республика (+21%), Ставропольский край (+18%), Чеченская Республика (+5%) и Кабар-

дино-Балкарская Республика (+1%), в 3 субъектах СКФО произошла убыль показателя, наибольшая — в Республике Северная Осетия-Алания (–19%).

Из 14 субъектов ПФО в 3 отмечен прирост уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка, к ним относятся Пензенская область (+35%), Республика Татарстан (+7%), незначительный прирост характерен для Оренбургской области (+1%). В 11 субъектах ПФО отмечена убыль показателя, причем в Самарской (–23%) и Нижегородской (–22%) областях — более чем на 20%.

Среди 6 субъектов УрФО в Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах за анализируемый период установлен прирост уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка (+7 и +1% соответственно), в остальных наблюдалась убыль показателя с наибольшим значением в Курганской области (–48%).

В СФО 4 субъекта характеризуются приростом уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка. К ним относятся Омская область (+30%), Алтайский край (+6%), Республика Алтай (+6%) и Красноярский край (+1%). В 6 субъектах произошла убыль показателя первичной заболеваемости, в 5 из которых она превысила 20%: в Республике Тыва (–54%), Республике Хакасия (–29%), Новосибирской (–29%), Томской (–28%) и Иркутской (–28%) областях.

В 2 субъектах ДФО из 11 отмечен незначительный прирост уровня первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка: в Амурской области (+5%) и Камчатском крае (+4%). В оставшихся 9 субъектах установлена убыль показателя с наибольшими значениями в Еврейской автономной области (–37%), Чукотском автономном округе (–24%), Магаданской области (–21%) и Забайкальском крае (–21%).

Обсуждение

Показатели динамики уровня общей и первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка за 2018–2022 гг. среди взрослого населения РФ снижались и достигли в 2022 г. наименьших значений (2875,3 и 1760,8 случая на 100 тыс. населения соответственно). Аналогичный тренд наблюдается и во всех федеральных округах РФ. Вместе с тем в 18 субъектах РФ установлено увеличение показателя уровня общей заболеваемости с наибольшим приростом в Ивановской области (+17%) и в 21 субъекте РФ увеличение показателя уровня первичной заболеваемости с наибольшим приростом в Пензенской области (+35%). Подавляющее большинство субъектов РФ характеризуются снижением уровня общей и первичной заболеваемости взрослого населения по классу болезней уха и сосцевидного отростка, при этом убыль показателя в отдельных субъектах достигает значительных величин. Так, в Республике Адыгея убыль уровня общей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка за 5-летний период достигает 48%,

в Республике Тыва убыль уровня первичной заболеваемости составила 54%.

Значительное снижение показателей заболеваемости взрослого населения по классу болезней уха и сосцевидного отростка за короткий промежуток времени (5 лет), очевидно, обусловлен не столько снижением количества населения, страдающего болезнями уха и сосцевидного отростка, сколько снижением доступности медицинской помощи по профилю оториноларингология.

Так, результаты научных исследований показывают прямую взаимосвязь заболеваний ЛОР-органов с обеспеченностью врачами-оториноларингологами [14, 15]. Кроме того, отмечена низкая обращаемость населения за медицинской помощью в связи с низкой приверженностью лечению.

Вместе с тем результаты исследований показывают рост уровня инвалидности по классу болезней уха и сосцевидного отростка в динамике [16], что одновременно со снижением показателей заболеваемости по данному классу болезней свидетельствует о низкой доступности оториноларингологической помощи населению РФ.

Для населения, проживающего в сельской местности, доступность медицинской помощи, в том числе специализированной оториноларингологической, значительно ниже. Так, Л. В. Руголь и соавт. по результатам анализа организации специализированной помощи в условиях центральных районных и районных больниц показали, что в РФ с 2014 по 2019 г. сокращено 35,2% оториноларингологических коек, причем в 2014 г. они функционировали в 61 субъекте РФ, а в 2019 г. — уже в 51 [5]. Авторы показывают, что за 2014–2019 гг. показатель обеспеченности оториноларингологическими койками снизился с 0,16 до 0,10 [5].

Полученные данные свидетельствуют о необходимости дополнительного и более углубленного изучения организации отоларингологической помощи населению РФ, что позволит выявить причины ситуации, связанной со снижением показателей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка среди населения и одновременным ростом инвалидности.

Заключение

Уровень общей и первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения в целом РФ и всех федеральных округов за исследуемый период (2018–2022) снижались.

В 18 субъектах РФ установлено увеличение уровня общей заболеваемости и в 21 субъекте РФ — первичной заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка.

В 18 субъектах РФ установлено увеличение уровня общей заболеваемости с наибольшим приростом в Ивановской области (+17%) и в 21 субъекте РФ — увеличение уровня первичной заболеваемости с наибольшим приростом в Пензенской области (+35%).

Здоровье и общество

Наибольшее снижение уровня общей заболеваемости за 5-летний период по классу болезней уха и сосцевидного отростка установлено в Республике Адыгея (–48%), наибольшее снижение уровня первичной заболеваемости — в Республике Тыва (–54%).

Представленные тренды показателей заболеваемости по классу болезней уха и сосцевидного отростка являются результатом сложных и многофакторных процессов, установление которых позволит разработать мероприятия по совершенствованию оториноларингологической помощи населению.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Турчаева Н. Р., Турчаева И. Н. Анализ заболеваемости населения Калужской области болезнями уха и сосцевидного отростка. *Инновационная наука*. 2016; 11(1):214–9. EDN WZUNJP.
2. Насыров В. А., Бейшенбаева Б. Э. Прогнозирование уровня заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка в Киргизской Республике. *Бюллетень науки и практики*. 2021;7(1):118–23. doi: 10.33619/2414-2948/62/13
3. Горайнов И. В., Владимиров О. Н., Горайнова М. В. Анализ инвалидности детей вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в Санкт-Петербурге. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(2):249–55. doi: 10.17816/KMJ2020-249
4. Дайхес Н. А., Карнеева О. В., Ким И. А., Савельев С. В., Серебрякова И. Ю., Дайхес А. Н., Трухин Д. В. Состояние оториноларингологической службы Российской Федерации. *Российская оториноларингология*. 2019;18(3):9–16. doi: 10.18692/1810-4800-2019-3-9-16
5. Руголь Л. В., Сон И. М., Люцко В. В. Организация специализированной помощи в условиях центральных районных и районных больниц. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;(2):536–52. doi: 10.24412/2312-2935-2021-2-536-552. EDN MIOMLD.
6. Олейник А. В., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Медико-социальные проблемы распространенности ЛОР заболеваний и доступности оториноларингологической помощи населению, в том числе детскому (обзор зарубежной литературы). *Менеджер здравоохранения*. 2023;(5):67–77. doi: 10.21045/1811-0185-2023-5-67-77
7. Сказатова Н. Ю., Пискунов Г. З. Распространенность болезней уха, горла и носа у городского населения. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2016;(1):5–10. EDN WRJMIB.
8. Александрова Г. А., Голубев Н. А., Тюрин Е. М., Оськов Ю. И., Шелепова Е. А. Заболеваемость всего населения России в 2018 году: статистические материалы. Часть II. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2019. 142 с.
9. Александрова Г. А., Голубев Н. А., Тюрин Е. М., Оськов Ю. И., Шелепова Е. А. Заболеваемость всего населения России в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. Часть I. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2019. 140 с.
10. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Поликарпов А. В. Заболеваемость всего населения России в 2020 году: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2021. 145 с.
11. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Поликарпов А. В. Заболеваемость всего населения России в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2021. 143 с.
12. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И., Поликарпов А. В., Шелепова Е. А. Заболеваемость всего населения России в 2022 году:

статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2023. 146 с.

13. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И., Поликарпов А. В., Шелепова Е. А. Заболеваемость всего населения России в 2022 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2023. 144 с.
14. Николаева А. И., Наркевич А. Н., Виноградов К. А., Астанин П. А., Гржибовский А. М. Динамика заболеваемости детского населения болезнями уха и сосцевидного отростка в Красноярском крае. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021;67(1):6. doi: 10.21045/2071-5021-2021-67-1-6. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1232/30/lang.ru/>
15. Иванова М. А., Соколовская Т. А., Армашевская О. В., Бантьева М. Н. Анализ впервые выявленной заболеваемости населения болезнями ЛОР-органов и обеспеченности врачами-оториноларингологами в Российской Федерации. *РМЖ*. 2015;23:1416–9.
16. Коломийченко М. Е. Динамика инвалидности населения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1249–54. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1249-1254

Поступила 21.03.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Turchaeva N. R., Turchaeva I. N. Analysis of the incidence of diseases of the ear and mastoid process in the population of the Kaluga region. *Innovative science*. 2016;(11-1):214–9. EDN WZUNJP (in Russian).
2. Nasyrov V. A., Beishenbaeva B. E. Forecasting the incidence of ear and mastoid diseases in the Kyrgyz Republic. *Bulletin of science and practice*. 2021;7(1):118–23. doi: 10.33619/2414-2948/62/13 (in Russian).
3. Goryainov I. V., Vladimirova O. N., Goryaynova M. V. Analysis of children's disability due to ear and mastoid diseases in St. Petersburg. *Kazan Medical Journal*. 2020;101(2):249–55. doi: 10.17816/KMJ2020-249 (in Russian).
4. Daikhes N. A., Karneeva O. V., Kim I. A., Savelyev S. V., Serebryakova I. Yu., Daikhes A. N., Trukhin D. V. The state of the otorhinolaryngological service of the Russian Federation. *Russian otorhinolaryngology*. 2019;18(3):9–16. doi: 10.18692/1810-4800-2019-3-9-16 (in Russian).
5. Rugol L. V., Son I. M., Lyutsko V. V. Organization of specialized care in central district and regional hospitals. *Modern problems of health care and medical statistics*. 2021;(2):536–52. doi: 10.24412/2312-2935-2021-2-536-552. EDN MIOMLD (in Russian).
6. Oleynik A. V., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Medical and social problems of the prevalence of ENT diseases and the availability of otorhinolaryngological care to the population, including children (review of foreign literature). *healthcare manager*. 2023;5:67–77. doi: 10.21045/1811-0185-2023-5-67-77 (in Russian).
7. Skazatova N. Yu., Piskunov G. Z. Prevalence of ear, nose and throat diseases in the urban population. *Kremlin medicine. Clinical Bulletin*. 2016;(1):5-10. EDN WRJMIB (in Russian).
8. Alexandrova G. A., Golubev N. A., Tyurina E. M., Oskov Yu. I., Shelepova E. A. Morbidity rate of the entire population of Russia in 2018: statistical materials. Part II. Moscow: TsNIIOIZ, Ministry of Health of Russia; 2019. 142 p. (in Russian).
9. Alexandrova G. A., Golubev N. A., Tyurina E. M., Oskov Yu. I., Shelepova E. A. Morbidity rate of the entire population of Russia in 2018 with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials. Part I. Moscow: TsNIIOIZ, Ministry of Health of Russia; 2019. 140 p. (in Russian).
10. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Alexandrova G. A., Golubev N. A., Polikarpov A. V. Morbidity of the entire population of Russia in 2020: statistical materials Moscow: "TsNII-OIZ" of the Ministry of Health of Russia; 2021. 145 p. (in Russian).

11. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Alexandrova G. A., Golubev N. A., Oskov Yu. I., Polikarpov A. V. Morbidity rate of the entire population of Russia in 2020 with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials. Moscow: "TsNIIOIZ" of the Ministry of Health of Russia; 2021. 143 p. (in Russian).
12. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Alexandrova G. A., Golubev N. A., Oskov Yu. I., Polikarpov A. V., Shelepova E. A. Morbidity rate of the entire population of Russia in 2022: statistical materials. Moscow: Federal State Budgetary Institution "TsNIIOIZ" of the Ministry of Health of Russia; 2023. 146 p. (in Russian).
13. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Alexandrova G. A., Golubev N. A., Oskov Yu. I., Polikarpov A. V., Shelepova E. A. Morbidity of the entire population of Russia in 2022 with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials. Moscow: Federal State Budgetary Institution "TsNIIOIZ" of the Ministry of Health of Russia; 2023. 144 p. (in Russian).
14. Nikolaeva A. I., Narkevich A. N., Vinogradov K. A., Astanin P. A., Grzhibovsky A. M. Dynamics of the incidence of ear and mastoid diseases in the child population in the Krasnoyarsk Territory. *Social Aspects of Population Health*. 2021;67(1):6. doi: 10.21045/2071-5021-2021-67-1-6. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1232/30/lang.ru/> (in Russian).
15. Ivanova M. A., Sokolovskaya T. A., Armashevskaya O. V., Bantjeva M. N. Analysis of the newly identified incidence of ENT diseases among the population and the availability of otolaryngologists in the Russian Federation. *RMJ*. 2015;23:1416–9 (in Russian).
16. Kolomiychenko M. E. Dynamics of disability in the population of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(6):1249–54. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1249-1254 (in Russian).

Mohammad Ahmad Abdalla

THE VITILIGO IS THE HUMAN SKIN'S PIGMENTARY CHALLENGE STILL: AN UP-TO-DATE REVIEW

The Department of Human Anatomy, Tikrit University College of Medicine, Tikrit, Iraq

The vitiligo is a cutaneous pigmentary disease. It is one of the most common skin conditions challenging most dermatologists all over the world. The purpose of the study is to shed a light on available data of this skin lesion regarding its epidemiology, pathogenesis, etiology and genetic causes. Additionally theories and hypotheses related to its occurrence and clinical characteristics of various distinguishable types are considered. The diagnosis and treatment of this skin disorder using different medications and management lines or procedures, particularly recently discovered ones, may positively input into treatment of these skin disorders. The article is based on comprehensive data obtained from such well-known scientific databases as Web of Science, Medline, EMBASE, Pubmed Central, PubMed, Scopus, and Cochrane Library.

Key words: vitiligo; hypo-pigmentation, melanin, melanocyte.

For citation: Mohammad Ahmad Abdalla. The vitiligo is the human skin's pigmentary challenge still: an up-to-date review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2024;32(5):985–996 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-985-996>

For correspondence: Mohammad Ahmad Abdalla, PhD, the Researcher of the Department of Human Anatomy, Tikrit University College of Medicine. e-mail: dr.mohammad68@tu.edu.iq

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.06.2024

Accepted 15.08.2024

Introduction

The word vitiligo comes from a Latin name “Vitelilius” that means “calf”, because the white spots of this skin disorder resembled calf patches. Furthermore, some authors claimed that “vitium”, which means “fault”, might cause vitiligo or leukoderma. It is an acquired illness that occurs from the death of epidermal melanocyte cells, resulting in well-defined whitish patches which are in general distributed symmetrically [1].

It is naturally non-contagious. The specific etiology of this characteristic is unknown; however it might be a combination of environmental and hereditary factors. Some researchers found that a single stimulus, such as mental discomfort or sunburn, can cause this skin lesion [2].

Although this illness is not physically unpleasant, the social and psychological consequences have been thoroughly documented. It is especially offensive to children and those with dark complexion [3].

Materials and methods

This study was established by searching several well-known scientific databases such as Web of Science, Medline, EMBASE, Pubmed Central (PMC), PubMed, Scopus, and Cochrane Library until December 2021. The following sentences and words were deeply searched in the article title, abstract, summary, keywords, introduction, and heading: vitiligo, pigmentation, hypopigmentation, depigmentation, repigmentation, melanin, skin pigment, cutaneous pigment, melanocyte, Koebner phenomenon, vitiligo causes, vitiligo epidemiology, vitiligo etiology, vitiligo pathogenesis, vitiligo clinical features, vitiligo types, vitiligo diagnosis, vitiligo prognosis, vitiligo management, vitiligo treatment, vitiligo drug, and vitiligo theories. The Boolean survey strategy was utilized (or, and, or not). All the scientific articles, such as systemic reviews, original articles, meta-analyses, case reports, and even the referenc-

es of all these scientific articles, were thoroughly searched, evaluated, and recorded. Then all the accumulated information was filtrated, assessed, clarified, and organized in a precise scientific manner. However, the current review is completely based on previously accomplished studies, and therefore, the author conducted no new research on animals or human individuals.

Results and discussion

Epidemiology

It's a depigmentation disorder that affects people of all ethnicities and has a significant aesthetic impact. In different parts of the world, the prevalence ranges between 0.5 and 4%. Although both genders are impacted equally, females may be assigned to pay more attention (and express more attention to) any cosmetic imperfection. This condition is more prevalent in sun-exposed areas and among people with dark skin. Despite the fact that the most common age of onset was 15–35 years old, half of all cases had an onset in their early twenties [4].

Individuals with racially significant pigmented skin have a big social influence, and the prevalence is high. Despite this, around half of the population with this skin illness appears to get it before maturity, and about ninety-five percent develops it before the age of forty. It often affects people of all races, ethnicities, and genders [5].

Besides, some inherited factors may be causative, and there is a high frequency of vitiligo in certain families as a result of these. Approximately half of vitiligo patients have a favorable family history (i.e. grandparent, uncle, aunt, and even cousin). The risk of developing vitiligo in the offspring of afflicted people is estimated to be around five times higher [6].

Pathogenesis and etiology

Vitiligo is a kind of systemic illness with extracutaneous clinical signs and symptoms affecting the nervous

and endocrine systems. Vitiligo patients frequently attribute the disease's start to a particular sickness, life crises, or incident. Many people associate it with an accident, the death of a close relative, a serious chronic systemic disease, or even the loss of a certain career. A specific physical event, such as an abrasion or cut, may trigger the start in some people [7]. As a result, the Köebner phenomenon refers to the formation of a vitiliginous skin lesion near the injury site, which affects around one-third of patients. Many people with vitiligo blame it on excessive sun exposure, which can trigger the Köebner phenomenon in those who are prone to it. Different ideas have been proposed for the disease's origin; a single cause cannot apply to all patients [8].

Genetics

Familial vitiligo instances are prevalent, suggesting that the condition has a hereditary basis. Thirty to forty percent of people have a good vitiligo history in their family. The frequency in main families of vitiligo sufferers is roughly 6–7%, which is twenty-fold higher than that found in the general population. The occurrence of around 23% conformity in identical twins adds to the hereditary predisposition to vitiligo [9].

Vitiligo does not have a straightforward autosomal recessive or dominant pattern of transmission. However, this transmission is more sophisticated, and it is most likely governed by a number of genes with varying expression levels. The results of many reports on the association between vitiligo and the human leukocytes antigen (HLA) systems were mixed [10].

Vitiligo susceptibility is a complex hereditary characteristic that can affect various genes involved in the manufacture of melanin pigment. Many family-based correlation and case-control studies have highlighted a link between vitiligo and catalase gene (CAT). This gene was chosen as a susceptible gene due to a decrease in catalase enzyme activity. It's been connected to vitiligo sufferers' epidermis accumulating hydrogen peroxide. One of the three CAT gene indicators described was useful for genotypic testing among Caucasian vitiligo patients and healthy controls [11].

Theories of vitiligo occurrence

Many studies on vitiligo suggest that it is an autoimmune condition affecting melanin pigmentary cells. These are some of them:

1. **Association with Autoimmune Diseases:** Initially, the autoimmune theory focused on the link between vitiligo and other autoimmune disorders such pernicious anemia, rheumatoid arthritis, alopecia areata, autoimmune thyroid diseases, systemic lupus, and adult-onset autoimmune diabetes mellitus. These connections may promote certain people's autoimmune responses to play a key part in vitiligo development [12–14].

2. **Humoral Immunity Theory.** Various diffuse auto-antibodies were detected in the serum of vitiligo individuals. These instances have been implicated to antibodies against non-pigment cellular antigen (common tissues antigen), pigment cellular surface anti-

gen, and cytoplasmic pigment cellular antigen. Antibodies against the enzyme anti-tyrosinase were found in some of the individuals with active illness [15].

A small number of these autoantibodies are specific to pigment cells. It produced an antigen on the surface of its cells in order to be destroyed by a particular antibody. Only tyrosinase related protein 1 (TRP1) was revealed to have an expression on the surface of melanocyte cells. TRP1 monoclonal antibodies may cause vitiligo-related depigmentation and melanoma regression in certain animals when administered. Autoantibodies that interact with a variety of antigens do more than only reveal an expression on the pigment cells. However, their contentious pathogenic function might imply that the humoral response is a subsequent reaction to the loss of melanocytes by a fundamental mechanism, such as the cytotoxic impact of CD8 T-cells [16–18].

3. Cellular Immunity Theory:

i. **T-Cell Participation.** The observation of a T-cell infiltration in the border of an inflammatory vitiligo is the first indication that cellular immunity was involved in vitiligo etiology. Cells of the CD4 and CD8 types have been discovered. They revealed local immune reactivity in generalized vitiligo, but it has yet to be discovered in segmental vitiligo. According to the clinical phenomenology of vitiligo, such data also point to a variety of pathogeneses. With the release of IFN- γ and TNF- α , both cytotoxic and helper T-cells enhance the Th1 respond. TNF- α level is greater in vitiligo skin, according to these data. Elevated concentrations of soluble IL-2 receptors with presentation of the skin lymphocyte antigens in few infiltrated T-cells have all been reported, suggesting that circulatory T-cells have been activated and recruited to such vitiligo skin [3, 19].

The CD4/CD8 ratio is inverted in vitiligo skin, with CD8 T-cells predominating. Melan-A specific CD8 cells were found in exceptionally large numbers, which appear to be linked to the degree of the sickness [20]. A recent knowledge of the conditions of CD8 T-cell melanocyte killing has been obtained. Both systemic immunization-induced CD4 T-cell assistance and/or local inflammations are necessary to disrupt MHC class-I-restricted-cell tolerance [21].

Monocytes from individuals with active illness release more CD68 macrophages and proinflammatory cytokines are prevalent in dermal layer, implicating myeloid cells. The participation of dendritic cells in vitiligo etiology is still unknown, and the researchers published various contradictory findings. However, recent findings imply that dendritic cell-mediated death of stressed epidermal melanocytes may play a role in vitiligo depigmentation [22].

ii. **B-Cell Participation.** It's unknown what function B-cells play in vitiligo pathogenesis. Several articles reported no infiltration of B-cell into the vitiligo lesion. Infiltration of B-cells in depigmented areas was discovered in some researches, while other researchers discovered that MC1R is B-cells auto-antigen in vitiligo. In addition, with antibodies opposed such receptors being produced, supporting their role in this disease. As a result, inhibiting such receptors can change the signaling

route that controls melanocytes activity, changing pigment cells behavior [23].

Zinc (Zn) and copper (Cu) are well-known immunomodulators that interfere with immune response and slow the progression of autoimmune illness. Copper-containing enzymes were used to influence melanogenesis. They discovered that vitiligo patients had copper metabolism problems. A considerable rise in plasma Zn, Cu, and Cu/Zn ratio levels has been discovered. These trace elements were related to the size of the lesions and fluctuated with therapy. The ratio may be tracked via Cu/Zn [24].

4. Neural Theory. Lerner pioneered the neurological theory of vitiligo, basing his concept on the following criteria: clinical scientific evidence of dermatomal and segmental vitiligo; increased vasoconstriction and sweating in vitiliginous sites indicating higher adrenergic performance; depigmentation in some experimental models with injured nerve fibers [7, 25].

Many alterations had been seen in other investigations, including color decrease in brown-eyed rabbits with sympathectomized irises; and higher cholinergic action, as evidenced by sweat generation and high skin temperature, as well as delayed bleeding time in depigmented patches. It was also shown that keratinocytes and melanocytes from the affected skin had higher monoamine oxidase levels. The activity of these cells producing 4-folds more than of norepinephrine and approximately 6.5-folds less than of epinephrine compared to the control keratinocytes. Whereas melanocytes, which come from the cells of neural crest, may found close to the nerve terminals in depigmented areas, but this is uncommon in the normal epidermis. In the periphery and center of depigmented patches, they saw regenerative and degenerative autonomic nerves, as well as thicker basement membrane in Schwann cells [21, 26, 27].

Individuals with vitiligo had higher levels of TNF, interferon-gamma, and intercellular adhesion molecule-1 in their perilesional skin. Neurotensin, a neuropeptide, caused 500-fold more TNF production from melanocytes than normal. Also, 50-fold more than UVB radiation *in vitro*, implying that neurogenic regulation can be possible. In individuals with recently active or early active vitiligo, increased urine elimination for homovanillic acid, which is a dopamine mediator, and also vanilmandelic acid, which is an epinephrine and norepinephrine mediator, all had been identified. Overexpression of some catecholamine metabolites throughout the urine or plasma of individuals with active depigmentation might be a side effect or it could be the depigmentation causes [15, 20, 28].

5. Self-Destruction Theory. This shows that the melanocytes self-destruct caused by a flaw in a normal defensive process that clears out harmful melanin pigment precursors. This concept depends upon clinical aspects of vitiligo with the cutaneous experimental depigmentation created by using chemical agents with a selective fatal impact on functioning melanocytes. These chemicals may cause a kind of leukoderma that looks identical to vitiligo caused by idiopath-

ic causes. With reduced catalase concentration in vitiligo epidermis, some believe that faulty keratinocyte metabolism plays a crucial role. Another theory that has been proposed to explain the etiology of this condition involves faulty tetrahydrobiopterin and catecholamine production [8, 26, 29, 30].

6. Other Hypotheses. Several studies have found that vitiligo patients have higher levels of oxidative stress across their epidermis. Other pathomechanisms could include: a dysregulation of melanocytes apoptosis, a viral origin, a lack of melanocytes growth factor, an underlying defect in the function and structure of rough endoplasmic reticulum within melanocytes of vitiligo patients, and primary disturbances of T lymphocyte leading to the formation of forbidden clones of the autoreactive lymphocytes within the epidermis [11, 20, 22, 31].

T-cells that express cutaneous lymphocytes-binding antigen, which is characteristic for skin-homing T-cell, have been discovered around the edges of vitiligo patches, indicating that biological processes are involved in the etiology. This data supports a theory that the patchy death of cutaneous melanocytes in vitiligo is caused by lesional T cells rather than systemic anti-melanocytic antibodies. According to the evidence, vitiligo may be caused by a variety of pathogenic processes that result in the loss of follicular and epidermal melanocytes. Genetic variables, stress, toxic chemical buildup, infections, mutations, autoimmunity, decreased melanocytes proliferation and migration, and a changed cellular environment, are all thought to have a role in the occurrence, according to the convergence theory [9, 10, 16, 32, 33].

Clinical Features

Vitiligo can appear at any age; however it usually appears before the age of twenty. The illness progresses gradually, sometimes dramatically over many months and then lying dormant for several years. Hypomelanotic macules commonly appear initially on sun-exposed parts of the skin, like the face or the dorsum of the hand. These regions are prone to sunburn; itching may develop even if there is no sunburn. The isomorphic or Köebner phenomenon occurs when normal skin is damaged, resulting in a depigmented region [3, 28, 34].

The amelanotic macules with vitiligo were discovered in places that are ordinarily hyperpigmented, such as the face, groins, areolae, axillae, and genitalia. Areas that are prone to frequent friction and damage, like the dorsum of the hands, feet, elbows, ankles, and knees are likely to be impacted. The lesions are generally symmetrical in distribution; however they can sometimes be unilateral and have a dermatomal layout. Complete vitiligo is uncommon; however a few colored spots are always present [22, 35].

Pigment loss can be full or partial, or both can happen at the same time at the same location (trichrome vitiligo). The macules are convex in shape, grow in size unevenly, and combine with other lesions to generate intricate patterns. The hairs situated in these patches are typically colored normally, while earlier lesion's hairs

are frequently amelanotic. Lesions' margins could be hyperpigmented. However, few patients appear due to exposure to sunburn at the amelanotic regions, the main symptom is aesthetic impairment [18, 36].

When vitiligo spreads to the point where only a small amount of normal melanin persists, the residual areas of normal skin pigment have curved margins, which would be a diagnostic indicator that differentiates this condition from the hyperpigmented cutaneous macules found on perfectly natural, absolutely fair skin [3, 36, 37].

Vitiligo Types. The vitiligo patterns listed below are the most common:-

A. Focal Vitiligo. It's either a solitary macule or just few distributed macules. The size and quantity of the macules were limited by a vague norm. Around 20% of children suffering vitiligo have a concentrated pattern [35, 38].

B. Segmental Vitiligo. Unilateral macules were seen in a dermatomal or quasi-dermatomal distribution. They assumed it was a rare form of vitiligo with such a predictable course. There is no association with the thyroid diseases or other vitiligo-related conditions. Vitiligo that occurs sooner and lasts longer than widespread vitiligo is known as segmental vitiligo. Koebnerization is a rare occurrence. This pattern can be present in about 5% of adult individuals and also more than 25% in children associated with vitiligo disease. The trigeminal region, which accounts for more than half of all cases, is the most prevalent single location of involvement. Polomyelitis (white hairs) is associated with nearly half of all occurrences, with up to 13% of cases involving several locations. Several studies found that the segmental pattern was present in ranging from 5% to 28% of people [28, 38–40].

C. Generalized Vitiligo. With a wide spectrum of macules, it is the most common kind of vitiligo. These macules, which are normally symmetrically positioned, frequently involve extensor surfaces. Vitiligo macules can affect the skin around the mouth, nose, eyes, ears, and anus. Lip-tip vitiligo is a kind of periungual vitiligo that affects certain mucosal surfaces (nipples, distal penis, and lips). Acrofacial vitiligo affects the periorificial face and distal fingers [9, 39, 41].

D. Universal Vitiligo. It defines vitiligo that is so pervasive that only a few typical macules of pigmentation remain; this form is linked to a variety of endocrinopathies. Mucosal involvement can occur everywhere on the body, including the lips, nipples, genitalia, and gingiva. Palms and soles involvement is uncommon, however it has been observed, especially in fair-skinned people [12, 38, 42].

Other kinds of vitiligo, like halo naevi, where a halo of depigmentation arises surrounding a pigmented naevus, may also be described by certain writers. Grey hair is frequent in vitiligo sufferers, as the disease affects the melanocytes in the hair bulbs, resulting in premature greying. In individuals with severe vitiligo, ocular vitiligo can develop, although the color of the eyes remains unchanged; nonetheless, slit-lamp examination can show alterations just in the uvea and retina pigmentary

epithelium. Finally, occupational (chemical) vitiligo can be due to a wide-range of substituted phenolic chemicals, such as para-tertiary butyl-phenol and monobenzyl ether of hydroquinone [2, 10, 20, 22, 43].

Diagnosis of Vitiligo

Vitiligo is a disorder that is easily detected and seldom requires further testing. The utter lack of melanin and melanocyte cells from the epidermis, whether incomplete in early lesions or complete lack in late creamy white regions. Investigation of vitiligo with Wood's light, that will emphasize the hypopigmented regions, which most often fluoresce an ivory appearance when investigated under Wood's light [3, 20, 23, 44].

Differential Diagnosis

According to most of the available medical textbooks, the localized and diffuse systemic disorders are two types of systemic diseases that cause skin hypopigmentation. Oculocutaneous albinism (OCA) is a kind of widespread hypopigmentation that involves a group of hereditary melanin production abnormalities. It manifests clinically as a global pigmentary loss of skin, hair, and eyes. OCA1A is the most severe variant, resulting in a complete lack of melanin formation throughout one's life. The milder variants of OCA4, OCA3, OCA2, and OCA1B, on the other hand, show less melanin accumulation over time. Mutations mostly in P (type II) or tyrosinase (type I) genes cause this illness. The most severe kind is accompanied with a complete deficit in enzyme activity [2, 45].

Hermansky-Pudlak syndrome (HPS) seems to be autosomal recessive disease, which influences only a small percentage of the population. Because nine subtypes are present, it demonstrates genetic heterogeneity. OCA, bleeding diathesis due to apparent platelet storage pool decrease, and ceroid lipofuscin accumulation in lysosomes are all characteristic clinical features [46].

Another uncommon congenital, autosomal recessive immunodeficiency condition is Chédiak-Higashi syndrome (CHS). OCA is the most common symptom. Giant melanosomes induce disruptions in the migration of melanin pigments, resulting in this condition [10].

A phenylalanine hydroxylase (PAH) deficiency in the liver causes phenylketonuria (PKU). As a result, excessive amounts of L-phenylalanine in PKU patients' serum result in hypopigmentation of their hair and skin, as well as mental retardation [9, 20].

Cystathionine beta-synthase (CBS) deficiency causes homocystinuria. It's a trans-sulfuration hereditary disorder that causes lower plasma cysteine levels and higher methionine and homocysteine levels. Homocysteine inhibits tyrosinase, a key pigment enzyme, halting the formation of melanin [7, 10, 16].

Sarcoidosis is a multisystemic inflammatory illness with non-caseating granulomas as its hallmark. The growth of these granulomas and their buildup is the basic aberration that occurs in sarcoidosis. They're compact, having a centrally located concentration of epithelioid and macrophage cells surrounded by lymphocytes. Localized areas of hypopigmentation can be detected in

sarcoidosis owing to the inflammatory process. Furthermore, earlier literatures have shown dermal nodules surrounded by hypopigmented areas and macular hypopigmented regions [6, 29, 47].

Waardenburg syndrome is an uncommon condition that is characterized by deafness and other pigmentary abnormalities in the hair, skin, and eyes. It's a kind of neuropathy marked by aberrant embryonic survival or migration of two neural crest cell-derived components, one of which is melanocytes. A mutation in a gene that controls the differentiation of melanocytes from neural crest cells during embryonic development causes this condition [10, 16, 48].

Scleroderma is a rheumatic autoimmune disease that manifests as vitiligo-like leukoderma in its clinical features. It's comparable to idiopathic vitiligo, which starts repigmenting following therapy when the normal pigmentary process's perifollicular macules appear within depigmented areas. The presence of these macules with varying degrees of pigmentation might lead to a scleroderma diagnosis rather than vitiligo. Other illnesses that should be separated from vitiligo include onchocerciasis, Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, and melanoma-associated leukoderma [29, 36, 38, 49].

Clinical Course and Prognosis

Vitiligo has an unpredictably bad prognosis and progress. Vitiligo's initial clinical subtype has little bearing on subsequent anatomical areas of involvement or disease activity [34, 38].

Vitiligo Treatment

Vitiligo therapy is ineffective, and patients are encouraged to seek efficient cosmetic concealment for the lesions over exposed parts of skin in most situations. Nonetheless, several studies have demonstrated that successful therapy and complete recovery may be achieved. Only 15–25% of people have spontaneous repigmentation, which can take months or even years [18, 22, 37].

The goal of therapy is to drive remaining melanocytes inside the afflicted epidermis and/or external roots sheaths of white follicles of the hair to develop and cover the vitiliginous patches, or to have melanocyte cells migrating from neighboring normal skin, particularly in tiny lesions [2, 26, 29, 43].

A. Emotional Support. Psychotherapy by the use of a mild tranquilizer is often necessary in people with vitiligo who are experiencing psychological distress [7, 18, 41].

B. Topical Therapy:

i. **Sunscreen:** Vitiligo is normally not a severe aesthetic issue in fair-skinned people; nevertheless, the disease becomes more noticeable in the summer season when tanning highlights normal skin. The use of appropriate sunscreens with a sufficient sun protection factor (SPF) can assist to keep vitiliginous patches from burning as well as healthy skin from tanning. The most suitable for these dual uses are opaque sunblocks with an SPF of above 30 and incorporating Zinc Oxide (ZnO) or/and Titanium Dioxide (TiO₂) [11, 15, 24, 50].

ii. **Cosmetics:** They cover-ups are a beneficial therapy option for many individuals, particularly those with localized vitiligo. Leukoderma patches, particularly on the hands, face, and neck that have been covered with traditional make-up, self-tanning creams, or other topical dyes. Cosmetics are inexpensive, have fewer adverse effects, and are simple to use. In addition, most of those cover-ups may be customized to match the patient's natural skin color [18, 25, 37].

iii. **Topical Corticosteroids:** Although most experiences is anecdotal, it demonstrated that topical corticosteroids can cure small regions of vitiligo and are frequently the first line of treatment for youngsters. The correct reaction to topical corticosteroids appears to be on the face; lesions mostly on neck and extremities (excluding the toes and fingers) also respond well, albeit at the cost of considerable atrophy. This therapy is frequently resistant to acral and trunk lesions [6, 20, 32, 35, 51].

iv. **Topical Immunomodulators:** The calcineurin inhibitor topical tacrolimus ointment 0.03% to 0.1%, formerly known as FK 506, is a macrolactam medication that inhibits T-cell stimulation triggered by antigen. When paired with excimer (308 nm) laser or UVB treatment, it was proven to be more efficient. Tacrolimus ointment is thought to be safer in children versus topical steroids. Untreated regions of vitiligo develop new patches, implying there's no systematic impact [22, 51, 52].

v. **Topical Calcipotriol:** In some vitiligo patients, topical calcipotriol 0.005% causes aesthetically acceptable repigmentation. In the management of vitiligo, a topical calcipotriol is administered, which acts by stimulating keratinocytes to produce mediators. It is used in conjunction with NB-UVB. This combination yet results in early pigmentation dramatically lower UVB dosage, and less adverse effects, as well as a shorter treatment time and reduced cost. Topical calcipotriol coupled with PUVA (psoralen and sunshine) proved extremely effective and acts quicker than PUVA itself [25, 37, 53].

vi. **Pseudocatalase:** Catalase, a skin enzyme that protects against free radical damage, has been discovered to be deficient in the epidermis of vitiligo sufferers. In uncontrolled studies, a replacement treatment employing a mimic of catalase (pseudocatalase) in conjunction with NB-UVB phototherapy was found to repigment certain vitiligo individuals and limit disease development [20, 37, 53].

vii. **Fluorouracil:** Five percent fluorouracil cream is administered under occlusion about 1–10 days after dermabrasion using a dermabrasion equipment or sandpaper. Re-pigmentation can occur as soon as a month following the dermabrasion procedure [43, 54].

viii. **Topical Coal Tar:** For almost a hundred years, coal tar has been utilized to treat vitiligo. The usage of coal tar has decreased significantly in comparison to other medications [18, 22, 25, 37, 44].

ix. **Using Gold Salt to Tattoo Achromatic Patches:** It is done every week, with 4 to 12 treatments typically being sufficient. On the neck and face, it had the finest

benefits. Erythema should appear without bleeding after tattooing [37, 47].

x. **Topical iodine tincture:** For many years, iodine tincture was applied topically for vitiligo and was shown to be effective, especially in individuals with localized vitiligo. The 5% iodine tincture demonstrated moderate to notable improvement in 65.5% of the treated patches. Because it is inexpensive and has few side effects, iodine tincture can be a useful alternative to methoxy-psoralen in the management of isolated areas of vitiligo. The so-called irritating hypothesis is most likely the principal mechanism for 5 percent iodine tincture. These therapies are likely to cause mild inflammation, which provokes keratinocytes to expose inflammatory mediators, such as basic fibroblast growth factor (bFGF), which stimulates melanocyte hypertrophy and proliferation. Also, by discharging other intermediaries from keratinocytes, such as IL-1, which facilitates α -MSH binding to cells. *In vitro*, leukotriene C4 and D4 stimulate melanocyte proliferation, whereas leukotriene C4, transforming growth factor (TGF- α), and cause melanocyte cells migration, and endothelin-1 induces melanocyte migration, resulting in re-pigmentation. Any irritating substance applied to a vitiligo patch may cause re-pigmentation, according to the theory [20, 26, 43, 55, 56].

It was recently discovered that a 5% of iodine solution, a 15% of lactic acid solution, and 0.07% methoxsalen with UV radiation all have identical therapeutic effects [57].

xi. **Infrared Radiation:** Infrared technique is a simple procedure treating localized vitiligo for use alone or in conjunction with other treatments for some people [37, 58].

xii. **Direct Electrical Current Therapy:** A particular device is designed to deliver a voltage and amperage-appropriate direct electrical impulses to lesions. A little direct electrical charge was applied to the vitiligo patches with this device [59].

xiii. **Topical Sour Orange and UVA Singly or in Combination:** It was for a six-month period, and it involved two-times weekly sessions. When compared to 20% sour orange solution alone (56.2%), the reaction of a combined of 20% sour orange solution and UVA showed a substantial improvement of (62.2%), while those with UVA exhibited a 20% improvement [23, 60].

xiv. **Vitiskin:** It is a hydrogel containing superoxide dismutase, catalase, reductase from *Saccharomyces cerevisiae* yeast-Dismutase BT. The detoxifying and anti-radical capabilities of this compound are beneficial. This has the potential to boost the cell's overall metabolism. Vitiskin as a skincare therapy in combination with UVB improves vitiligo spots dramatically, especially when used for 10 weeks [21, 57].

C. Systemic Therapy:

i. **Psoralen-UVA:** In individuals with severe vitiligo, oral PUVA treatment is employed. It's crucial to clarify the odds of repigmentation, as well as the short- and long-term consequences. Patients subjected to UVA, starting at 1–2 j/cm^2 (rising by 0.2 j/cm^2 in skin type I and II and by 0.5 j/cm^2 in skin types III to IV), twice to triple times a week, till erythema occur. This method

causes re-pigmentation of vitiligo patches for reasons that are unclear. In unaffected skin, PUVA promotes tyrosinase activity and melanogenesis. PUVA is also immunosuppressive locally, as evidenced by lower expression of antigens in vitiligo-associated melanocyte. Melanocytes in the hair follicle's bulb and infundibulum are frequently killed in vitiligo, while the lower and middle areas of the follicle, and even the external root sheath, are preserved. Because of the production of cytokines and chemotactants by epidermal keratinocytes, PUVA induces follicular melanocyte cells to migrate further into epidermis and colonizes the neighboring depigmented skin. Patients who have a more widespread involvement or who do not react to topical PUVA are given oral psoralens [11, 15, 21, 26, 31].

However 70–80% of individuals will have pigment induction with psoralen orally, less than 25% of patients will achieve entire re-pigmentation, and 30–40% of individuals will only see a partial therapeutic response. Because of their enhanced tolerance to higher cumulative UVA doses, darker pigmented individuals respond positively to PUVA treatment, and children also undergo more re-pigmentation than adults [8, 18, 37, 43, 58].

ii. **PUVA Sol (Psoralen and Sun Light):** By employing trioxsalen instead of 8-methoxy psoralen, which is less phototoxic. It's taken in a 5mg dosage for every 20–25 pounds (9–11) kilogram of body weight prior 2–4 hours of sunlight exposure. Usually twice to three times a week should individuals be treated. In the treatment of vitiligo, a mixture of PUVA sol with topical calcipotriol is extremely successful and performs better, and it may be used to abbreviate the PUVA therapy [22, 37, 57, 61].

iii. **Excimer Laser:** Its effectiveness in treating vitiligo has been tested in various trials. Treatments were shown to be most successful when administered three to four times weekly, with intervention intervals of over 12 weeks required to achieve adequate re-pigmentation. The first dosage ranges between 50 and 100 mJ/cm^2 . The face, like with regular phototherapy, responds best to excimer laser treatment; the feet and hands are the least sensitive [58, 62, 63].

iv. **Systemic Steroids:** In a considerable number of individuals, systemic steroids can stop the course of vitiligo and lead to repigmentation, although they can also have unfavorable side effects. In certain vitiligo patients, oral mini-pulse treatment with 5mg dexamethasone/betamethasone was observed to stop the disease progression and produce spontaneous repigmentation. Eighty percent of patients began spontaneous repigmentation within 2–4 months [43, 63, 64].

v. **Levamisole:** The use of levamisole to treat vitiligo for a long time reduced and stopped the illness from spreading. It regulates disease activity and causes vitiliginous regions to re-pigment. To induce a faster reaction rate of re-pigmentation, mix levamisole with additional therapy approaches like topical corticosteroids [51, 57, 65].

vi. **Vitamin C and E Antioxidant Use:** It was discovered that in the mild type (i. e. earlier than usual in the disease's duration because when disease remains active), oxidative stress significantly decreased after therapy

with antioxidant medications, and this could have therapeutic implications, implying that antioxidants could help to reduce oxidative stress only when taken early in the disease's duration [15, 66].

D. Surgical Treatment:

Surgical options are available if PUVA or topical steroid therapy fails to repigment. Because surgical treatments are time-consuming, they are often confined to localized or segmental vitiligo, albeit they may be effective in generalizing illness for stable cases of vitiligo [17, 22, 28, 37, 57].

i. **Epidermal Grafting (Suction Blister Grafts):** The procedure's goal is to replace achromic epithelial layers with normal epidermis-bearing melanocyte cells obtained by suction and applied to the afflicted region [54, 65, 67].

ii. **Autologous Minigrafting:** Multiple, tiny biopsy specimens of 1–2 mm were taken from an unknown donor location and placed close together at the recipient intervention site to reduce scarring; UVA radiation may aid in re-pigmentation [54, 57, 68].

iii. **In Vitro-Cultured Epidermis Transplantation:** Blisters are produced at both the recipient and donor locations using liquid nitrogen or suction, with the epidermis of the donor area is excised, as well. Approximately 1–10 cm² pigmented epidermis shave biopsy samples can also be utilized. The melanocyte cells were extracted and cultivated in cell culture for three weeks after the epidermis was processed with trypsin. The melanocytes stick to vaseline gauze which has been separated and applied to the recipient's vitiliginous skin's denuded patches. With an elastic bandage, a dressing is placed [57, 69].

iv. **Transplantation of Non-Cultured Melanocytes:** This approach is similar to *in vitro*-cultured melanocyte cells, except it uses non-cultured melanocyte cells extracted from numerous two cm² occipital cutaneous samples collected using the dermatome. The melanocyte cells were trypsin-processed, then EDTA-treated, put in a saline solution, then injected like a clear suspension into liquid nitrogen-created blisters at recipient area. Non-grown melanocytes re-pigment a bigger vitiliginous region quicker than that *in vitro* cultured melanocyte cells, according to the researchers [31, 57, 63, 69].

E. Depigmentation:

When the vitiliginous region exceeds the usual skin area, it's used in broad generalized vitiligo [18, 20, 22, 34, 38, 43, 57].

i. **Vitiligo Therapy with Phenol:** According to several researches, phenol's major action in melanocytes is to block melanogenesis, resulting in a reduced number of such cells. Because it does not enter the dermis and hence has minimal systemic impact, depigmentation with 88 percent phenol is harmless. This treatment is also advantageous because of its inexpensive cost and favorable aesthetic outcomes [2, 25, 38, 42].

ii. **Monobenzyl Ether of Hydroquinone (Monobenzone):** It's the only treatment for depigmenting normal skin in people with severe vitiligo that's popular in USA and Europe. Monobenzone is just a phenolic toxin

which kills epidermal melanocytes when used over an extended period of time. As a result, it can provide a homogeneous depigmented condition that is more visually appealing than that of the distinction between normal and afflicted skin for too many individuals. It comes as a 20% cream and may be made with up to a 40% concentration. Monobenzone users could perhaps avoid direct applying with others for one hour after administration to avoid depigmenting others' skin. Monobenzone may irritate the skin and cause allergic sensitization [57, 70].

iii. **Ruby Laser:** It's also utilized since it's a good, quick, and safe way to get rid of the aesthetically bothersome vestiges of natural pigmentation in vitiligo sufferers [58, 64].

iv. **Lactic Acid:** In a colorless or light yellow dilute aqueous solution, hygroscopic liquid with a somewhat but not unpleasant odor and a little acidic taste. Because lactic acid is an alpha hydroxyl acid, it is used to manage dry skin, follicular hyperkeratosis, ichthyosis, seborrheic keratosis, verrucae vulgaris, and actinic keratoses, by diminishing corneocyte cohesiveness and thereby reducing stratum corneum thickness. Lactic acid seems to be an antioxidant that may aid in the repigmentation of vitiligo patches. A novel technique of treatment for localized varieties of vitiligo is a topical 15% of lactic acid solution. The skin is not affected by this therapy, hence it is not carcinogenic [15, 26, 43, 60, 62].

F. **Phototherapy with Narrow-Band Ultraviolet B.** In 1997, Westerhof and Nieuweboer-krobotova were the first to report using NB-UVB phototherapy treating vitiligo. He contrasted NB-UVB phototherapy with topical PUVA phototherapy twice a week. Patients receiving NB-UVB phototherapy demonstrated re-pigmentation in 67 percent of cases after four months, compared to 46 percent of patients getting topical PUVA [53, 58, 62].

In vitiligo, the precise mechanism of NB-UVB phototherapy is unknown. A previous study discovered that UVB irradiation elevated the IL-1, expression of endothelin-1, and tyrosinase in the human keratinocyte cells *in vivo* and *in vitro*, indicating a mechanism for UVB-induced repigmentation [21, 53, 71].

Conclusions

Vitiligo is a challengeable cutaneous disorder that stands up to most of the world's dermatologists. This review is a straightforward attempt to gather the most up-to-date medical information regarding the vast number of scientific articles that explain, discuss, or even mention this cutaneous lesion from different medical points of view. The current review concentrates on the modern drugs, procedures, and line management that were discovered to treat vitiligo. These data require a careful, inquisitive scientific eye to extract, clarify, evaluate, categorize, and arrange these valuable obtained data in a simple, brief medical form. It is the fundamental goal behind the present study.

Acknowledgements. The author would like to thank Tikrit University College of Medicine (TUCOM) for its technical and editorial assistance.

REFERENCES

- Hann S. K., Nordlund J. J. Definition of vitiligo. In: Hann S. K., Nordlund J. J., eds. *Vitiligo*. 2nd Edition. New Jersey: Blackwell Science; 2000. P. 3–6.
- Grimes P. E. Disorders of pigmentation. In: ACP Medicine, Dale DC, Federman DD, editors. *WebMD Scientific American Medicine*. 4th Edition. New York: WebMD Prof Pub; 2012. P. 212–74.
- Robins A. *Biological Perspectives on Human Pigmentation*, Volume 7th. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. P. 52–85.
- Abdalla M. A., Nayaf M. S., Hussein S. Z. Correlation between serum α -MSH and vitamin D levels in vitiligo patients. *Iran J. Dermatol.* 2020;23(4):163–7.
- Mohr N., Petersen J., Kirsten N., Augustin M. Epidemiology of Vitiligo — A Dual Population-Based Approach. *Clin. Epidemiol.* 2021;13:373–82.
- Osinubi O., Grainge M. J., Hong L. The prevalence of psychological co-morbidity in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Dermatol.* 2018;178(4):863–78.
- Dahir A. M., Thomsen S. F. Comorbidities in vitiligo: comprehensive review. *Int. J. Dermatol.* 2018;57(10):1157–64.
- Hu M., Chen C., Liu J., Cai L., Shao J., Chen Z., et al. The melanogenic effects and underlying mechanism of paeoniflorin in human melanocytes and vitiligo mice. *Fitoterapia.* 2020;140:104416.
- Kim H. J., Ahn H. S., Kazmi S. Z., Kang T., Kim H. S., Kang M. J., et al. Familial risk of vitiligo among first-degree relatives and spouses: A population-based cohort study in Korea. *J. Investig. Dermatol.* 2021;141:921–4.
- Spritz R. A., Andersen G. H. Genetics of vitiligo. *Dermatol. Clin.* 2017;35(2):245–55.
- Speeckaert R., Dugardin J., Lambert J., Lapeere H., Verhaeghe E., Speeckaert M. M., et al. Critical appraisal of the oxidative stress pathway in vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2018;32(7):1089–98.
- Sandru F., Carsote M., Albu S. E., Dumitrascu M. C., Valea A. Vitiligo and chronic autoimmune thyroiditis. *J. Med. Life.* 2021;14:127–30.
- Rija F. F., Hussein S. Z., Abdalla M. A. Physiological and immunological disturbance in rheumatoid arthritis patients. *Baghdad Sci. J.* 2021;18(2):247–52.
- Nayaf M. S., Ahmed A. A., Abdalla M. A. Alopecia areata and serum vitamin D in Iraqi patients: A case-control study. *Prensa Med. Argent.* 2020;106(3):287.
- Huo J., Liu T., Huan Y., Li F., Wang R. Serum level of antioxidant vitamins and minerals in patients with vitiligo, a systematic review and meta-analysis. *J. Trace Elem. Med. Biol.* 2020;62:126570.
- Jin Y., Andersen G., Yorgov D. Genome-wide association studies of autoimmune vitiligo identify 23 new risk loci and highlight key pathways and regulatory variants. *Nat. Genet.* 2016;48:1418–24.
- Rija F. F., Hussein S. Z., Abdalla M. A. Osteoprotegerin, sclerostin, and osteocalcin serum levels in thyroid disorder patients. *Ukr. Biochem. J.* 2021;93(5):117–21.
- Migayron L., Boniface K., Seneschal J. Vitiligo, from physiopathology to emerging treatments: a review. *Dermatol. Ther. (Heidelb)*. 2020;19:12–26.
- Boniface K., Jacquemin C., Darrigade A. S., Dessarthe B., Martins C., Boukhedouni N., et al. Vitiligo skin is imprinted with resident memory CD8 T cells expressing CXCR3. *J. Invest. Dermatol.* 2018;138(2):355–64.
- Benzekri L., Gauthier Y. Clinical markers of vitiligo activity. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2017;76(5):856–62.
- Richmond J. M., Bangari D. S., Essien K. I., Currimbhoy S. D., Groom J. R., Pandya A. G., et al. Keratinocyte-derived chemokines orchestrate T-cell positioning in the epidermis during vitiligo and may serve as biomarkers of disease. *J. Invest. Dermatol.* 2017;137(2):350–8.
- Bergqvist C., Ezzedine K. Vitiligo: a review. *Dermatology.* 2020;236(6):571–92.
- Abdel-Malek Z. A., Jordan C., Ho T. The enigma and challenges of Vitiligo pathophysiology and treatment. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2020;33:778–87.
- Sanjeev S. Zinc, vitamin D and TSH levels in vitiligo patients. *Erciyes Med. J.* 2019;41:148–52.
- Bergqvist C., Ezzedine K. Vitiligo: A focus on pathogenesis and its therapeutic implications. *J. Dermatol.* 2021;48:252–70.
- Chen J., Li S., Li C. Mechanisms of melanocyte death in vitiligo. *Med. Res. Rev.* 2021;41(2):1138–66.
- Abdalla M. A. Melasma clinical features, diagnosis, epidemiology and etiology: an update review. *Siriraj Med. J.* 2021;73:841–50.
- Peeckaert R., Lambert J., Bulat V., Belpaire A., Speeckaert M., van Geel N. Autoimmunity in segmental vitiligo. *Front. Immunol.* 2020;11:568447.
- Harris J. E. Cellular stress and innate inflammation in organ-specific autoimmunity: lessons learned from vitiligo. *Immunol. Rev.* 2016;269(1):11–25.
- Hussein S. Z., Abdalla M. A. Serum levels of alpha-melanocyte stimulating hormone, vitamin d, calcium, phosphorus and magnesium in COVID-19 patients. *Ukr. Biochem. J.* 2021;93(6):64–9.
- Zhu L., Lin X., Zhi L., Fang Y., Lin K., Li K., et al. Mesenchymal stem cells promote human melanocytes proliferation and resistance to apoptosis through PTEN pathway in vitiligo. *Stem Cell Res. Ther.* 2020;11:26.
- Gandhi K., Ezzedine K., Anastassopoulos K. P. Prevalence of vitiligo among adults in the United States. *JAMA Dermatol.* 2021;1:2351.
- Jin Y., Santorico S. A., Spritz A. Pediatric to adult shift in vitiligo onset suggests altered environmental triggering. *J. Invest. Dermatol.* 2020;140(1):241–3.
- Eleftheriadou V. Reliability and validity of the vitiligo signs of activity score. *Br. J. Dermatol.* 2020;183(5):801–2.
- El-Husseiny R., Abd-Elhaleem A., Salah El-Din W., Abdallah M. Childhood vitiligo in Egypt: Clinico-epidemiologic Profile of 483 patients. *J. Cosmet. Dermatol.* 2021;20(1):237–42.
- Cohen B. E., Manga P., Lin K., Elbuluk N. Vitiligo and melanoma-associated vitiligo: understanding their similarities and differences. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2020;21(5):669–80.
- Narayan V. S., Uitentuis S. E., Luiten R. M., Bekken M. W., Wolkerstorfer A. Patients' perspective on current treatments and demand for novel treatments in vitiligo. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2021;35(3):744–8.
- Rodrigues M., Ezzedine K., Hamzavi I., Pandya A. G., Harris J. E. Vitiligo working group, new discoveries in the pathogenesis and classification of vitiligo. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2017;77(1):1–13.
- Zhang Y., Cai Y., Shi M., Jiang S., Cui S., Wu Y., et al. The prevalence of vitiligo: A meta-analysis. *PLoS One.* 2016;11(9):e0163806.
- Attili V. R., Attili S. K. Segmental and generalized vitiligo: Both forms demonstrate inflammatory histopathological features and clinical mosaicism. *Indian J. Dermatol.* 2013;58:433–8.
- Osinubi O., Grainge M. J., Hong L., Ahmed A., Batchelor J. M., Grindlay D., et al. The prevalence of psychological comorbidity in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Dermatol.* 2018;178(4):863–78.
- Wolkerstorfer A. The long road to valid outcomes in vitiligo. *Br. J. Dermatol.* 2019;180(3):454–5.
- Eleftheriadou V., Hamzavi I., Pandya A. G., Grimes P., Harris J. E., Huggins R. H., et al. International Initiative for Outcomes (INFO) for vitiligo: workshops with patients with vitiligo on repigmentation. *Br. J. Dermatol.* 2019;180(3):574–9.
- Karaosmanoğlu N., Özdemir Ç. P., Göğem İ. I., Kiratlı N. E., Karaaslan E. Childhood and adolescence vitiligo: clinicoepidemiological profile and its impact on quality of life. *Cyprus J. Med. Sci.* 2020;5:41–6.
- Okamura K., Suzuki T. Current landscape of oculocutaneous albinism in Japan. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2021;34(2):190–203.
- Bowman S. L., Bi-Karchin J., Le L., Marks M. S. The road to lysosome-related organelles: Insights from Hermansky-Pudlak syndrome and other rare diseases. *Traffic.* 2019;20(6):404–35.
- Wu J. H., Cohen B. A. The stigma of skin disease. *Curr. Opin. Pediatr.* 2019;31(4):509–14.
- Masood S., Jalil P., Ahmed Jan N., Sadique M. Waardenburg syndrome type-II in twin siblings: an unusual audio-pigmentary disorder. *Cureus.* 2020;12(10):e10889.
- Phan C., Ezzedine K., Lai C. Agreement between self-reported inflammatory skin disorders and dermatologists' diagnosis: a cross-sectional diagnostic study. *Acta Dermatol. Venereol.* 2017;97(10):1243–4.
- Smijs T. G., Pavel S. Titanium dioxide and zinc oxide nanoparticles in sunscreens: focus on their safety and effectiveness. *Nanotechnol. Sci. Appl.* 2011;4:95–112.
- Chang H. C., Hsu Y. P., Huang Y. C. The effectiveness of topical calcineurin inhibitors compared with topical corticosteroids in the treatment of vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2020;82(1):243–5.
- Lee J. H., Kwon H. S., Jung H. M., Lee H., Kim G. M., Yim H. W., et al. Treatment outcomes of topical calcineurin inhibitor therapy for patients with vitiligo: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2019;155(8):929.
- Li R., Qiao M., Wang X., Zhao X., Sun Q. Effect of narrow band ultraviolet B phototherapy as monotherapy or combination therapy

Здоровье и общество

- for vitiligo: a meta-analysis. *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.* 2017;33(1):22–31.
54. Mina M., Elgarhy L., Al-Saeid H., Ibrahim Z. Comparison between the efficacy of microneedling combined with 5-fluorouracil vs microneedling with tacrolimus in the treatment of vitiligo. *J. Cosmet. Dermatol.* 2018;17(5):744–51.
55. Parsad D., Godse K., Shah B., Grandhi S., Teli C. Basic Fibroblast Growth Factor (bFGF) related decapeptide 0.1% Solution, with Tacrolimus 0.1% ointment combination therapy compared with Tacrolimus 0.1% ointment monotherapy in the treatment of stable vitiligo: A Phase IV, randomized 12 months Study. *Indian J. Clin. Exp. Dermatol.* 2020;6(3):249–53.
56. Abdalla M. A., Nayaf M. S. Evaluation of serum α -MSH level in melasma. *WJPMR.* 2018;4(5):29–32.
57. Dillon A. B., Sideris A., Hadi A., Elbuluk N. Advances in vitiligo: an update on medical and surgical treatments. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2017;10(1):15–28.
58. Bae J. M., Jung H. M., Hong B. Y., Lee J. H., Choi W. J., Lee J. H., et al. Phototherapy for vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2017;153(7):666–74.
59. Sharquie K. E., Al-Hamamy H., Noaimi A., Al-Marsomy M., Salman H. A. Direct electrical current is a new therapeutic option for vitiligo. *Am. J. Dermatol. Venereol.* 2014;3(1):9–12.
60. Sharquie K. E., Noaimi A., Adnan S., Al-Niddawi A. M., Aljanabi W. K. Intralesional therapy of vitiligo by 1% lactic acid solution versus triamcinolone acetonide injection. *Am. J. Dermatol. Venereol.* 2020;10(1):6–10.
61. Shenoi S. D., Prabhu S. Photochemotherapy (PUVA) in psoriasis and vitiligo. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2014;80:497–504.
62. Lei T. C., Hearing V. J. Deciphering skin re-pigmentation patterns in vitiligo: an update on the cellular and molecular events involved. *Chin. Med. J.* 2020;133(10):1231–8 (In Engl.).
63. Bishnoi A., Parsad D. Clinical and molecular aspects of vitiligo treatments. *Int. J. Mol. Sci.* 2018;19:1509.
64. Wu Y., Sun Y., Qiu L. A multicentre, randomized, split face and/or neck comparison of 308-nm excimer laser and 0.1% tacrolimus ointment for stable vitiligo plus intramuscular slow-releasing beta-methasone for active vitiligo. *Br. J. Dermatol.* 2019;181:210–1.
65. Gupta M. Levamisole: A multi-faceted drug in dermatology. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2016;82:230–6.
66. Guarneri F., Bertino L., Pioggia G., Casciaro M., Gangemi S. Therapies with antioxidant potential in psoriasis, vitiligo, and lichen planus. *Antioxidants.* 2021;10:1087.
67. Bae J. M., Lee J. H., Kwon H. S., Kim J., Kim D. S. Motorized 0.8 mm micro-punch grafting for refractory vitiligo: A retrospective study of 230 cases. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2018;15:57–66.
68. Gupta S., Relhan V., Garg V. K., Sahoo B. Autologous noncultured melanocyte-keratinocyte transplantation in stable vitiligo: A randomized comparative study of recipient site preparation by two techniques. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2018;9:25–40.
69. Ju H. J., Bae J. M., Lee R. W. Surgical interventions for patients with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2021;2(8):56–70.
70. El Mofty M., Mostafa W. Z., Esmat S., Samir N., El-Samanoudy S. I., El-Mesidy M. S., et al. Monobenzyl ether of hydroquinone 20 and 40% cream in depigmentation of patients with vitiligo: a randomized controlled trial. *J. Egypt Womens Dermatol. Soc.* 2020;17:130–7.
71. Mohammad T. F., Al-Jamal M., Hamzavi I. H., Harris J. E., Leone G., Cabrera R., et al. The Vitiligo Working Group recommendations for narrowband ultraviolet B light phototherapy treatment of vitiligo. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2017;76(5):879–88.

Амлаев К. Р., Дахкильгова Х. Т., Блинкова Л. Н., Мажаров В. Н.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ (МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ)

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

Представлен анализ мероприятий, направленных на повышение уровня физической активности и реализуемых в различных странах мира. Государственные программы профилактики гиподинамии необходимо реализовывать как на индивидуальном, так на групповом и популяционном уровнях. Проанализирована эффективность подобных государственных программ в разных странах, исследована связь уровня физической активности с качеством и доступностью таких элементов городской среды, как общественный транспорт, наличие велосипедных дорожек, приближение к месту жительства парков и стадионов. Необходимо дальнейшее изучение данной проблемы, особенно в долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: физическая активность; гиподинамия; факторы риска; профилактика гиподинамии.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Дахкильгова Х. Т., Блинкова Л. Н., Мажаров В. Н. Мероприятия по повышению уровня физической активности (международный опыт). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):994–997. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-994-997>

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», e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Dahkilgova Kh. T., Blinkova L. N., Mazharov V. N.

THE ACTIVITIES ON INCREASING LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY: THE INTERNATIONAL EXPERIENCE

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

The article presents analysis of measures targeted to increasing level of physical activity implemented in various countries. The state programs of prevention of hypodynamia are to be implemented at individual, group and population levels. The efficiency of such state programs in different countries are analyzed. The relationship between level of physical activity and quality and availability of such elements of urban environment as public transport, availability of bicycle paths, proximity of parks and stadiums to places of residence are considered. The further study of this problem is necessary, especially in the long term perspective.

Key words: physical activity; hypodynamia; risk factors; prevention.

For citation: Amlaev K. R., Dahkilgova Kh. T., Blinkova L. N., Mazharov V. N. The activities on increasing level of physical activity: The international experience. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):994–997 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-994-997>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 27.05.2024
Accepted 15.08.2024

Физическая активность (ФА) положительно влияет на эмоциональное и социальное здоровье, производительность труда, развитие мозга, стимулирует упорство, самоконтроль, пунктуальность, эмоциональную регуляцию, принятие решений и постановку целей [1]. Вмешательство в области ФА может улучшать физическое и психическое здоровье и косвенно влиять на табачную и алкогольную зависимость, которые являются дополнительными факторами риска (ФР) в отношении болезней системы кровообращения и сахарного диабета 2-го типа [2].

ФР, сопряженные с ФА, обычно связаны с опорно-двигательной системой и могут приводить к таким травмам, как растяжение мышц или повреждение суставов. Эти проблемы вызваны интенсивным выполнением ФА без предшествующей разминки или тренировки. Человек с наличием сердечно-сосудистого заболевания подвергается более высокому риску сердечного приступа, если мышечное на-

пряжение проводится без предварительной разминки. Этот риск можно уменьшить при предварительной разминке перед началом упражнений [1, 3]. Чтобы подготовить организм к повышенным нагрузкам на костно-мышечную систему, сердце и органы дыхания, упражнения следует выполнять с постепенным увеличением интенсивности и времени их выполнения [4].

Профилактика низкой ФА. Популяционный контроль ФР является одной из основных стратегий первичной профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ). Увеличение ФА — одна из лучших «инвестиций» в здоровье и способ профилактики НИЗ как для отдельно взятого человека, так и для всей популяции. Чтобы расширить ФА на популяционном уровне, некоторые государства разработали национальные программы в области увеличения ФА, целью которых является достижение уровня ФА, утвержденного стандартами гайдлайнов кон-

Здоровье и общество

кретной страны [5]. Пропаганда ФА в отношении НИЗ должна осуществляться на государственном уровне [6].

Большинство вмешательств по увеличению ФА и снижению массы тела делают акцент на роли здорового питания и контроле развития ожирения преимущественно у пожилых людей. Однако не менее важен систематический контроль двигательной активности в подростковом возрасте. В настоящее время малоподвижный образ жизни молодежи представляет собой наибольшую проблему, поскольку ФР, способствующие появлению взрослой сердечно-сосудистой патологии, начинают проявляться с детства [7]. Подростковый возраст является переходным периодом между детством и взрослой жизнью, и уровень ФА в этот период может снижаться [7]. Осуществление медицинского вмешательства эффективно для улучшения регулярной ФА подростков и обеспечения их здоровья. Основное внимание в этих вмешательствах уделяется формированию мышечной массы тела у подростков за счет увеличения регулярных тренировок. Такие факторы, как самоконтроль и поддержка со стороны близких, повышают ФА подростков [8].

Меры по повышению уровня ФА. В 18 исследованиях оценивали мероприятия по изменению городской инфраструктуры для продвижения активного транспорта: строительство велосипедных дорожек, тротуаров, железнодорожных линий или автомагистралей. В других исследованиях оценивали последствия государственных и муниципальных программ по изменению инфраструктуры. Одно из исследований оценивало вмешательство, которое обеспечивало бесплатный доступ к объектам ФА, что может увеличить ФА, связанную с посещением тренажерных залов или бассейнов, но уровень доказательности был низким [2].

В исследовании [9] оценивали эффективность вмешательств в отношении городских зеленых насаждений для поощрения ФА, в том числе с изменениями ландшафтного дизайна города. Из девяти включенных исследований по оценке этих вмешательств четыре показали преимущества в виде увеличения ФА. Авторы отметили необходимость более надежных оценок и то, что комбинация вмешательств в области ФА и модификации физической среды, вероятно, является наиболее эффективным подходом.

Оценка влияния государственных программ ФА на здоровье пожилых людей проведена в другом исследовании [10]. В пяти исследованиях показаны преимущества этих программ для увеличения уровня ФА, а также их позитивное влияние на артериальное давление, уровень глюкозы и липидов в крови. Тем не менее включенные исследования в первую очередь оценивали эффективность индивидуальных программ тренировок с упражнениями для укрепления мышц, растяжкой и ходьбой, а не вмешательства на популяционном уровне. Систематический обзор эмпирических и симуляционных исследований, оценивающих влияние транспортных

вмешательств на здоровье, показал, что велосипедные дорожки и системы скоростного автобусного сообщения могут способствовать физической активности и активным путешествиям, однако в этом обзоре достоверность доказательств не оценивалась [11].

Международное общество физической активности и здоровья наметило ряд инновационных стратегий для увеличения уровня ФА. Это развитие активного транспорта — проектирование городов для пешеходного и велосипедного движения, общественного транспорта, активное городское проектирование — элементы искусственной среды, способствующие ФА (парки и городские зеленые насаждения), а также популяционные программы на уровне сообществ — политика поощрения ФА. В этом обзоре не выявлено конкретных доказательств эффективности активного движения или активного городского планирования из-за неопределенного характера доказательной базы. Однако предоставление бесплатной доступности объектов ФА продемонстрировало потенциал для повышения ее уровня у населения [9].

Опубликовано немало исследований, оценивающих влияние инфраструктурного, политического и нормативного вмешательств на повышение ФА, с различными результатами и частотой низкой достоверности доказательств. В основном это было связано с проблемами дизайна обсервационных исследований и непоследовательными или неточными результатами. Исследования в странах, в том числе с низким и средним доходом, будут важны для понимания различных вопросов реализации в условиях ограниченных ресурсов. При внедрении новых политики и вмешательств следует тщательно отслеживать и оценивать их, чтобы информировать об улучшениях и о том, когда следует расширять или прекращать их использование [9].

Исследования, основанные на теории изменения поведения, показали значительную эффективность в повышении общего уровня ФА. Вмешательства по улучшению ФА подростков показали, что школы являются лучшим местом для реализации таких вмешательств [12, 13]. Обзор вмешательств по популяризации ФА с 2000 по 2011 г. показал позитивное влияние в этом вопросе средств массовой информации [9]. Стратегии, изучаемые в 10 масштабных исследованиях [14—16], включали практические занятия по поведению, связанному с ФА, групповую поддержку, консультирование и электронное обучение. При поощрении ФА потеря массы тела была вторичным результатом.

Имеющиеся данные свидетельствуют о важности использования нескольких стратегий поддержки (родительской и педагогической), спортивного тренера, долгосрочного вмешательства и сосредоточения внимания исключительно на ФА [17].

Анализ продолжительности регулярной ФА в исследованиях показал, что важна регулярная и непрерывная активность в течение длительного времени. Чем дольше проводили мероприятия по по-

вышению уровня ФА, тем выше была их эффективность [13, 18]. Вмешательства с использованием нескольких подходов оказались более результативными, чем сосредоточенные только на образовательном и поведенческом аспектах.

Существует много факторов, влияющих на отказ от регулярной ФА. Эти барьеры включают в себя нехватку времени на ФА, высокие материальные затраты, усталость, вызванную физическими упражнениями, отсутствие самоэффективности и поддержки [7, 19]. Повышая уровень грамотности в вопросах преодоления данных барьеров, пациентов любого возраста можно поощрять к регулярной ФА и контролю массы тела. Интервенционный подход в образовательных исследованиях также повлиял на результаты [13, 14, 16, 20].

Вмешательства, основанные на психологической теории, были более эффективными. Важными условиями эффективности стратегий являются продолжительность обучения, применение не только образовательных, но и законодательных, а также технологических моделей совершенствования уровня ФА. При разработке вмешательств, направленных на улучшение у населения ФА, следует учитывать преимущества и барьеры, включая самоэффективность и социальную поддержку [12, 13].

Заключение

Регулярность ФА в значительной мере зависит от проведения государственных санитарно-просветительных мероприятий. Для оценки эффективности мер по повышению ФА необходимо большее количество исследований с тщательно продуманной методологией. Вмешательства, направленные на повышение уровня ФА населения, должны включать распространение визуальных и аудиоматериалов, объясняющих преимущества регулярной ФА, ее типы, а также использование популяризации методов психологической поддержки и мотивации. Для изучения долгосрочных последствий осуществления мероприятий, направленных на профилактику гиподинамии, необходимы более длительные наблюдения. Однако уже очевидна эффективность сочетания образовательных, законодательных подходов и использования современных технологий популяризации физически активного образа жизни.

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

ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization (WHO) Europe. Physical activity and health in Europe — Evidence for action. Copenhagen, Denmark: WHO. 2006. Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf (дата обращения 26.09.2023)
- Durão S., Burns J., Schmidt B. M. Infrastructure, policy and regulatory interventions to increase physical activity to prevent cardiovascular diseases and diabetes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2023;23(1):112. Epub 2023 Jan 16. doi: 10.1186/s12889-022-14841-y
- Dhuli K., Naureen Z., Medori M. C. Physical activity for health. *J. Prev. Med. Hyg.* 2022;63(2 Suppl 3):E150—E159. Epub 2022 Oct 17. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2756
- Guthold R., Stevens G. A., Riley L. M., Bull F. C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob. Health* 2018;6:e1077—86. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7 10.1016/S2214-109X(18)30357-7
- Mohanty S., Venkatarao E., Yasobant S. Non-communicable disease care and physical activity promotion in India: analysis of recent policies, guidelines and workplans. *Fam. Med. Community Health*. 2020;8(2):e000206. Epub 2020 Apr 2. doi: 10.1136/fmch-2019-000206
- WHO NCD Country Profiles-India. World Health Organization; 2011.
- Moeini B., Rezapur-Shahkolai F., Bashirian S., Doosti-Irani A., Afshari M., Geravandi A. Effect of interventions based on regular physical activity on weight management in adolescents: a systematic review and a meta-analysis. *Syst. Rev.* 2021;10(1):52. Epub 2021 Feb 8. doi: 10.1186/s13643-021-01602-y
- Emdadi S., Hazavehie S. M. M., Soltanian A., Bashirian S., Moghadam R. H. Predictive factors of regular physical activity among middle-aged women in west of Iran, Hamadan: application of PRECEDE model. *J. Res. Health Sci.* 2015;15(4):244—9.
- Hunter R. F., Christian H., Veitch J., Astell-Burt T., Hipp J. A., Schipperijn J. The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: A systematic review and recommendations for future research. *Soc. Sci. Med.* 2015;124:246—56. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.11.051
- Valdés-Badilla P. A., Gutiérrez-García C., Pérez-Gutiérrez M., Vargas-Vitoria R., López-Fuenzalida A. Effects of physical activity governmental programs on health status in independent older adults: a systematic review. *J. Aging Phys. Act.* 2019;27(2):265—75. doi: 10.1123/japa.2017-0396
- Stankov I., Garcia L. M. T., Mascoll M. A., Montes F., Meisel J. D., Gouveia N. A systematic review of empirical and simulation studies evaluating the health impact of transportation interventions. *Environ. Res.* 2020;186:109519. doi: 10.1016/j.envres.2020.109519
- Rostami-Moez M., Rezapur-Shahkolai F., Hazavehie S. M. M., Karami M., Karimi-Shahanjarini A., Nazem F. Effect of educational program, based on PRECEDE and trans-theoretical models, on preventing decline in regular physical activity and improving it among students. *J. Res. Health Sci.* 2017;17(2):375.
- Bagherniya M., Mostafavi Darani F., Sharma M., Maracy M. R., Allipour Birgani R., Ranjbar G. Assessment of the efficacy of physical activity level and lifestyle behavior interventions applying social cognitive theory for overweight and obese girl adolescents. *J. Res. Health Sci.* 2018;18(2):e00409.
- Direito A., Jiang Y., Whittaker R., Maddison R. Apps for IMproving FITness and increasing physical activity among young people: the AIMFIT pragmatic randomized controlled trial. *J. Med. Int. Res.* 2015;17(8):e210.
- Mears R., Jago R. Effectiveness of after-school interventions at increasing moderate-to-vigorous physical activity levels in 5- to 18-year olds: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Sports Med.* 2016;50(21):1315—24. doi:10.1136/bjsports-2015-094976
- Corder K., Winpenny E., Love R., Brown H. E., White M., Van Sluijs E. Change in physical activity from adolescence to early adulthood: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Br. J. Sports Med.* 2019;53(8):496—503. doi: 10.1136/bjsports-2016-097330
- Bagherniya M., Mostafavi Darani F., Sharma M., et al. Assessment of the Efficacy of Physical Activity Level and Lifestyle Behavior Interventions Applying Social Cognitive Theory for Overweight and Obese Girl Adolescents. *J. Res. Health Sci.* 2018;18(2):e00409. Epub 2018 Apr 7.
- Corder K., Winpenny E., Love R., Brown H. E., White M., Sluijs E. V. Change in physical activity from adolescence to early adulthood: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Br. J. Sports Med.* 2019;53(8):496—503.
- Emdadi S., Hazavehie S. M. M., Soltanian A., Bashirian S., Moghadam R. H. Predictive factors of regular physical activity among middle-aged women in west of Iran, Hamadan: application of PRECEDE model. *J. Res. Health Sci.* 2015;15(4):244—49.
- Chen S.-R., Tseng C.-L., Kuo S.-Y., Chang Y.-K. Effects of a physical activity intervention on autonomic and executive functions in obese young adolescents: a randomized controlled trial. *Health Psychol.* 2016;35(10):1120. doi: 10.1037/hea0000390

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO) Europe. Physical activity and health in Europe — Evidence for action. Copenhagen, Denmark: WHO; 2006. Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf. (accessed 26.09.2023).
2. Durão S., Burns J., Schmidt B. M. Infrastructure, policy and regulatory interventions to increase physical activity to prevent cardiovascular diseases and diabetes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2023;23(1):112. Epub 2023 Jan 16. doi: 10.1186/s12889-022-14841-y
3. Dhuli K., Naureen Z., Medori M. C. Physical activity for health. *J. Prev. Med. Hyg.* 2022;63(2 Suppl 3):E150–E159. Epub 2022 Oct 17. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2756
4. Guthold R., Stevens G. A., Riley L. M., Bull F. C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob. Health* 2018;6:e1077–86. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7
5. Mohanty S., Venkatarao E., Yasobant S. Non-communicable disease care and physical activity promotion in India: analysis of recent policies, guidelines and workplans. *Fam. Med. Community Health*. 2020;8(2):e000206. Epub 2020 Apr 2. doi: 10.1136/fmch-2019-000206
6. WHO NCD Country Profiles-India. World Health Organization; 2011.
7. Moeini B., Rezapur-Shahkolai F., Bashirian S., Doosti-Irani A., Afshari M., Geravandi A. Effect of interventions based on regular physical activity on weight management in adolescents: a systematic review and a meta-analysis. *Syst. Rev.* 2021;10(1):52. Epub 2021 Feb 8. doi: 10.1186/s13643-021-01602-y
8. Emdadi S., Hazavehie S. M. M., Soltanian A., Bashirian S., Moghadam R. H. Predictive factors of regular physical activity among middle-aged women in west of Iran, Hamadan: application of PRECEDE model. *J. Res. Health Sci.* 2015;15(4):244–9.
9. Hunter R. F., Christian H., Veitch J., Astell-Burt T., Hipp J. A., Schipperijn J. The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: A systematic review and recommendations for future research. *Soc. Sci. Med.* 2015;124:246–56. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.11.051
10. Valdés-Badilla P. A., Gutiérrez-García C., Pérez-Gutiérrez M., Vargas-Vitoria R., López-Fuenzalida A. Effects of physical activity governmental programs on health status in independent older adults: a systematic review. *J. Aging Phys. Act.* 2019;27(2):265–75. doi: 10.1123/japa.2017-0396
11. Stankov I., Garcia L. M. T., Mascoll M. A., Montes F., Meisel J. D., Gouveia N. A systematic review of empirical and simulation studies evaluating the health impact of transportation interventions. *Environ. Res.* 2020;186:109519. doi: 10.1016/j.envres.2020.109519
12. Rostami-Moez M., Rezapur-Shahkolai F., Hazavehie S. M. M., Karami M., Karimi-Shahanjarini A., Nazem F. Effect of educational program, based on PRECEDE and trans-theoretical models, on preventing decline in regular physical activity and improving it among students. *J. Res. Health Sci.* 2017;17(2):375.
13. Bagherniya M., Mostafavi Darani F., Sharma M., Maracy M. R., Allipour Birgani R., Ranjbar G. Assessment of the efficacy of physical activity level and lifestyle behavior interventions applying social cognitive theory for overweight and obese girl adolescents. *J. Res. Health Sci.* 2018;18(2):e00409.
14. Direito A., Jiang Y., Whittaker R., Maddison R. Apps for IMproving FITness and increasing physical activity among young people: the AIMFIT pragmatic randomized controlled trial. *J. Med. Int. Res.* 2015;17(8):e210.
15. Mears R., Jago R. Effectiveness of after-school interventions at increasing moderate-to-vigorous physical activity levels in 5- to 18-year olds: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Sports Med.* 2016;50(21):1315–24. doi:10.1136/bjsports-2015-094976
16. Corder K., Winpenny E., Love R., Brown H. E., White M., Van Sluijs E. Change in physical activity from adolescence to early adulthood: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Br. J. Sports Med.* 2019;53(8):496–503. doi: 10.1136/bjsports-2016-097330
17. Bagherniya M., Mostafavi Darani F., Sharma M., et al. Assessment of the Efficacy of Physical Activity Level and Lifestyle Behavior Interventions Applying Social Cognitive Theory for Overweight and Obese Girl Adolescents. *J. Res. Health Sci.* 2018;18(2):e00409. Epub 2018 Apr 7.
18. Corder K., Winpenny E., Love R., Brown H. E., White M., Sluijs E. V. Change in physical activity from adolescence to early adulthood: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Br. J. Sports Med.* 2019;53(8):496–503.
19. Emdadi S., Hazavehie S. M. M., Soltanian A., Bashirian S., Moghadam R. H. Predictive factors of regular physical activity among middle-aged women in west of Iran, Hamadan: application of PRECEDE model. *J. Res. Health Sci.* 2015;15(4):244–49.
20. Chen S.-R., Tseng C.-L., Kuo S.-Y., Chang Y.-K. Effects of a physical activity intervention on autonomic and executive functions in obese young adolescents: a randomized controlled trial. *Health Psychol.* 2016;35(10):1120. doi: 10.1037/hea0000390

Образование и кадры

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 614.2

Ефимикова Ю. О.¹, Евстафьева Ю. В.¹, Ходакова О. В.²

ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, г. Чита;

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

Показатель обеспеченности медицинскими кадрами при оказании первичной медико-санитарной помощи имеет существенные различия в субъектах Российской Федерации. На данный показатель влияют территориальные особенности: большая протяженность, плохая транспортная доступность, низкая плотность населения, миграционные процессы.

Цель работы — анализ показателей врачебных кадровых ресурсов в государственной системе здравоохранения Забайкальского края.

Источниками информации служили данные форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» медицинских организаций края за 2018—2022 гг. Для уровней обеспеченности врачами за 5-летний период в районах края построена диаграмма размаха. С использованием кластерного анализа классифицированы муниципальные образования по уровню и динамике показателей обеспеченности врачами.

Установлено, что показатели обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и врачами-педиатрами участковыми в Забайкальском крае остаются ниже аналогичных по Дальневосточному федеральному округу и Российской Федерации. Построение диаграммы размаха продемонстрировало значительное различие показателей обеспеченности данными специалистами в муниципальных образованиях края за 5-летний период, что свидетельствует о нестабильности кадровой ситуации в районах края. Максимальные показатели обеспеченности в некоторых районах обусловлены более высоким уровнем заработных плат, расположением медицинских организаций в краевом центре.

В регионе отмечен кадровый дефицит врачей, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь. Для решения задач по преодолению кадрового дефицита, диспропорций в структуре врачебных кадров, неравномерного территориального распределения медицинских специалистов в регионе требуется совершенствование механизмов планирования кадровых ресурсов.

К л ю ч е в ы е с л о в а : *врачебные кадры; врач-терапевт участковый; врач-педиатр участковый; первичная медико-санитарная помощь; обеспеченность; укомплектованность; кластерный анализ.*

Для цитирования: Ефимикова Ю. О., Евстафьева Ю. В., Ходакова О. В. Характеристика врачебных кадровых ресурсов в государственной системе здравоохранения региона. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):998—1005. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-998-1005>

Для корреспонденции: Ефимикова Юлия Олеговна, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: efimikova92@gmail.com

Efimikova Yu. O.¹, Evstafeva Yu. V.¹, Khodakova O. V.²

THE CHARACTERISTIC OF MEDICAL PERSONNEL RESOURCES IN THE STATE HEALTH CARE SYSTEM OF THE REGION

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chita State Medical Academy” of Minzdrav of Russia, 672000, Chita, Russia;

²The Federal State Budget Institution The Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The indicator of provision with medical personnel under primary health care support significantly varies in Subjects of the Russian Federation. This indicator is affected by such territorial characteristics as long distance of territory, poor transport accessibility, low population density, migration processes.

The purpose of the study is to analyze indicators of medical personnel resources in state health care system of the Transbaikalian Krai.

The sources of information were data from forms of Federal statistical monitoring № 30 “Information on the medical organization” of the Krai medical organizations in 2018–2022. The span diagram was made for levels of provision with physicians over 5 year period in regions of the Krai. The cluster analysis was applied to classify municipalities according to level and dynamics of indicators of provision with physicians.

It is established that indicators of provision of district therapists and district pediatricians in the Transbaikalian Krai remain below similar ones in the Far Eastern Federal Okrug and the Russian Federation. The making of span diagram demonstrated significant difference in indicators of provision with mentioned specialists in municipalities of the Krai over 5 year period that testifies instability of medical personnel situation in districts of the Krai. The maximal indicators of provision in certain regions are conditioned by higher wages and location of medical organizations in the Krai center.

The shortage in medical personnel of primary health care is marked in the Krai. In order to implement tasks of overcoming medical personnel shortage, disproportions in structure of medical personnel, uneven territorial distribution of medical specialists in the Krai it is necessary to improve mechanisms of human resources planning.

Образование и кадры

Key words: medical personnel; district therapist; district pediatrician; primary health care; security; staffing; cluster analysis.

For citation: Efimikova Yu. O., Evstafeva Yu. V., Khodakova O. V. The characteristic of medical personnel resources in the state health care system of the Region. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):998–1005 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-998-1005>

For correspondence: Efimikova Yu. O., the Post-Graduate Student of the Chair of Public Health and Health Care and Health Care Economics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chita State Medical Academy” of Minzdrav of Russia. e-mail: efimikova92@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 29.04.2024

Accepted 15.08.2024

Введение

Наиболее ценный и значимый ресурс системы здравоохранения составляют медицинские кадры. Актуальной проблемой отрасли здравоохранения Российской Федерации (РФ) является нехватка медицинских работников, а также неравномерность распределения врачебных кадров по специальностям [1–6]. Согласно Указу Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 г.», одной из приоритетных национальных целей развития Российской Федерации является сохранение населения, здоровье и благополучие людей, где ведущая роль отведена отрасли здравоохранения по обеспечению доступной и качественной медицинской помощи населению, что невыполнимо при дефиците медицинских кадров.

Показатель обеспеченности врачами на территории РФ в 2022 г. составил 36,8 на 10 тыс. населения. В последние годы сохраняется стабильная тенденция снижения данного показателя [7]. Согласно отчету министра здравоохранения Российской Федерации М. А. Мурашко, дефицит врачебных кадров в 2022 г. составил около 25–26 тыс. человек [8].

В рамках Национального проекта «Здравоохранение» с 2019 по 2024 г. реализуется Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», где основной целью выступает ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также обеспечение высокого уровня квалификации молодых специалистов, приходящих в отрасль здравоохранения, предоставление им возможности непрерывного повышения квалификации в соответствии с профессиональной потребностью [9].

Одной из важных проблем в системе здравоохранения является разнообразие субъектов по уровню показателя обеспеченности врачебными кадрами. Так, наибольший показатель в 2022 г. зарегистрирован в Чукотском автономном округе (66,2 на 10 тыс. населения), а наименьший — в Курганской области (25,4 на 10 тыс. населения). Среди основных факторов, влияющих на обеспеченность населения врачебными кадрами в субъекте, — региональные особенности территории [10–12]. Забайкальский край,

входящий в состав Дальневосточного федерального округа (ДФО), отличается большой протяженностью территории (около 1000 км), удаленностью муниципальных образований от краевого центра (наибольшее расстояние — 620 км), низкой транспортной доступностью, сложными климатическими условиями, низкой плотностью населения (2,3 человека на 1 км²), ежегодным снижением численности населения региона прежде всего за счет миграционных процессов, а также низкими социально-экономическими условиями жизни населения.

На территории Забайкальского края (ЗК) уровень обеспеченности населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в 2022 г. составил 37,5 на 10 тыс. населения, что выше показателя по РФ (36,8 на 10 тыс. населения) на 1,9%. В динамике с 2018 по 2022 г. обеспеченность врачами в крае увеличилась на 0,2% [9–12]. Согласно Региональному проекту «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», показатель обеспеченности врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях, к 2024 г. должен составить 44,1 на 10 тыс. населения [13].

Целью исследования явился анализ показателей врачебных кадровых ресурсов в государственной системе здравоохранения ЗК.

Материалы и методы

В рамках исследования проанализированы показатели обеспеченности и укомплектованности врачами в целом, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми в ЗК, а также по отдельным муниципальным образованиям региона за период 2018–2022 гг. Для сбора данных разработаны выкопировочные карты по изучению врачебных кадров государственных медицинских организаций ЗК. Источником информации служили данные форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» медицинских организаций края, а также данные из статистических информационных сборников Минздрава России, Минздрава Забайкальского края за 2018–2022 гг.

Для визуального представления оценки показателя обеспеченности врачами-терапевтами и врача-

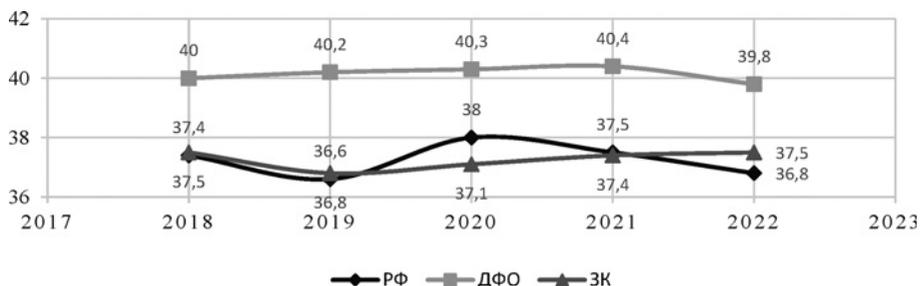


Рис. 1. Обеспеченность врачами в РФ, ДФО, ЗК за 2018—2022 гг. (на 10 тыс. населения).

ми-педиатрами участковыми построена диаграмма размаха, где отображена вариабельность данных обеспеченности врачами первичного звена по районам ЗК за 5-летний период.

С использованием кластерного анализа иерархическим методом классифицированы муниципальные образования по уровню и динамике показателей обеспеченности врачами-терапевтами и врачами-педиатрами участковыми и последующей их характеристикой.

Обработку результатов проводили с использованием программ Microsoft Excel, Jamovi 2.3.

Результаты исследования

Показатель обеспеченности врачскими кадрами в ЗК в 2022 г. составил 37,5 на 10 тыс. населения. В динамике за анализируемый период показатель имел разнонаправленную тенденцию изменений. Так, с 2018 по 2019 г. показатель обеспеченности снизился на 6,3%, а с 2019 по 2022 г. увеличился на 2,4%. При сравнении с показателем по ДФО за 2022 г. показатель обеспеченности врачами в ЗК был ниже на 5%, при сравнении с РФ — выше на 2,6% (рис. 1).

При оценке врачей по гендерному признаку за 2022 г. доля мужчин составила 22,5%, женщин — 77,5%. Среди женщин распределение по возрасту следующее: до 36 лет — 32,7%, 36—45 лет — 21%, 46—50 лет — 9%, 51—55 лет — 11%, 56—59 лет — 8,4%, 60—64 года — 9,7% и старше 65 лет — 8,2%. Среди мужчин доля лиц до 36 лет составила 27,8%, 36—45 лет — 19,9%, 46—50 лет — 7,7%, 51—55 лет — 9,3%, 56—59 лет — 12,6%, 60—64 года — 11,5% и старше 65 лет — 11,2%. Преобладание врачей в возрасте до 36 лет среди мужчин и женщин свидетельствует о трудоустройстве в медицинские организации молодых специалистов. При этом именно данная категория лиц входит в группу риска по миграции населения из края в другие регионы. Обращает на себя внимание большая доля врачей в возрасте старше 60 лет, что в дальнейшем без притока кадров молодого возраста может привести к нарастанию кадрового дефицита.

Обеспеченность врачами-терапевтами участковыми в 2022 г. в ЗК составила 3,03 на 10 тыс. населения. В динамике с 2018 по 2022 г. показатель снизился на 4,4%. По сравнению с аналогичным показателем по ДФО за 2022 г. показатель в ЗК был ниже на 8,1%, по РФ — на 19,6% (рис. 2).

При построении диаграммы размаха наглядно продемонстрировано значительное отличие показателя обеспеченности врачами-терапевтами участковыми в муниципальных образованиях края за 5-летний период, что может свидетельствовать о нестабильности кадровой ситуации в районах края. Так, максимальный размах показателя наблюдается в Ононском (от 1,4 до 9,5 на 10 тыс. населения), Дульдургинском (от 2,1 до 7,4 на 10 тыс. населения) и Сретенском (от 1,3 до 5,3 на 10 тыс. населения) районах. Минимальный размах зафиксирован в Калганском (от 1,8 до 1,9 на 10 тыс. населения), Могочинском (от 1,1 до 1,6 на 10 тыс. населения), и Оловянинском (от 1,6 до 2,3 на 10 тыс. населения) районах (рис. 3).

Уровень обеспеченности врачами-педиатрами участковыми в 2022 г. в ЗК составил 9,31 на 10 тыс. населения. С 2018 по 2022 г. показатель увеличился на 10,2%. По сравнению с ДФО показатель обеспеченности в ЗК ниже на 7%, по РФ — на 1,8% (рис. 4).

При построении диаграммы размаха для показателя обеспеченности врачами-педиатрами участковыми по районам края за 2018—2022 гг. отмечено, что максимальный диапазон показателя наблюдается в Ононском (от 3,7 до 14,4 на 10 тыс. населения), Акшинском (от 3,9 до 15,9 на 10 тыс. населения) и Калганском (от 9,9 до 16,6 на 10 тыс. населения) районах. Более стабильный уровень размаха показателей зарегистрирован в Нерчинско-Заводском (от 3,8 до 4,2 на 10 тыс. населения), Оловянинском (от 4,4 до 4,8 на 10 тыс. населения), Александровском (от 5,2 до 5,6 на 10 тыс. населения) районах и в г. Чита (от 11,3 до 11,6 на 10 тыс. населения; рис. 5).

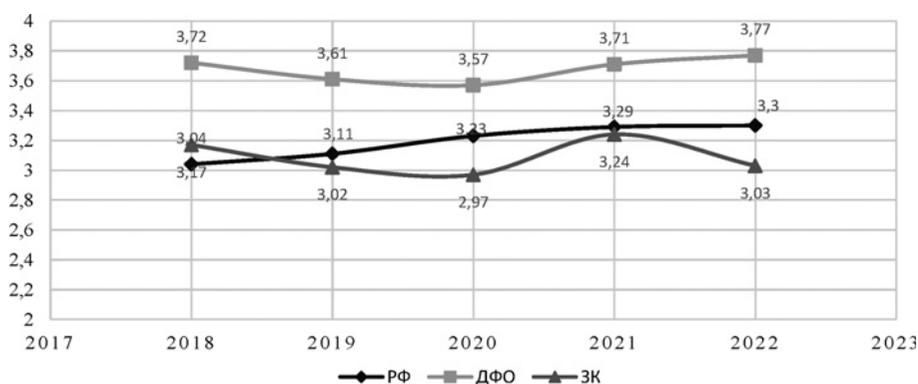


Рис. 2. Обеспеченность врачами-терапевтами участковыми в РФ, ДФО, ЗК в 2018—2022 гг. (на 10 тыс. населения).

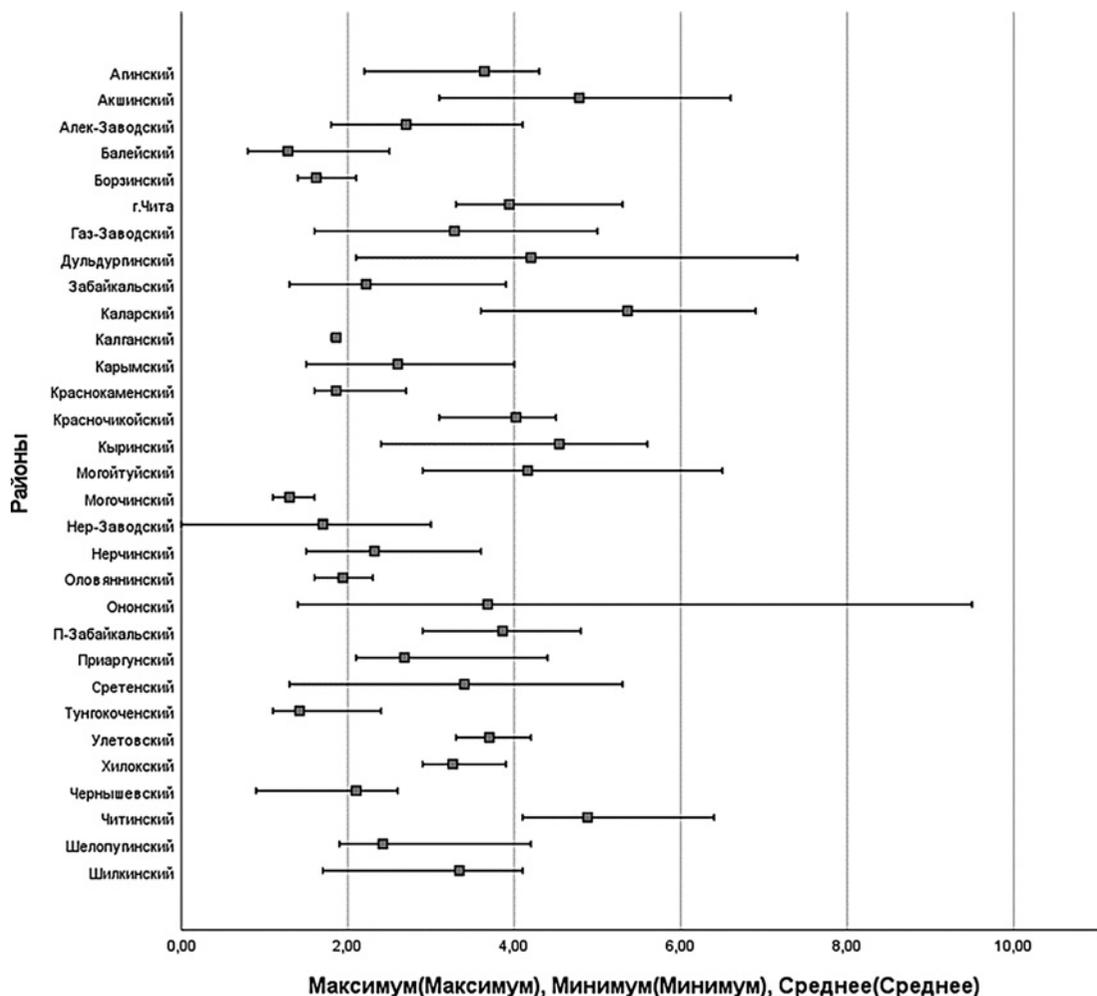


Рис. 3. Медианный уровень обеспеченности врачами-терапевтами участковыми в районах ЗК в 2018—2022 гг. (на 10 тыс. населения).

Таким образом, показатели обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и врачами-педиатрами участковыми различаются в разных муниципальных образованиях.

По результатам кластерного анализа муниципальных образований по показателю обеспеченности врачами-терапевтами участковыми за 2018—2022 гг. все районы субъекта были разделены на три кластера (рис. 6).

Так, в кластер 1 вошли районы с самыми низкими показателями, где средний уровень обеспеченности за 5-летний период составил 1,68 на 10 тыс. населения: Балейский, Борзинский, Калганский, Краснокаменский, Могочинский, Нерчинско-Заводский, Оловяннинский, Тунгокоченский, Чернышевский (табл. 1). В данный кластер вошли 29% муниципальных образований.

В кластер 2 вошли Александрово-Заводский, Газимуро-Заводский, Забайкальский, Карымский, Нерчинский, Ононский, Приаргунский, Сретенский, Ше-

лопугинский районы, где средний уровень обеспеченности врачами-терапевтами участковыми составляет 2,81 на 10 тыс. населения. В кластере 2 во всех муниципальных образованиях с 2019 г. отмечена положительная тенденция увеличения показателя (в 2,7 раза). Доля районов в кластере 2 составила 29%.

Максимальные значения показателя обеспеченности врачами-терапевтами участковыми зарегистрированы в кластере 3 — в среднем 4,13 на 10 тыс. населения (Агинский, Акшинский районы, г.

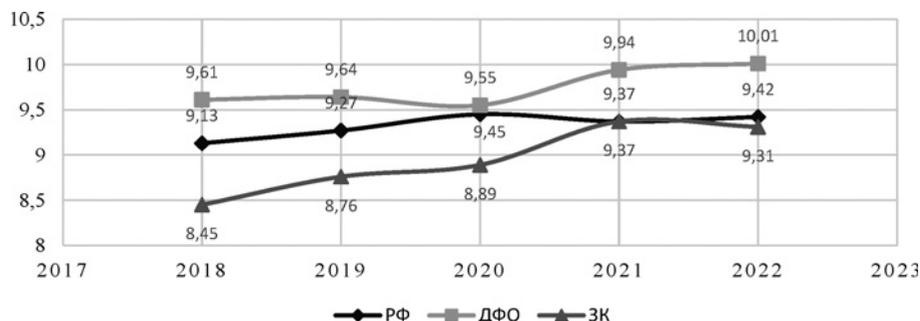


Рис. 4. Обеспеченность врачами-педиатрами участковыми в РФ, ДФО, ЗК в 2018—2022 гг. (на 10 тыс. населения).

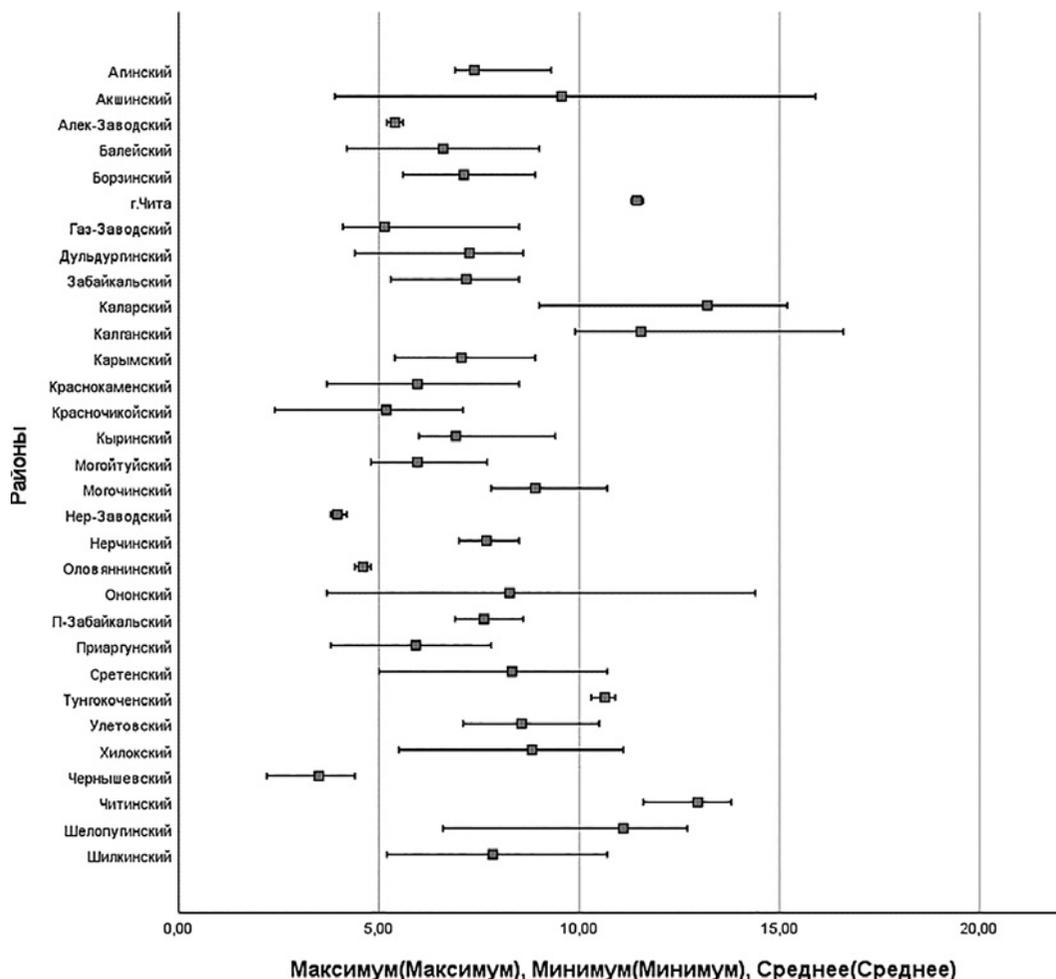


Рис. 5. Медианный уровень обеспеченности врачами-педиатрами участковыми в районах ЗК в 2018—2022 гг. (на 10 тыс. населения).

Чита, Дульдургинский, Каларский, Красночикоийский, Кыринский, Могойтуйский, Петровск-Забайкальский, Улетовский, Хилокский, Читинский, Шилкинский районы). Данный кластер представлен наибольшим числом районов — 42% от общего числа.

При проведении кластерного анализа по районам края по показателю обеспеченности врачами-

Таблица 1

Обеспеченность врачами-терапевтами участковыми и врачами-педиатрами участковыми за 2018—2022 гг., среднее значение в кластерах муниципальных образований (на 10 тыс. населения)

| Кластер | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. | 2022 г. | Среднее по кластеру |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------------------|
| Обеспеченность врачами-терапевтами участковыми | | | | | | |
| Кластер 1 | 1,76 | 1,82 | 1,58 | 1,37 | 1,86 | 1,68 |
| Кластер 2 | 2,04 | 1,79 | 2,31 | 3,02 | 4,89 | 2,81 |
| Кластер 3 | 4,21 | 3,99 | 3,88 | 3,85 | 4,71 | 4,13 |
| Среднее | 2,67 | 2,53 | 2,59 | 2,75 | 3,82 | — |
| Обеспеченность врачами-педиатрами участковыми | | | | | | |
| Кластер 1 | 4,99 | 5,45 | 6,35 | 4,80 | 5,29 | 5,38 |
| Кластер 2 | 7,56 | 7,86 | 6,91 | 9,21 | 8,30 | 7,97 |
| Кластер 3 | 11,63 | 11,15 | 11,97 | 12,25 | 12,07 | 11,81 |
| Среднее | 8,06 | 8,15 | 8,41 | 8,75 | 8,55 | — |

педиатрами участковыми за период 2018—2022 гг. все муниципалитеты были разбиты на три кластера (рис. 7).

В кластер 1 вошло 35,5% районов с минимальными значениями показателя обеспеченности врачами-педиатрами участковыми, в среднем показатель составил 5,38 на 10 тыс. населения (Александровский, Балейский, Газимуро-Заводский, Краснокаменский, Красночикоийский, Кыринский, Могойтуйский, Нерчинско-Заводский, Оловяннинский, Приаргунский, Чернышевский районы).

Кластер 2 составило наибольшее число районов (45,5% от общего числа): Агинский, Акшинский, Борзинский, Дульдургинский, Забайкальский, Карымский, Могочинский, Нерчинский, Ононский, Петровск-Забайкальский, Сретенский, Улетовский, Хилокский, Шилкинский, Приаргунский районы, где среднее значение показателя обеспеченности — 7,97 на 10 тыс. населения.

Кластер 3 составили муниципальные образования с максимальными значениями показателя обеспеченности врачами-педиатрами участковыми — 11,81 на 10 тыс. населения (г. Чита, Каларский, Калганский, Тунгокоченский, Читинский, Шелопугинский районы). Доля районов кластера 3 составила

Образование и кадры

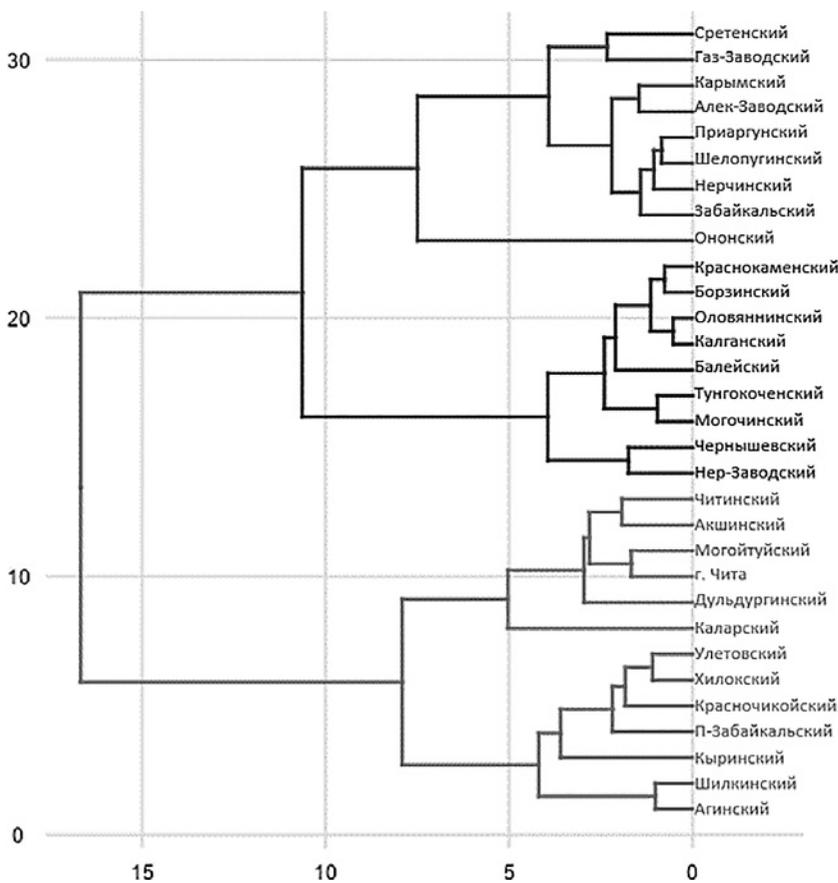


Рис. 6. Кластеры муниципальных образований края по уровню обеспеченности врачами-терапевтами участковыми в 2018—2022 гг.

19% от общего числа муниципальных образований.

При изучении распределения районов в разрезе кластеров по территории региона в большинстве случаев не выявлено закономерных особенностей. Вместе с тем высокие показатели обеспеченности врачами в северном районе региона (Каларский район), приравненном к территориям Крайнего Севера, обоснованы более высокими заработными платами, а также дополнительными мерами поддержки органа муниципального образования. Также высокий уровень обеспеченности врачами, оказывающими первичную врачебную медико-санитарную помощь в г. Чита и Читинском районе, обусловлен размещением медицинских организаций в краевом центре и рядом расположенном муниципальном образовании.

Одним из ключевых показателей, используемых для оценки кадровых ресурсов, выступает укомплектованность организации врачебными кадрами. Он является одним из основных показателей Национального проекта «Здравоохранение» [6]. В работе рассчитан показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами. В ЗК показатель укомплектованности врачами в

2022 г. составил 74,7%. В динамике за период 2018—2022 гг. отмечено его стабильное снижение, темп снижения составил 78,3%.

Согласно данным табл. 2, дефицит врачей, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь, сохраняется на протяжении анализируемого периода. Так, число должностей врачей-терапевтов участковых в среднем за период 2018—2022 гг. составило $435,59 \pm 27,2$, число занятых — $312,48 \pm 17,3$, число физических лиц — $229,6 \pm 12,9$.

Укомплектованность штатных должностей врачей-терапевтов участковых физическими лицами в медицинских организациях ЗК в 2022 г. составила 66,5%. В динамике показатель имеет волнообразный характер, максимальный в 2018 г. (76,7%), минимальный в 2022 г. (65,6%; рис. 8). В сравнении с аналогичным показателем по ДФО, показатель в ЗК ниже на 21%, по РФ — на 20%.

Среди врачей-педиатров участковых в исследуемом периоде также отмечается кадровый дефицит. Число должностей врачей-педиатров участковых в среднем с 2018 по 2022 г. состави-

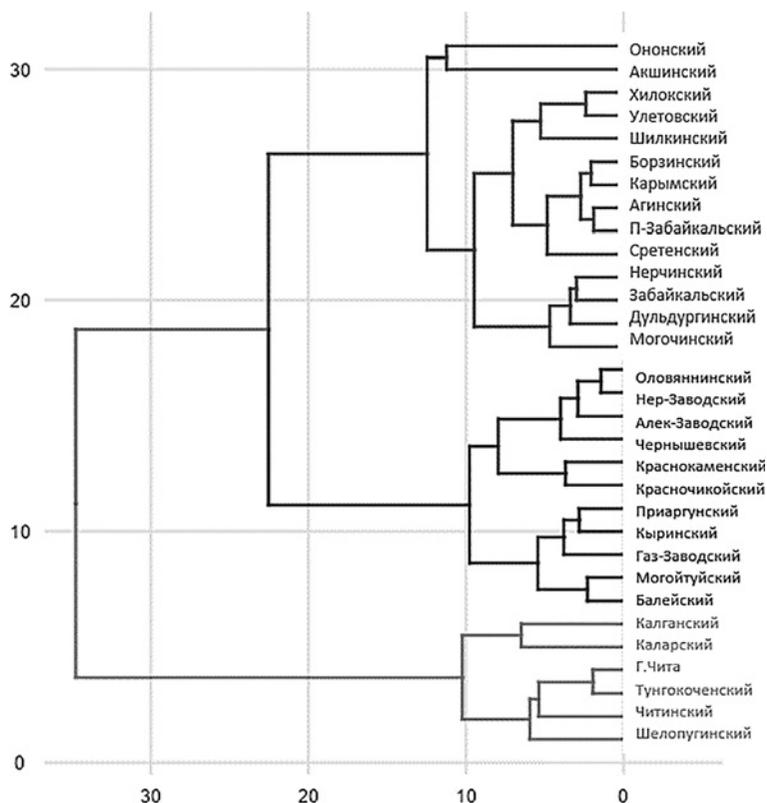


Рис. 7. Кластеры муниципальных образований края по уровню обеспеченности врачами-педиатрами участковыми за 2018—2022 гг.

Таблица 2

Число должностей согласно штатному расписанию, занятых должностей и физических лиц врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых в ЗК за 2018—2022 гг.

| Показатель | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. | 2022 г. |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Врачи-терапевты участковые | | | | | |
| По штатному нормативу | 330 | 468,5 | 475,2 | 466,75 | 437,5 |
| Занятых должностей | 245,9 | 345 | 330,75 | 324,5 | 316,25 |
| Физических лиц | 253 | 325 | 312 | 317 | 291 |
| Врачи-педиатры участковые | | | | | |
| По штатному нормативу | 286,75 | 458 | 449,5 | 451,25 | 435,25 |
| Занятых должностей | 254,5 | 407,75 | 402 | 402,75 | 376,75 |
| Физических лиц | 237 | 335 | 334 | 334 | 316 |

ло 416,15±32,5, число занятых — 368,75±29, физических лиц — 311,2±18,8.

Укомплектованность штатных должностей врачей-педиатров участковых физическими лицами в медицинских организациях субъекта в 2022 г. составила 72,6%. Динамика показателя носит волнообразный характер в разные периоды. Наименьший показатель зарегистрирован в 2022 г., а максимальный — в 2018 г. (рис. 9). В сравнении с аналогичным показателем по ДФО показатель в ЗК ниже на 19,8%, по РФ — на 20,5%.

Коэффициент совместительства с 2018 по 2022 г. у врачей-терапевтов участковых варьировал от 0,97 в 2018 г. до 1,09 в 2022 г. Для врачей-педиатров участковых аналогичный коэффициент за данный период составлял от 1,07 в 2018 г. до 1,19 в 2022 г. Со снижением уровня укомплектованности штатных должностей врачами-терапевтами участковыми фи-

зическими лицами отмечается увеличение коэффициента совместительства, при этом среди врачей-педиатров участковых в 2022 г. со снижением показателя укомплектованности произошло уменьшение уровня коэффициента совместительства.

Заключение

Повышение роли первичной медико-санитарной помощи, составляющей основу системы оказания медицинской помощи, — одно из важных направлений оптимизации здравоохранения. Данный вид помощи является самым массовым и обеспечивает первый контакт населения с системой здравоохранения. Стратегический ресурс отрасли здравоохранения, гарантирующий должный уровень доступной и качественной медицинской помощи, составляют врачебные кадры. Одной из ключевых задач, стоящих перед государством, является преодоление кадрового дефицита и дисбаланса в первичном звене здравоохранения.

В ЗК показатели обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и врачами-педиатрами участковыми остаются ниже показателей по ДФО и РФ. Наряду с этим отмечены значительные различия показателей обеспеченности врачами первичного звена здравоохранения в разрезе муниципальных образований края, что требует комплексного анализа причин проблем кадрового обеспечения на территории субъекта. Использование кластерного анализа иерархическим методом позволило систематизировать районы по уровню обеспеченности врача-

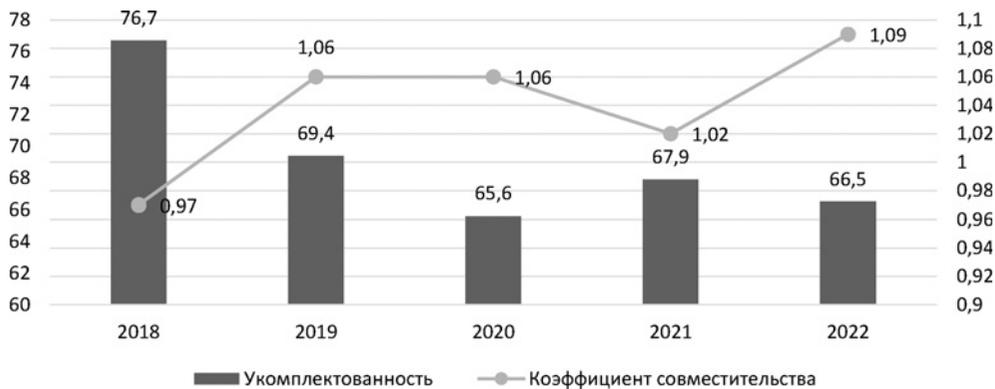


Рис. 8. Показатели укомплектованности штатных должностей врачей-терапевтов участковых физическими лицами (в %), коэффициенты совместительства в медицинских организациях ЗК.

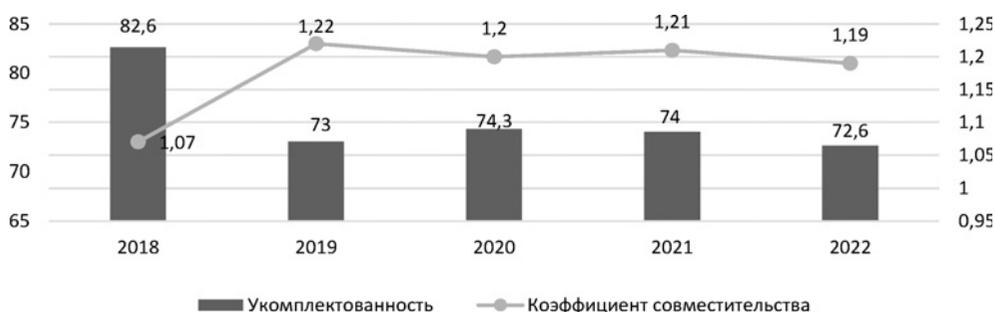


Рис. 9. Показатель укомплектованности штатных должностей врачей-педиатров участковых физическими лицами (в %), коэффициенты совместительства в медицинских организациях ЗК.

Образование и кадры

ми первичного звена с последующей их характеристикой. По медианному уровню показателя районы распределились неравномерно. Так, по уровню обеспеченности врачами-терапевтами участковыми наибольшая доля районов вошла в кластер с максимальными значениями показателя. По показателю обеспеченности врачами-педиатрами участковыми районы с максимальными значениями составили наименьшую долю. При изучении распределения районов в разрезе кластеров по территории региона в большинстве случаев не выявлено закономерных особенностей. Вместе с тем максимальные показатели обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и врачами-педиатрами участковыми в некоторых районах обусловлены более высоким уровнем заработных плат, расположением медицинских организаций в краевом центре и находящимся рядом с ним районе. Показатели укомплектованности штатных должностей врачей-терапевтов и врачей-педиатров участковых физическими лицами в медицинских организациях региона имеют тенденцию к снижению. Для решения задач по преодолению кадрового дефицита, диспропорций в структуре врачебных кадров, неравномерного географического распределения медицинских специалистов в регионе требуется совершенствование механизмов планирования кадровых ресурсов на уровне медицинских организаций, взаимодействия органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта, будущих работодателей и обучающихся в высших учебных медицинских учреждениях.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Ходакова О. В. Стратегические задачи высшего медицинского образования в решении проблемы восполнения дефицита врачебных кадров. В сб.: Актуальные проблемы образовательного процесса в высшей медицинской школе: от теории к практике. Чита; 2019. С. 4–12.
2. Ходакова О. В. Кадровое обеспечение врачами в первичном звене здравоохранения в России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023;67(6):463–70.
3. Вялкова Г. М. Состояние обеспеченности врачебными кадрами населения Российской Федерации в период 2000–2005 годов. *Экономика здравоохранения*. 2006;(10):11–3.
4. Власова О. В. Практические аспекты оценки обеспеченности кадрами учреждения здравоохранения. *Региональный вестник*. 2020;(3):92–4.
5. Беляев С. А. О проблеме дифференциации уровня обеспеченности врачами в регионах России. *Наука и практика регионов*. 2018;(4):30–5, 92–4.
6. Сененко А. Ш., Савченко Е. Д. Кадровое обеспечение медицинской профилактики. Часть 2. Кадровые ресурсы центров медицинской профилактики. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(1):335–52.
7. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Латышова А. А., Левахина Ю. С., Несветайло Н. Я., Огрызко Е. В., Поликарпов А. В., Шелепова Е. А. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть 1. Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ; 2023. 285 с. ISBN 978-5-94116-124-9
8. Брага К. О. Мурашко рассказал о дефиците кадров в здравоохранении. РИА Новости. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-nazval-realnyi-deficit-vrachei-v-Rossii.html> (дата обращения 23.11.2022).

9. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Латышова А. А., Несветайло Н. Я., Огрызко Е. В., Поликарпов А. В., Шелепова Е. А. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ; 2021. 284 с. ISBN 978-5-94116-053-2
10. Александрова Г. А., Голубев Н. А., Тюрина Е. М., Огрызко Е. В., Шелепова Е. А., Поликарпов А. В. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ; 2020. 283 с.
11. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Латышова А. А., Несветайло Н. Я., Огрызко Е. В., Поликарпов А. В., Шелепова Е. А. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ; 2022. 285 с. ISBN 978-5-94116-095-2
12. Лавринайтис Е. Г., Кандеева А. А. Деятельность и ресурсы организаций здравоохранения Забайкальского края. Чита; 2023. 78 с.
13. Режим доступа: <https://www.chitazdrav.ru/node/4245>

Поступила 29.04.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Khodakova O. V. Strategic objectives of higher medical education in solving the problem of filling the shortage of medical personnel. In: Actual problems of the educational process in higher medical school: from theory to practice. Chita; 2019. P. 4–12 (in Russian).
2. Khodakova O. V. Staffing of doctors in primary health care in Russia. *Healthcare of the Russian Federation*. 2023;67(6):463–70 (in Russian).
3. Vyalkova G. M. The state of provision of medical personnel to the population of the Russian Federation in the period 2000–2005 *The economics of healthcare*. 2006;(10):11–3 (in Russian).
4. Vlasova O. V. Practical aspects of assessing the staffing of a healthcare institution. *Regional Bulletin*. 2020;(3):92–4 (in Russian).
5. Belyaev S. A. On the problem of differentiation of the level of provision of doctors in the regions of Russia. *Science and practice of the regions*. 2018(4):30–5, 92–4 (in Russian).
6. Senenko A. Sh., Savchenko E. D. Staffing of medical prevention part 2. Human resources of medical prevention centers. *Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2020;(1):335–52 (in Russian).
7. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Alexandrova G. A., Golubev N. A., Latyshova A. A., Levakhina Y. S., Nesvetailo N. I., Ogryzko E. V., Polikarpov A. V., Shelepova E. A. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1. Medical personnel: statistical materials. Moscow: Central Research Institute of the Ministry of Health of Russia; 2023. 285 p. ISBN 978-5-94116-124-9 (in Russian).
8. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Murashko-nazval-realnyi-deficit-vrachei-v-Rossii.html> (accessed 11/23/2022) (in Russian).
9. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Alexandrova G. A., Golubev N. A., Latyshova A. A., Nesvetailo N. Ya., Ogryzko E. V., Polikarpov A. V., Shelepova E. A. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1. Medical personnel: statistical materials Moscow: Central Research Institute of the Ministry of Health of Russia; 2021. 284 p. ISBN 978-5-94116-053-2 (in Russian).
10. Alexandrova G. A., Golubev N. A., Tyurina E. M., Ogryzko E. V., Shelepova E. A., Polikarpov A. V. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1. Medical personnel: statistical materials. Moscow: Central Research Institute of the Ministry of Health of Russia; 2020. 283 p. (in Russian).
11. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Alexandrova G. A., Golubev N. A., Latyshova A. A., Nesvetailo N. Ya., Ogryzko E. V., Polikarpov A. V., Shelepova E. A. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1. Medical personnel: statistical materials. Moscow: Central Research Institute of the Ministry of Health of Russia; 2022. 285 p. ISBN 978-5-94116-095-2 (in Russian).
12. Lavrinaitis E. G., Kandeeva A. A. Activities and resources of healthcare organizations of the Trans-Baikal Territory. Chita; 2023. 78 p. (in Russian).
13. Available at: <https://www.chitazdrav.ru/node/4245> (in Russian).

Сафонов А. Л., Долженкова Ю. В., Некипелова Д. В., Шеожев Х. В.

РЕСУРСНО-КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

В последние несколько лет в России как пилотный проект развивается система долгосрочного ухода. Главной ее целью является поддержание привычного образа жизни граждан пенсионного возраста и инвалидов, у которых наблюдаются функциональные нарушения и которым необходима помощь в бытовых делах, выполнении санитарно-гигиенических процедур, приеме лекарственных средств, выполнении медицинских процедур и соблюдении назначений лечащего врача в целом. Согласно утвержденной Типовой модели системы долгосрочного ухода, основными источниками оказания услуг долгосрочного ухода являются система социального обеспечения, система здравоохранения, родные и близкие получателей услуг. Однако полноценная и системная реализация программы требует не только определения этих компонентов, но и налаживания механизма взаимодействия между ними, для чего в большинстве случаев требуется устранение нормативных несоответствий, препятствующих заботе и учету интересов граждан старших возрастов и инвалидов. Вместе с тем необходимо предусмотреть вопрос кадрового обеспечения системы долгосрочного ухода, поскольку данная сфера является трудозатратной и основана на взаимодействии людей, модели помощи «человек—человеку». Проблемы кадровой обеспеченности медицинской и социальной сферы присутствовали и ранее, до развития системы долгосрочного ухода, и без их устранения не получится реализовать программу в соответствии с утвержденной дорожной картой. Обучение врачей специализированных направлений работы с пожилыми людьми, подготовка младшего медицинского персонала для выполнения санитарно-гигиенических и медицинских процедур, обеспечение социальными и медицинскими кадрами сельской местности, — все это задачи, которые следует решить. В статье проведена оценка соответствия компонентов системы долгосрочного ухода задачам, поставленным программой, в том числе кадровой обеспеченности и соответствия действующих нормативов интересам граждан.

Ключевые слова: система долгосрочного ухода; долгосрочный уход; социальные услуги, пенсионеры, инвалиды, реабилитация, медицинские кадры, социальные работники.

Для цитирования: Сафонов А. Л., Долженкова Ю. В., Некипелова Д. В., Шеожев Х. В. Кадровое обеспечение системы долгосрочного ухода в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):1006—1012. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1006-1012>

Для корреспонденции: Некипелова Дарья Валерьевна, канд. экон. наук, старший научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, e-mail: dvnekipelova@fa.ru

Safonov A. L., Dolzenkova Yu. V., Nekipelova D. V., Sheozhev H. V.

THE PERSONNEL SUPPORT OF THE LONG-TURN CARE SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION

The Federal State Educational Budget Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125993, Moscow, Russia

In Russia, over the past few years, long-term care system is developing as pilot project. Its main goal is to maintain habitual lifestyle of citizens of retirement age and the disabled who have functional impairments and who need help in household chores, sanitary hygienic procedures performance, medications intake, medical procedures execution and and physician prescriptions following in general. According to approved standard model of long-term care main sources of long-term care services are social security system, health care system, relatives and friends of service addressees. However, full-fledged and systemic implementation of program requires not only definition of these components, but also establishment of mechanism of interaction between them. For this, in most cases, elimination of normative inconsistencies impeding care and consideration of interests of elder citizens and the disabled is required. At the same time, it is necessary to foresee personnel staffing for long-term care, since this area is labor-intensive and is based on people interaction, model of person-to-person care. The problems with personnel staffing in medical and social sphere were present earlier, prior to development of long-term care system and without their elimination it is impossible to implement program in accordance with approved road-map. The training of medical specialists to working with older people, training of junior medical personnel to perform sanitary hygienic and medical procedures, provision with social and medical personnel rural areas are among tasks to be implemented. The article presents evaluation of compliance of components of long-term care system with program tasks, including medical personnel staffing and compliance of standards in force with interests of citizens.

Key words: long-term care system; social services; pensioners; the disabled; rehabilitation; medical personnel; social workers.

For citation: Safonov A. L., Dolzenkova Yu. V., Nekipelova D. V., Sheozhev H. V. The personnel support of the long-term care system in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(5):1006–1012 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1006-1012>

For correspondence: Nekipelova D. V., candidate of economical sciences, the Senior Researcher of the Institute of Regional Economics and Inter-Budget Relations of the Federal State Educational Budget Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: dvnekipelova@fa.ru

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

Acknowledgment. The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University.

Введение

В последнее время в демографической структуре наблюдается рост численности граждан старше трудоспособного возраста [1]. Такие структурные сдвиги заставляют задумываться о будущем общества и о социально-экономических вызовах, которые несет такая тенденция. В первую очередь, очевидно, вырастет нагрузка на сферу социального обеспечения и здравоохранения. Поскольку с возрастом потребность в социальной поддержке и наиболее частом обращении к медицинской помощи увеличивается, необходимо оценить готовность этих систем к существующим демографическим вызовам.

По мере старения организма у пожилых людей растут функциональные ограничения, в том числе связанные с возраст-ассоциированными болезнями, поэтому гражданам в пенсионном возрасте может потребоваться дополнительная помощь в выполнении привычных бытовых задач, а некоторым — специализированная помощь и медицинский уход [2]. На качество жизни в пенсионном возрасте влияет множество факторов: образ жизни, качество продуктов питания, экология, характер трудовой деятельности, индивидуальные особенности организма, генетическая предрасположенность и др. [3] Однако ряд исследований свидетельствует о том, что немаловажное значение имеют социально-экономические факторы. Именно поэтому продолжительность здоровой жизни после достижения пенсионного возраста и распространенность возраст-ассоциированных заболеваний варьируют в разных странах [4]. В России на государственном уровне в рамках реализации Федерального проекта Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография» поставлена цель увеличения средней продолжительности жизни до 78 лет, а здоровой продолжительности жизни — до 67 лет. В соответствии с этой целью для граждан старше трудоспособного возраста организованы прохождение профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинация, создание гериатрических центров, геронтологических отделений и кабинетов. Расширяются возможности для включения лиц старшего поколения в социальную среду, участия их в культурных и спортивных мероприятиях¹.

Одним из важнейших пунктов федеральной программы является создание и развитие системы длительного ухода (СДУ), которая нацелена на предоставление необходимой помощи пожилым гражданам и инвалидам, позволяющей поддерживать их здоровье, функциональность, социализацию и психоэмоциональное состояние. В соответствии с Типовой моделью, утвержденной Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Феде-

рации в 2024 году Типовой модели системы длительного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», СДУ включает в себя три компонента или источника оказания услуг длительного ухода (ДУ): систему социального обслуживания, систему здравоохранения и родных и близких получателей услуг по уходу. При этом основой функционирования СДУ является межведомственное взаимодействие. Вместе с тем стоит задача интегрировать неформальный родственный уход в СДУ. Программа имеет три направления: оказание социальных услуг и медицинской помощи на дому в привычных для человека условиях, полустационарный уход и уход в условиях стационара. Форма обслуживания и перечень необходимых услуг определяются в соответствии с индивидуальными потребностями гражданина и фиксируются в индивидуальном плане оказания услуг ДУ. Учитывая, что СДУ развивается в нашей стране только с 2018 г., необходимо понимать, отвечают ли государственные структуры, такие как система социального обеспечения и здравоохранения, ее задачам. Одним из самых существенных вопросов развития СДУ является кадровое обеспечение социальной и медицинской сферы, ведь по мере роста численности населения, которому требуется помощь, будет возрастать и спрос на социальные и медицинские услуги [5]. Как правило, такие услуги оказываются по модели «человек — человеку», что придает дополнительную специфику такой деятельности, поскольку работа с самыми уязвимыми категориями граждан, к которым относятся пенсионеры по старости и инвалидность, требует особого подхода, что должно выражаться в создании специализированной системы подготовки и подбора персонала. Кроме того, должны быть оптимизированы существующие регламенты оказания социальной и медицинской помощи таким гражданам, устранены межведомственные противоречия и налажен целостный механизм работы, что позволит избежать возникновения ситуаций «перекаладывания» ответственности с ведомства на ведомство, когда заложниками таких ситуаций оказываются самые уязвимые граждане нашего общества — старики и инвалиды.

Материалы и методы

Анализ выполнен на основе метода контент-анализа. Проанализированы релевантные нормативно-правовые документы, данные статистики, исследования и публикации по соответствующей тематике. Методы исследования — контент-анализ, факторный анализ, сводка и группировка, метод сравнения и экстраполяции.

Результаты исследования

СДУ ставит своей целью объединение трех звеньев для создания комплексной системы поддержки и ухода за гражданами с нарушениями автономности. Однако если оценивать структуру предоставления инвалидам услуг, соответствующих длительному уходу, по источникам, то можно увидеть,

¹ Национальный проект «Старшее поколение». Режим доступа: https://национальныепроекты.пф/projects/demografiya/starshee_pokolenie

Т а б л и ц а 1
Источники получения инвалидами медицинских и санитарно-гигиенических процедур на дому в 2023 г. (в %) [6]

| Источник (один или несколько) | Все респонденты | В том числе | |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|
| | | проживают в городе | проживают в сельской местности |
| Лечащий врач | 7,7 | 8 | 7,1 |
| Медицинская (патронажная сестра) | 26,5 | 31 | 17,6 |
| Знакомый медицинский работник | 13,6 | 11,8 | 17,1 |
| Социальный работник | 6,8 | 5,3 | 9,7 |
| Родные | 68,4 | 64,5 | 76,1 |

насколько неравномерно в настоящее время распределяется такая нагрузка (табл. 1).

Как показывают данные статистики, на сегодняшний день самым распространенным источником оказания услуг по уходу являются родственники (по данным в 2023 г., 68,4% опрошенных указали данный источник), в сельской местности этот источник еще более распространен (по данным в 2023 г., 76,1%). На долю социальных служб приходится только 6,8%, при этом в сельской местности показатель составляет 9,7%, что свидетельствует о большей распространенности в сельской местности помощи социальных служб. Представители системы здравоохранения также неравномерно участвуют в оказании долговременной помощи. Так, лечащий врач принимал участие в долговременной помощи только 7,7% респондентов, знакомый медицинский работник — 13,6%, медицинская сестра — 26,5%. Следует отметить, что помощь от знакомого медицинского работника наиболее распространена в сельской местности, а от медицинской (патронажной) сестры — в городской местности: 31% в городе и 17,6% на селе. Таким образом, можно отметить, что необходимую недополученную помощь по уходу со стороны системы здравоохранения и социального обеспечения компенсируют родные получателей услуг по ДУ. В то же время мы видим, что на систему здравоохранения ложится повышенная нагрузка по сравнению с системой социального обеспечения. Довольно низкий охват социальным обслуживанием наблюдается и в отношении граждан

старше трудоспособного возраста. Так, по данным Росстата, только 2% таких граждан состоят на учете и обслуживаются в органах социальной защиты населения, 97,3% на социальном обслуживании не состоят. При этом среди тех, кто не состоит на социальном обеспечении, большинство граждан испытывают различной степени физические ограничения, от незначительных до характеризующихся полной потерей мобильности (т. е. полностью прикованы к постели; табл. 2).

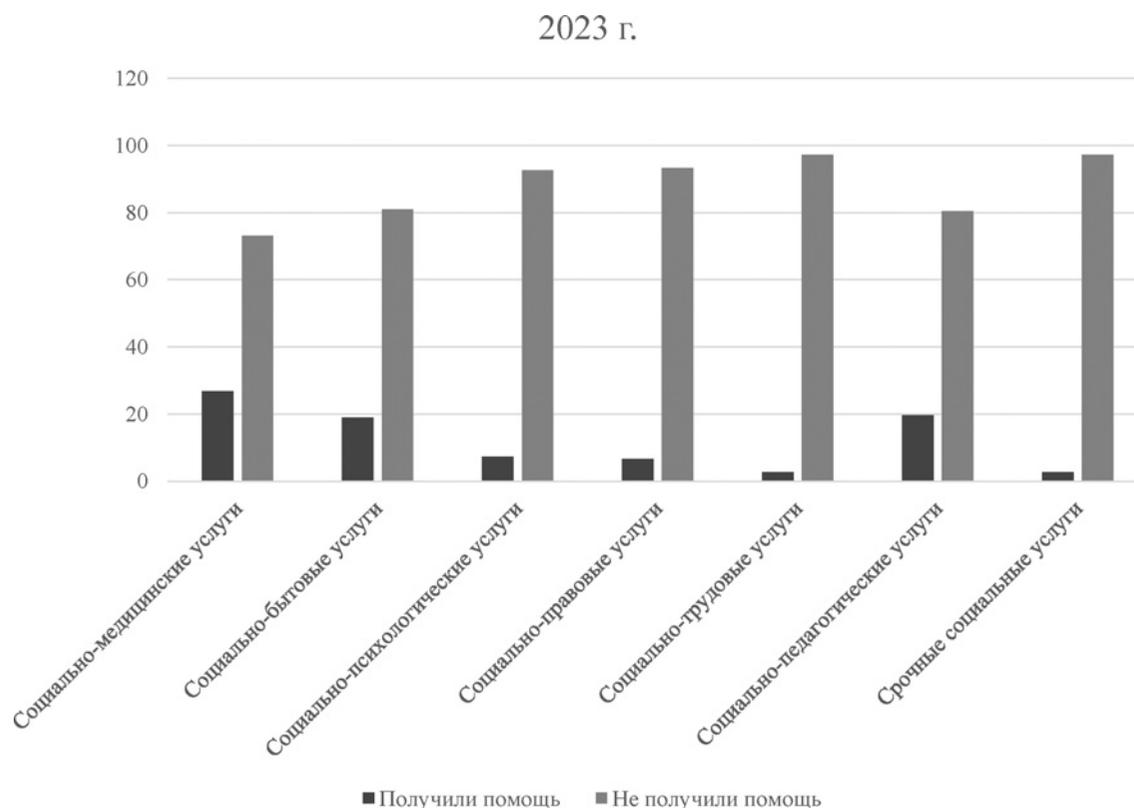
Таким образом можно полагать, что следствием низкого охвата социальным обслуживанием является не отсутствие спроса на него, а иные причины. При этом интересен факт, что 98,1% лиц старше трудоспособного возраста отмечают, что не нуждаются в предоставлении социальных услуг органами социальной защиты.

СДУ предполагает предоставление нуждающемуся в уходе гражданину «социального пакета долговременного ухода», включающего в себя оказание социальных услуг по уходу, к числу которых в основном относятся социально-бытовые и социально-медицинские услуги. Социальный пакет по уходу предоставляется по линии социальной службы, а система здравоохранения обеспечивает предоставление медицинской помощи в рамках государственной системы медицинского страхования, т. е. на бесплатной основе. Согласно данным статистики, потребность в таких услугах со стороны лиц старше трудоспособного возраста и инвалидов достаточно высока. Так, среди одиноко проживающих инвалидов старше трудоспособного возраста, нуждающихся в социальном обслуживании, 84,5% нуждаются в социально-бытовых услугах (уборка, приготовление пищи, покупка продуктов питания, оплата счетов, покупка медикаментов и т. д.), а 54,1% — в социально-медицинском обслуживании (доврачебная медицинская помощь, медицинские и санитарно-гигиенические процедуры, организация ухода и наблюдения). При этом существует достаточно высокий показатель неполучения необходимой помощи теми, кому она необходима, причем по всем видам социальных услуг (см. рисунок).

Т а б л и ц а 2

Охват социальным обслуживанием лиц старше трудоспособного возраста в 2023 г. (в %) [7]

| Показатель | Лица старше трудоспособного возраста, всего | Из них имеют установленную группу инвалидности | Из общего числа лиц старше трудоспособного возраста — по наличию ограничений в осуществлении обычной деятельности (трудности в передвижении, ослабленное зрение или слух) | | | |
|--|---|--|---|---------------------------------------|--------------------------------|---|
| | | | не испытывают никаких ограничений | испытывают незначительные ограничения | испытывают сильные ограничения | почти или полностью прикованы к постели |
| Всего лиц старше трудоспособного возраста | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| В том числе: | | | | | | |
| состоят на учете и обслуживаются в органах социальной защиты населения | 2,5 | 8,4 | 0,7 | 3,6 | 16,1 | 5,6 |
| состояли на учете в органах социальной защиты населения, но в настоящее время не обслуживаются | 0,4 | 1,9 | 0,2 | 0,5 | 1,4 | 1,7 |
| состоят на очереди на обслуживание в органах социальной защиты населения | 0,4 | 0,6 | 0,3 | 0,4 | 0,9 | 0,5 |
| не состоят на социальном обслуживании в органах социальной защиты населения | 96,7 | 89 | 98,8 | 95,4 | 81,6 | 92,2 |



Получение инвалидами социальной помощи по видам социальных услуг среди тех, кто нуждался в такой помощи (в %) [8].

С одной стороны, объективно мы наблюдаем потребность в помощи у лиц старших возрастов и инвалидов, а с другой — нежелание обращаться за этой помощью в компетентные органы социальной защиты населения, в крайне редких случаях — отказ от оказания социальных услуг. Причинами этого могут являться различные проблемы в социальной сфере, одной из которых, как видится авторам, является кадровое обеспечение. Так, в 2022 г. численность занятых в области здравоохранения и социальных услуг составила 4443 тыс. человек, или 6,2% в общей структуре занятости, из них 2184 тыс. составили работники здравоохранения и 2259 тыс. — работники социальной сферы (табл. 3).

Последние опубликованные данные Росстата свидетельствуют о средней нагрузке при оказании социальных услуг на одного социального работника 8,5 человека и 6,3 человека при оказании социально-медицинского обслуживания на дому, при этом отмечена тенденция к повышению средней нагрузки и сокращению численности социальных работников [11, 12].

Вопросы подготовки и обеспечения кадрами СДУ отражены и в различных нормативных документах. Так, в соответствии с Типовой моделью СДУ, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания граждан организует обучение работников, участвующих в организации и оказании социальных услуг по уходу (помощники по уходу, организаторы ухода), а также обеспечивающих функционирование системы долговременного ухода (эксперты по оценке нуждаемости, работники регионального и территориальных координационных центров) по программам дополнительного профессионального образования (программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки). Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2023 № 482нВ утвержден профессиональный стандарт «Помощника по уходу», который включает выполнение обязанностей помощи в быту, выполнение санитарно-гигиенических процедур и наблюдение за состоянием здоровья подопечных лиц. В профильных вузах страны суще-

Таблица 3

Численность работников здравоохранения и социальной сферы в 2017—2022 гг. [9, 10]

| Показатель | 2017 г. | 2018 г. | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. | 2022 г. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Численность занятых в области здравоохранения и социальных услуг, тыс. человек | 4450,3 | 4404,0 | 4400,0 | 4396,0 | 4448,7 | 4443,0 |
| Удельный вес, % | 6,2 | 6,2 | 6,2 | 6,3 | 6,3 | 6,2 |
| Численность врачей, тыс. человек | 697,1 | 703,7 | 714,6 | 737,4 | 741,9 | 744,1 |
| Численность среднего медицинского персонала, тыс. человек | 1525,2 | 1491,4 | 1491,3 | 1490,5 | 1467,6 | 1439,9 |
| Численность работников социальной сферы (по остаточному принципу) | 2228 | 2208,9 | 2194,1 | 2168,1 | 2239,2 | 2259 |

ствуют программы переподготовки по направлению «Сиделка (помощник по уходу)»². При этом разные авторы отмечают необходимость повышения престижа социальных работников и обеспечение достойной оплаты труда социальных работников. Отдельные исследования показывают, что в настоящее время выпускники вузов профильных направлений не проявляют интереса к трудоустройству даже при наличии большого количества вакансий, выбирают более высокооплачиваемые рабочие места, не желают возвращаться в периферийные районы, а хотят быть занятыми в региональных центрах [13]. При этом зачастую социальным работникам приходится выполнять обязанности, не предусмотренные их должностными инструкциями, чаще всего к ним относятся услуги медико-санитарного характера, для оказания которых у социальных работников может не хватать соответствующих навыков и компетенций [14].

Кроме того, работа социального работника, помощника по уходу имеет профессиональную специфику, выражающуюся в повышенных психологических нагрузках, ненормированности рабочего дня, необходимости соблюдения индивидуального подхода. Им приходится часто перемещаться, условия жизни получателей социальных услуг могут варьировать, что сказывается на условиях работы, они сталкиваются с различным спектром заболеваний, следствием которых нередко являются расстройства психики, также им приходится взаимодействовать с родственниками подопечных, все это может приводить к субъективному ощущению несоответствия эмоциональных затрат и вознаграждения за труд [15].

Проблема кадровой обеспеченности характерна и для сферы здравоохранения, основными тенденциями здесь являются нерациональное распределение нагрузки, дисбаланс количества врачей различных направлений (диагностики и лечебного профиля), нарушенное воспроизводство кадров, отток специалистов и т. д. [16].

В то же время необходима и адаптация системы здравоохранения к нуждам возрастных пациентов и инвалидов. В настоящее время существует определенная неудовлетворенность данных категорий граждан услугами системы здравоохранения; в частности, пенсионеры по старости часто не получают необходимой помощи и внимания к своим проблемам со стороны медицинских работников, не могут попасть на прием к необходимым специалистам из-за недоукомплектованности персоналом или отсутствия доступной среды для обращения в медицинскую организацию (транспортная удаленность, трудности с записью на прием, длительные интервалы ожидания), что в итоге приводит к необращению данной категории граждан к врачам [17]. Согласно результатам выборочного наблюдения по полу-

чению инвалидами всех возрастов первичной медицинской помощи, 16,1% не в полной мере удобен график работы врачей и служб медицинской организации (в сельской местности — 19,3%). Это обусловлено занятостью инвалидов, поскольку 28,2% не могут попасть на прием в рабочее время (на селе — почти 38,9%) по причине того, что прием пациентов не осуществляется после 15:00. Более 40% инвалидов указывают, что в медицинской организации отсутствуют или долгое время не ведут прием специалисты нужного профиля, на селе этот показатель составляет 50,5% [18].

Немаловажным в вопросе эффективного функционирования СДУ является организация специализированных направлений в медицине, отвечающих потребностям пожилых граждан, к которым относятся прежде всего гериатрия и геронтология. Гериатрия как частный раздел геронтологии занимается изучением и лечением болезней старческого возраста и предусматривает особый подход к пожилым пациентам. Однако в настоящее время амбулаторно-поликлиническая помощь лицам пожилого возраста оказывается в рамках общей системы медицинского обслуживания взрослого населения и осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 03.12.2019) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» направление к врачу-гериатру может получить пациент при самостоятельном обращении к врачу-терапевту и получении от него направления. Основанием для выдачи направления является диагностика старческой астении, на которую, по оценкам специалистов, требуется около 1,5 ч [19], а регламентированное время первичного приема одного пациента в соответствии с Приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» оставляет не более 15 мин. Гериатрическая помощь оказывается пациентам пожилого (60—74 года) и старческого (75 лет и старше) возраста, а также пациентам иного возраста при выявлении старческой астении. Геронтологи занимаются только информационно-образовательным сопровождением пожилых людей. Гериатры умеют работать с состояниями, которые у терапевтов и других узких специалистов вызывают сложности: деменция, артериальная гипертензия, полиморбидность (более пяти хронических болезней) и полипрагмазия (когда пациент принимает пять и более лекарств).

Однако отмечено, что положительного результата можно достичь только при организации прием-

² Программа профессиональной подготовки по должности служащего. Режим доступа: <https://rsmu.ru/academics/prof-edu/sidelka-pomoshchnik-po-ukhodu>

Т а б л и ц а 4

Количество стационарных организаций социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (в абс. ед.) [23]

| Вид стационарной организации | Год | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Геронтологические центры | 32 | 31 | 30 | 30 | 28 | 27 | 28 | 30 | 30 | 32 | 33 | 31 | 32 |
| Геронтопсихиатрические центры | — | — | — | — | — | — | — | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 6 |

П р и м е ч а н и е. Составлено авторами по данным Росстата.

ственности ведения пожилого пациента и взаимодействия между системами социальной и медицинской помощи, а также обеспечения его комплексного сопровождения [20—22].

При развитии геронтологии как направления в медицине следует учитывать и интересы людей пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, поскольку в настоящее время в населенных пунктах численностью менее 100 человек первичная медико-санитарная помощь оказывается силами мобильных бригад не реже 2 раз в год. Если численность населения старше трудоспособного возраста в таких населенных пунктах более 40%, могут быть организованы фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты. Однако едва ли такой подход может обеспечить потребности пожилых людей в оказании долговременного патронажа. В сельской местности целесообразно развивать специализированные гериатрические мобильные бригады, а также формализовывать родственный уход.

Всего в 2022 г. в нашей стране было 32 геронтологических центра и еще шесть геронтопсихиатрических центров (табл. 4), т. е. один геронтологический центр на 1,1 млн человек старше трудоспособного возраста.

Согласно нормативам Минздрава России, гериатрический кабинет рекомендуется организовывать в медицинской организации при численности прикрепленного населения пожилого и старческого возраста не менее 20 тыс. человек, также на 20 тыс. человек по нормативу приходится один врач-гериатр. Исходя из численности населения старше трудоспособного возраста около 35,3 млн в 2023 г., необходимо минимум 1700 врачей-гериатров. При этом, по данным исследований портала для поиска работы и публикации вакансий HeadHunter, врачи-гериатры и геронтологи являются самыми дефицитными врачебными специальностями: в начале 2023 г. на одну вакансию приходилось 0,1 резюме³.

Заключение

Проведенный анализ показал низкий охват социальным обслуживанием пожилых пациентов и инвалидов, а также их неудовлетворенность медицинским обслуживанием, что приводит к необращению

данной категории граждан за помощью. При этом нельзя сказать о низком спросе с их стороны на такие услуги. В дальнейшем на фоне роста доли населения старше трудоспособного возраста в демографической структуре спрос на социальных и медицинских работников будет только возрастать, а существующее несоответствие в нормативной документации — препятствовать их работе по оказанию социально-медицинской помощи гражданам, у которых в ней есть потребность. Очевидно, что для системной реализации программы долговременного ухода необходимо организовать преемственность ведения возрастных пациентов, внедрять принципы особого отношения к ним, устранение системных препятствий для получения ими необходимой помощи. Все это должно выразиться в разработке программ подготовки социальных и медицинских работников, учитывающих данную специфику. Вместе с тем необходимо помнить, что в условиях серьезной конкуренции за кадры одним из решающих факторов комплектования медицинских и социальных учреждений является достойный уровень оплаты труда.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхлеб В. Г. Демографическое старение в России и новая социальная реальность. *Народонаселение*. 2022;(2):66—76.
2. Nagarkar A., Gadkari R., Kulkarni S. Correlates of Functional Limitations in Midlife: A Cross-Sectional Study in Middle-Aged Men (45-59 Years) from Pune. *J. Midlife Health*. 2020 Jul-Sep;11(3):144—8.
3. Bonsdorff M. B., Rantanen T. Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach. *Eur. Rev. Aging Phys. Act*. 2011;8:23—30.
4. Rueda-Salazar S., Spijker J., Devolder D. Functional Limitations among European Older Adults: Cross-Country Differences in Health Improvements and Social Environment Influence. *J. Frailty Aging*. 2022;11:378—86.
5. Шестаков М. А. Спрос на социальные услуги: оценка, анализ и прогнозирование. *Экономика, предпринимательство и право*. 2023;13(2): 6035—58.
6. Получение и нуждаемость в получении на дому медицинских и санитарно-гигиенических процедур. Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.24_2015-2023.xlsx (дата обращения 13.05.2024).
7. Охват социальным обслуживанием, формы его получения и причины неполучения. Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/sp_3.8.8_2021-2023.xlsx (дата обращения 13.05.2024).
8. Получение и нуждаемость в получении социальной помощи. Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.28_2015-2023.xlsx (дата обращения 13.05.2024).
9. Среднегодовая численность занятых по видам экономической деятельности с 2017 года (ОКВЭД2). Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/05-05_2017-2022.xls (дата обращения 13.05.2024).

³ Гериатры возглавили рейтинг самых дефицитных врачебных специальностей в России. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Geriatriy-vozglavili-reiting-samyh-deficitnyh-vrachebnyh-specialnostei-v-Rossii.html>

10. Численность медицинских кадров. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdr1-3.xlsx> (дата обращения 13.05.2024).
11. Центры и отделения социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-1.doc> (дата обращения 13.05.2024).
12. Специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-2.doc> (дата обращения 13.05.2024).
13. Нефедьева Е. И., Тугарина З. Н. Профессиональная реализация выпускников специальности "Социальная работа" (по результатам социологического исследования). *Известия БГУ*. 2018;(4):602—15.
14. Мартыненко А. В., Королев М. А. Социальные работники о совершенствовании медико-социальной помощи в организациях социального обслуживания населения. *Социальная политика и социология*. 2021;20(3):118—25.
15. Профессиональные риски социальных работников и рекомендации по минимизации их негативных последствий КГБУ «Ванинский комплексный центр социального обслуживания населения» 20.04.2019 (ОКВЭД2). Режим доступа: <https://kcsn-van.mszn27.ru/node/61363> (дата обращения 13.05.2024).
16. Ясакова А. Р., Шестакова Е. В. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения. *Проблемы Науки*. 2017;(38):120.
17. Новокрещенова И. Г., Новокрещенов И. В., Сенченко И. К. Амбулаторно-поликлиническая помощь лицам пожилого и старческого возраста. *Клиническая геронтология*. 2017;(3-4):13—8.
18. Получение инвалидами всех возрастов первичной медицинской помощи Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.25_2015-2023.xlsx (дата обращения 15.05.2024).
19. Хорошина Л. П. Развитие гериатрии в современной России — шаг вперед, два шага назад. *Медицина и организация здравоохранения*. 2019;(4):35—44.
20. Ткачева О. Н., Рунжихина Н. К., Бабенко И. В. Современная гериатрия для врачей первичного звена здравоохранения: Методическое пособие. М.: Прометей; 2021. 174 с.
21. Хорькова О. В., Карасаева Л. А. Нерешённые проблемы в системе оказания медико-социальной помощи инвалидам пожилого возраста. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;(4):172—5.
22. Сквирская Г. П., Сон И. М., Сененко А. Ш., Шляфер С. И., Гажева А. В., Леонов С. А. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации. *Менеджер здравоохранения*. 2018;(1):27—34.
23. Стационарные организации социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей). Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2-9_2022.xlsx (дата обращения 15.05.2024).
24. Rueda-Salazar S., Spijker J., Devolder D. Functional Limitations among European Older Adults: Cross-Country Differences in Health Improvements and Social Environment Influence. *J. Frailty Aging*. 2022;11:378—86.
25. Shestakov M. A. Demand for social services: assessment, analysis and forecasting. *Economics, entrepreneurship and law*. 2023;13(12):6035—58 (in Russian).
26. Receiving and needing to receive medical and sanitary procedures at home. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.24_2015-2023.xlsx (accessed 05/13/2024) (in Russian).
27. Coverage of social services, forms of receiving it and reasons for non-receipt. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/sp_3.8.8_2021-2023.xlsx (accessed 05/13/2024) (in Russian).
28. Receipt and need for social assistance. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.28_2015-2023.xlsx accessed 05/13/2024) (in Russian).
29. Average annual number of employees by type of economic activity since 2017 (OKVED2). Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/05-05_2017-2022.xls (accessed 05/13/2024) (in Russian).
30. Number of medical personnel. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdr1-3.xlsx> (accessed 05/13/2024) (in Russian).
31. Centers and departments of social services at home for elderly citizens and disabled people in the Russian Federation. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-1.doc> (accessed 05/13/2024) (in Russian).
32. Specialized departments of social and medical services at home for elderly citizens and disabled people in the Russian Federation. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-2.doc> (accessed 05.13.2024) (in Russian).
33. Nefedeva E. I., Tugarina Z. N. Professional implementation of graduates of the specialty "Social work" (according to the results of a sociological study). *News of BSU*. 2018;(4):602—15 (in Russian).
34. Martynenko A. V., Korolev M. A. Social workers on improving medical and social assistance in social service organizations. *Social policy and sociology*. 2021;20(3):118—25 (in Russian).
35. Professional risks of social workers and recommendations for minimizing their negative consequences KGBU "Vanino Integrated Center for Social Services to the Population" 04/20/2019 (OKVED2). Available at: <https://kcsn-van.mszn27.ru/node/61363> (accessed 05/13/2024) (in Russian).
36. Yasakova A. R., Shestakova E. V. Problems of staffing in the healthcare system. *Problems of Science*. 2017;(38):120 (in Russian).
37. Novokreshchenova I. G., Novokreshchenov I. V., Senchenko I. K. Outpatient care for elderly and senile people. *Clinical gerontology*. 2017;(3-4):13—8 (in Russian).
38. Receipt of primary medical care by disabled people of all ages Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.25_2015-2023.xlsx (accessed 05/15/2024) (in Russian).
39. Khoroshinina L. P. Development of geriatrics in modern Russia — one step forward, two steps back. *Medicine and healthcare organization*. 2019;(4):35—44 (in Russian).
40. Tkacheva O. N., Runikhina N. K., Babenko I. V., et al. Modern geriatrics for primary care doctors: Methodological manual. 2nd ed. Moscow: Prometheus; 2021. 174 p. (in Russian).
41. Khorokova O. V., Karasaeva L. A. Unsolved problems in the system of providing medical and social assistance to elderly disabled people. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2017;(4):172—5 (in Russian).
42. Skvirskaya G. P., Son I. M., Senenko A. Sh., Shlyafers S. I., Gazheva A. V., Leonov S. A. Department of medical and social assistance to the adult population and nursing department: concept and principles of organization. *Healthcare Manager*. 2018;(1):27—34 (in Russian).
43. Stationary social service organizations for elderly citizens and disabled people (adults and children). Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2-9_2022.xlsx (accessed 05/15/2024) (in Russian).

Поступила 18.06.2024

Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Dobrokhleb V. G. Demographic aging in Russia and the new social reality. *Population*. 2022;(2):66—76 (in Russian).
2. Nagarkar A., Gadkari R., Kulkarni S. Correlates of Functional Limitations in Midlife: A Cross-Sectional Study in Middle-Aged Men (45-59 Years) from Pune. *J. Midlife Health*. 2020 Jul-Sep;11(3):144—8.
3. Bonsdorff M. B., Rantanen T. Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach. *Eur. Rev. Aging Phys. Act*. 2011;8:23—30.

За рубежом

© ISMAILOV A. A., KARATAEVA A. M., BASHIROV M. B., SARBAEVA G. O., 2024
УДК 614.2

Ismailov A. A.¹, Karataeva A. M.², Bashirov M. B.³, Sarbaeva G. O.³

THE RESULTS OF ANALYSIS OF ASSESSMENT OF QUALITY OF MEDICAL CARE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

¹The Medical Faculty of the Osh State University, 723500, City of Osh, the Kyrgyz Republic;

²The I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, 720020, Bishkek, the Kyrgyz Republic;

³The S. B. Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training, 720017, Bishkek, the Kyrgyz Republic

The article presents results of analysis of quality of medical care of population in the Kyrgyz Republic. The calculated index of quality of primary health care organizations and structure of defects at primary level of health care by region are considered. The analysis of examination of quality of medical services at in-patient level demonstrated annual increase of unjustified hospitalizations and detected defects in examination and treatment of patients.

Key words: quality; medical care; expert assessment; quality index; optimization; medical service; Kyrgyz Republic.

For citation: Ismailov A. A., Karataeva A. M., Bashirov M. B., Sarbaeva G. O. The results of analysis of assessment of quality of medical care in the Kyrgyz Republic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):1013–1016 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1013-1016>

For correspondence: Karataeva A. M., PhD, the Student of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy. e-mail: 2ne1toany@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.06.2024

Accepted 15.08.2024

Introduction

The health of the population is not only the main value, but also one of the conditions that ensure the socio-economic progress of any state. Therefore, ensuring the health of the population is one of the priorities not only of social, but also of economic tasks. A special place in strengthening and preserving the health of the population belongs to the healthcare system, for which the main tasks today are to increase the accessibility, quality and effectiveness of the therapeutic and diagnostic process and medical care [1, 2].

In recent years, there has been an explosive growth of scientific and practical information in medicine, an increasing number of diagnostic and therapeutic techniques, including extremely expensive ones. At the same time, due to the lack of time, search and analysis of information, doctors do not always have an idea of the most rational methods of providing medical care. Problems of quality of medical care — low resource provision of healthcare organizations. Another factor exacerbating the problem of quality of services is the low level of the material and technical base of healthcare — this is the deterioration of fixed assets, including medical equipment. In modern conditions of socio-economic reform, it is necessary to promptly and effectively update the functioning forms of the health care system to ensure affordable and high-quality types of medical and social care [3, 4]. The program for the protection and promotion of public health cannot be implemented without optimizing socio-economic conditions and life-

style, medical and social well-being at the level of a particular individual, at the family level.

It is necessary to create a system of social and hygienic monitoring that allows assessing the health of the population, taking into account hygienic, medical and environmental conditions, lifestyle characteristics and medical and demographic processes.

The generalization of many years of experience, the creation and testing of a management model for a systematic assessment of the quality of medical and social care determines the relevance of this study.

The purpose of the study is to study and assess the quality of medical care in medical and preventive organizations of the Kyrgyz Republic.

Materials and methods

The research material was data from the territorial departments of the Compulsory Medical Insurance Fund and the medical information centers of the regions and the Center for electronic Health of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.

The following research methods are used in the work: statistical analysis, expert assessment.

The assessment of the quality of primary health care services was carried out according to an Assessment map, which includes a set of indicators for evaluating the work of a group of family doctors and paramedic-obstetric centers with a focus on priority areas in the field of maternal and child health, non-communicable diseases and tuberculosis.

Results

On average, the quality index of primary health care activities in the republic remained at the same level: in 2021 — 57.0%, in 2019 — 55.0%.

The lowest results of the quality of medical care are noted in the Batken region — 40.0% (2019 — 32.0%), including: Kulundu General Medical Practice Center — 22.0%, Samarqandek — 27.0%, Sulukta — 32.0%, Uch-Korgon — 33.0% and Batken Regional Family Medicine Center — 38.0%.

An unfavorable situation was identified in the Kulundu General Medical Practice Center, where practically no work is carried out to provide medical services to patients with diabetes mellitus — the assessment result was 0%. There is also a very low quality of medical services in almost all categories (“Quality of services for patients with hypertension” — 6.0%, “Resource management in the family Doctor group” — 8.0%, “The quality of services at the level of a paramedic-obstetric center” — 9.0%, “Quality of services for children under 5 years of age” — 27.0%).

In the Naryn region in 2021, the average quality index was 48.0% (2019 — 54.0%), which is 6.0% less than in 2019. The Naryn Regional Center for Family Medicine showed the worst performance on the assessment map — 24.0% out of a possible 100%. In this Center, there is a very low quality of medical services provided in almost all categories (“The quality of services at the level of a paramedic-obstetric center” — 0%, “Quality of services for patients with diabetes mellitus” — 16.0%, “Quality of services for patients with hypertension” — 22.0%, “Resource management in the family Doctor group” — 26.0%, “Quality of services for patients with tuberculosis” — 27.0%, “Self-assessment and quality of the administration of the Family Medicine Center/ General Medical Practice Center” — 32.0%, “Quality of services for children under 5 years of age” — 32.0%, “Quality of services for pregnant women” — 33.0%).

The lowest quality indicator in the region in the Center of General Medical Practice of Papan is 14%, (2019 — 32%), where practically no work is carried out in the categories “Quality of services to patients with tuberculosis” and “The quality of services at the level of a paramedic-obstetric center”, where the quality index for the 1st half of 2021 was 0%. There is also a very low quality of medical services provided in almost all categories (“Resource management in the family Doctor group” — 8%, “Quality of services for children under 5 years of age” — 14%, “Quality of services for patients with diabetes mellitus” — 19%, “Quality of services for patients with hypertension” — 22%, “Quality of services for pregnant women” — 29%).

Assessment of the quality of medical services for pregnant women at the primary health care level was carried out in all Centers of Family Medicine / Centers of General Medical practice of the Republic.

The average index of quality of medical care for pregnant women in the republic is 65.0%. By region, the highest average quality index in the category “Quality of services for the management of pregnant women” in

primary health care organizations in Bishkek is 82.0% and in the Chui region is 80.0%. The lowest quality indicators in primary health care organizations of Batken and Naryn regions — 54.0%.

The lowest quality index for the management of pregnant women is noted in the Kara-Kul General Medical Practice Center — 20.0%, where practically no work is carried out on the indicators “Antenatal care” — 0%, “Testing the knowledge and skills of a specialist of a group of family doctors in severe pre-eclampsia” — 0%. When checking the individual cards of pregnant women, the following disadvantages were found: ineffective treatment of anemia, lack of assessment of risk factors, no studies on urine culture, improper maintenance of a gravidogram, a prescription for an additional compulsory medical insurance policy was not issued, there are not always marks on passing the school of mothers (Regional Family Media Center Batken, Kadamzhai, Uch-Korgon, Kyzyl-Kiya, Mailuu-Suu, Ozgorush, Uch-Terek, Chatkal, Shamaldy-Sai, Tash-Komur, Kara-Kul, Naryn Regional Center of Family Medicine, Kochkor, Aravan, Alai, Kara-Suu, Tokmok, Kemin).

There are unjustified referrals for routine examinations: ultrasound scanning and Dopplerometry (health-care organizations of primary medical and sanitary care in Bishkek).

At the same time, the Centers of general medical practice of Sokuluk and Chui districts, the regional centers of family medicine of Pervomaisky district of Bishkek, the centers of general medical practice of Ala-Buka, Aidarken, Nookat, Kara-Kulzha showed good work.

The tasks facing healthcare to ensure the proper quality of medical care provided to the population require the introduction of an effective quality management system for medical care, including the implementation of a whole range of measures aimed at improving the material and technical base of medical organizations, professional development of medical personnel, and the introduction of new methods of diagnosis and treatment. The heads of medical organizations use standardization tools to improve the quality of medical care, increase the economic efficiency of their activities and increase patient satisfaction and safety.

The examination is always carried out by a specialist. The expert must have sufficient knowledge and skills in the medical field to assess the quality of services. Accordingly, if we take into account the specifics of the study, then only a doctor with higher medical education and a sufficient level of qualification can be its executor.

Joint Order No. 912 of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic dated December 23, 2016 and the Compulsory Medical Insurance Fund under the Government of the Kyrgyz Republic No. 361 “On improving the quality management system for medical, preventive and pharmaceutical services in the Single Payer system” approved the following volumes of examinations: 3% of the number of treated cases at the inpatient level, 1% of the number attributed population at the primary health care level, 1% of the number of emergency medical calls.

За рубежом

Table 1
Structure of defects at the level of family medicine centers / groups of family doctors by region, 2019–2021, %

| Name of the regions | Defects | | | | | | | | |
|---------------------|---------|------|------|-----------|------|------|--------------|------|------|
| | surveys | | | treatment | | | observations | | |
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Batken region | 4.0 | 5.3 | 9.2 | 12.4 | 3.3 | 8.4 | 4.1 | 10.4 | 17.9 |
| Bishkek city | 7.7 | 9.1 | 13.5 | 20.7 | 10.6 | 11.4 | 0.1 | 7.9 | 10 |
| Jalal-Abad region | 7.6 | 10.0 | 14.2 | 11.6 | 7.3 | 6.4 | 12.1 | 12.9 | 9.5 |
| Issyk-Kul region | 7.4 | 11.5 | 15.2 | 11.0 | 7.5 | 6.8 | 12.6 | 19.3 | 16.1 |
| Naryn region | 6.6 | 10.0 | 7.8 | 7.4 | 2.3 | 4.0 | 3.7 | 14.3 | 21.1 |
| Osh region | 8.1 | 10.7 | 12.9 | 18.3 | 5.6 | 8.7 | 6.0 | 7.3 | 11.4 |
| Talas region | 10.5 | 10.9 | 10.6 | 9.7 | 5.3 | 5.9 | 3.9 | 9.5 | 8.9 |
| Chui region | 21.5 | 10.4 | 15.9 | 18.5 | 6.2 | 4.0 | 4.9 | 10.4 | 15.1 |
| Republic | 10.1 | 9.7 | 13.3 | 15.6 | 6.8 | 7.5 | 5.5 | 10.3 | 12.4 |

Specialists of territorial administrations carry out quality expertise in each healthcare organization of the Single Payer system 2 times a year.

In general, there is an annual increase in the number of examinations carried out, which is associated with the entry into the Single-Payer system of specialized healthcare organizations providing oncological, hematological, cardiac surgery, psychiatric care, as well as with the introduction of a new type of examination of the quality of availability and maintenance of medical documentation in healthcare organizations when contacting (admission) persons about violence, torture and ill-treatment appeals.

In 2019, a total of 96,604 examinations of medical records were conducted, in 2020 — 97,598, in 2021 — 105,862.

An analysis of the examination of the quality of medical services provided by family medicine centers / family doctors group showed that, in general, over the past 3 years, the level of detected defects has remained at the same level with slight fluctuations. The level of examination defects increased slightly from 10.1% in 2019 to 13.3% in 2021. There is an increase in the level of defects in follow-up from 5.5% in 2019 to 10.3% in 2020 and 13.3% in 2021, while the level of defects in treatment, on the contrary, tends to decrease from 15.6% to 7.5%.

The level of identified defects at the primary level by region for the reporting period is shown in Table 1.

An analysis of the examination of the quality of medical services provided by the emergency medical service during the reporting period showed that the level of inadequate medical care remains almost at the same level and amounted to 13.3% in 2019, 12.5% in 2020, and 14.3% in 2021.

Examination of the quality of medical services at the inpatient level. According to the "Treated Case" database, hospitalization in general hospitals remains at the same level. In 2019, the number of treated cases amounted to 939.6 thousand, in 2020 — 930.6 thousand, in 2021 — 938.7 thousand cases.

The number of hospitalizations in general hospitals by region is shown in Table 2.

The analysis of the examination of the quality of medical services at the inpatient level showed an annual

Table 2
Number of treated cases in general hospitals, 2019–2020

| Name of the regions | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------|---------|---------|---------|
| Batken region | 81,186 | 81,600 | 82,881 |
| Bishkek city | 232,669 | 225,269 | 230,623 |
| Jalal-Abad region | 161,185 | 157,523 | 159,753 |
| Issyk-Kul region | 59,825 | 61,210 | 62,940 |
| Naryn region | 35,188 | 36,141 | 36,471 |
| Osh region | 231,820 | 234,305 | 234,311 |
| Talas region | 30,614 | 30,409 | 30,338 |
| Chui region | 107,126 | 104,111 | 101,414 |
| Republic | 939,613 | 930,568 | 938,731 |

increase in the level of unjustified hospitalizations and detected defects in examination and treatment. Thus, the level of examination defects increased from 4.2% in 2015 to 6.3%, treatment defects — from 12.6% to 16.7%, unjustified hospitalizations — from 5.8% to 7.1%, respectively.

The level of identified defects at the hospital level by region for the reporting period is shown in Table 3.

Examination of the quality of medical services provided in tuberculosis hospitals. According to the "Treated Case" database, there is an annual decrease in hospitalizations to hospitals providing TB care: the number of treated cases was 11,564 in 2019, 9293 in 2020, and 8647 in 2021. The decrease in hospitalization in tuberculosis hospitals is associated with the optimization of the tuberculosis service within the framework of the implementation of the program of the Government of the Kyrgyz Republic.

Currently, the anti-tuberculosis service has been optimized in the Chui, Talas and Batken regions (40 beds have been reduced in the Chui Tuberculosis Hospital in the village of Archaly and 35 beds in the Batken Regional Tuberculosis Control Center; the anti-tuberculosis hospital in Sulukta is attached to the Leilek tuberculosis hospital and the interdistrict Kara-Buurinsky tuberculosis hospital — to the Talas regional Center for Tuberculosis Control fight against tuberculosis).

The consolidated list of assessments of the quality of medical care is as follows:

- quality of the structure;
- completeness of the scope and types of medical care;
- the effectiveness and quality of the activities of healthcare organizations;

Table 3
Structure of defects at the stationary level by region, 2019–2021, %

| Name of the regions | Defects of observations | | | Treatment defects | | | Unjustified hospitalizations | | |
|---------------------|-------------------------|------|------|-------------------|------|------|------------------------------|------|------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Batken region | 5.0 | 4.7 | 5.4 | 13.6 | 9.7 | 11.8 | 2015 | 4.3 | 5.9 |
| Bishkek city | 3.0 | 4.6 | 6.1 | 15.6 | 14.8 | 16.8 | 3.8 | 4.4 | 3.6 |
| Jalal-Abad region | 3.4 | 5.8 | 6.5 | 9.8 | 15.8 | 21.5 | 4.6 | 9.6 | 7.9 |
| Issyk-Kul region | 6.7 | 5.2 | 5.6 | 12.6 | 11.9 | 13.9 | 7.1 | 4.9 | 8.5 |
| Naryn region | 2.3 | 6.2 | 4.8 | 5.5 | 10.3 | 7.9 | 6.4 | 8.2 | 5.2 |
| Osh region | 5.4 | 5.4 | 7.4 | 12.4 | 10.9 | 18.2 | 4.6 | 6.8 | 11.8 |
| Talas region | 5.1 | 4.5 | 7.1 | 15.4 | 13.4 | 16.2 | 7.2 | 6.0 | 5.5 |
| Chui region | 3.7 | 6.5 | 4.2 | 12.7 | 10.3 | 14.6 | 4.5 | 3.1 | 2.2 |
| Republic | 4.2 | 5.3 | 6.3 | 12.6 | 12.3 | 16.7 | 4.9 | 5.8 | 7.1 |

- compliance with survey standards;
- compliance with treatment standards;
- diagnostic quality;
- continuity of treatment;
- effectiveness of medical care;
- organization of work.

Conclusion

Thus, it can be concluded that despite the efforts and measures taken, the level of detected defects remains at the same level with slight fluctuations. Equipping the necessary medical diagnostic equipment and improving the material and technical base did not yield significant positive results, managers need to first of all think about the qualifications of medical personnel. The level of examination defects increased slightly from 10.1% in 2019 to 13.3% in 2021. There is an increase in the level of observation defects from 5.5% in 2019 to 10.3% in 2020 and 13.3% in 2021, while the level of treatment defects, on the contrary, tends to decrease from 15.6% to 7.5%, but the latter should not reassure managers, since timely and accurate diagnosis and, accordingly, complete absence of examination and observation of defects determines the results of treatment.

On the contrary, treatment defects increased in hospital settings — from 12.6% to 16.7%, unjustified hospitalizations — from 5.8% to 7.1%, which indicates insufficient preparation of patients for hospital treatment or sufficiency of receiving medical care in outpatient settings. It is necessary to strengthen both internal and external quality control of medical care with an in-depth analysis of the causes and factors affecting it.

Based on the conducted research, we consider it appropriate to formulate the following proposals:

1. The territorial administrations of the compulsory medical insurance fund of the regions and the heads of medical and preventive organizations should conduct an in-depth analysis of the results of the examination of the quality of medical care.

2. Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training named after S. B. Daniyarov:

- to study the organization of special cycles for the training and retraining of specialists in the examination of the quality of medical care;

- organize field thematic cycles based on the analysis of defects of examination and treatment.

3. Professional associations and the Department of Medical and Preventive Care of the Population of the Ministry of Health — to develop and update (revise) clinical protocols on nosologies.

4. The Ministry of Health of the Kyrgyz Republic should strengthen the work on the organization of pharmacy points, especially in remote areas, to work with preferential prescriptions and, if possible, increase the number of pharmacies authorized with narcotic and psychotropic drugs.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каратаев М. М., Абдрахманов Ш. Т., Чынгышева Ж. А. Оптимизация организационно-экономической деятельности лечебно-профилактических организаций при применении маркетинговых исследований. *Вестник международного университета Кыргызстана*. 2018;2(35):389–95.
2. Исмаилов М. А., Каратаев М. М. Вопросы оценки рынка и прогнозы его развития — как важный составной элемент для реализации проектов государственно-частного партнерства в системе здравоохранения. *Бюллетень науки и практики*. 2022;8(6):549–55.
3. Abdirasulova G., Karataev M. Statistical Analysis of Physiological Childbirth and Obstetric Service in Osh Region from 2016 to 2021 Years. *Pakistan J. Med. Health Sci.* 2022;16(3):659–61.
4. Исмаилова Ф. У., Каратаев М. М. Удовлетворенность пациентов качеством оказания скорой медицинской помощи на примере города Ош. *Бюллетень науки и практики*. 2022;9(1):213–22.

Поступила 18.06.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Karataev M. M., Abdrakhmanov Sh. T., Chyngysheva Zh. A. Optimization of organizational and economic activities of medical and preventive organizations in the application of marketing research. *Bulletin of the International University of Kyrgyzstan*. 2018;2(35): 389–95 (in Russian).
2. Ismailov M. A., Karataev M. M. Issues of market assessment and forecasts of its development — as an important component for the implementation of public-private partnership projects in the healthcare system. *Bulletin of Science and Practice*. 2022;8(6):549–55 (in Russian).
3. Abdirasulova G., Karataev M. Statistical Analysis of Physiological Childbirth and Obstetric Service in Osh Region from 2016 to 2021 Years. *Pakistan J. Med. Health Sci.* 2022;16(3):659–61.
4. Ismailova F. U., Karataev M. M. Patient satisfaction with the quality of emergency medical care on the example of the city of Osh. *Bulletin of Science and Practice*. 2022;9(1):213–22 (in Russian).

История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 614.2

Игнатъев В. Г.¹, Затравкин С. Н.¹, Вишленкова Е. А.²

МЕТАМОРФОЗЫ РАЗГОСУДАРСТВЛЕНИЯ 1993 ГОДА. СООБЩЕНИЕ 2: ЦЕНЫ НА ЛЕКАРСТВА КАК ИНФОРМАЦИЯ

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

²Мюнхенский университет им. Людвига — Максимилиана, 80539, г. Мюнхен, Германия

1993 г. в истории российского фармацевтического рынка стал годом формирования правил рыночных отношений и изменения под них рыночного ландшафта. Значительный сегмент государственно-централизованной закупок ушел в ответственность региональных властей, их органов здравоохранения. При этом полномочия трех прежних государственных организаций, занимавшихся закупками импорта, были распределены между новыми госкомпаниями Министерства здравоохранения и коммерческими организациями и фирмами, зашедшими на фармацевтический рынок. Довольно скоро это разнообразие породило конкурентную борьбу за бюджетные средства, а также эксперименты Правительства по регулированию рынка. Следы этих столкновений и попыток сделать рынок управляемым обнаруживаются в архиве Минздрава и журнальных публикациях. Сообщение 2 использует информационный потенциал цен на лекарства для раскодирования правил игры на российском фармацевтическом рынке с целью анализа распределения власти за игральным столом

Ключевые слова: история рынков; история медицины; экономическая история; российская фармацевтика; 1993 год; цены на лекарства.

Для цитирования: Игнатъев В. Г., Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Метаморфозы разгосударствления 1993 года. Сообщение 2: цены на лекарства как информация. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):1017—1024. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1017-1024>

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

Ignatiev V. G.¹, Zatravkin S. N.¹, Vishlenkova E. A.²

THE METAMORPHOSES OF DENATIONALIZATION OF 1993. REPORT II. THE PRICES OF MEDICATIONS AS INFORMATION

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

²The Ludwig-Maximilian University of Munich, 80539, Munich, Germany

In the history of Russian pharmaceutical market, the year of 1993 became the year of both formation of rules of market relations and alteration of market landscape for changed conditions. The significant segment of state centralized purchases moved under responsibility of regional authorities and their health authorities. At that, authorizations of former three state organizations occupied with import purchases were distributed between new state companies of the Ministry of Health Care and commercial organizations and firms that entered pharmaceutical market. Pretty soon, this diversity gave rise both to competition for budget funds and Government experiments with market regulation. The traces of these clashes and attempts to make market manageable are found in the Ministry of Health Care archives and journal publications. The Report II uses informational potential of medications prices to decode rules of play in Russian pharmaceutical market with purpose to analyze distributions of power at playing table.

Keywords: history of markets; history of medicine; economic history; Russian pharmaceuticals; 1993; medication prices.

For citation: Ignatiev V. G., Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The metamorphoses of denationalization of 1993. Report II. The prices of medications as information. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):1017–1024 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1017-1024>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Department of History of Medicine of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: zatravkine@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.07.2024

Accepted 15.08.2024

В 1991—1992 гг. россияне получили заверение, что государство будет стимулировать развитие рыночных отношений в фармацевтической сфере и не станет вмешиваться в договорные отношения между производителями и потребителями лекарств. «Намечаемая к осуществлению в 1992 году реформа системы ценообразования на лекарства и изделия

медицинского назначения предусматривает приведение оптовых и розничных цен в сбалансированное состояние с фактическими расходами на производство и реализацию указанной медицинской продукции и уровнем спроса и потребления на нее», — обещали коллективные авторы правительственных постановлений¹.

Однако удержаться в рамках этих обещаний Правительству не удалось — лекарства как товар не получили свободного обращения на российском рынке, а их цена определялась не только и не столько балансом спроса и предложения. На складывание рыночных отношений здесь повлияли особенности потребления лекарств.

Первая и главная особенность состояла в расщеплении функции потребителя. Например, в отношении госпитальных препаратов и рецептурных лекарств бесплатного отпуска для льготников складывалась совершенно уникальная по сравнению с другими отраслевыми рынками ситуация: решение о покупке товара принимало одно лицо (врач), потребляло этот товар — другое (пациент), а финансовые затраты при этом несла третья сторона — государство или фонды обязательного медицинского страхования. В такой ситуации спрос не зависел от цены, а государство оказывалось крайне заинтересованным в том, чтобы цена была как можно более низкой, и добивалось этого доступными ему административными и правовыми средствами. К тому же многочисленные письма россиян и статьи журналистов призывали Правительство выйти из позиции наблюдателя и вступить в борьбу с игроками рынка на стороне потребителей.

Вторая особенность заключалась в неэластичности спроса по цене, связанной с жизненной важностью лекарства для больного и невозможностью отсрочить прием многих из них в связи с ростом цен. Фармацевтические компании часто использовали это и, несмотря на конкуренцию, завышали цены на лекарственные средства².

Наконец, третья особенность фармацевтического рынка заключалась в наличии значительных внешних эффектов³ и высокой социально-политической значимости представленных на нем товаров. События 1992 г. наглядно продемонстрировали, что угрозы эпидемических вспышек, утраты политической стабильности и массовое социальное недовольство возникали намного раньше, чем появились хотя бы отдаленные признаки возможного установления какого-либо баланса спроса и предложения.

¹ Постановление Правительства РСФСР от 26.12.1991 № 68 «О неотложных мерах по обеспечению населения и учреждений здравоохранения РСФСР лекарственными средствами в 1992 году и развитии фармацевтической промышленности в 1992—1995 гг.».

² Эластичный спрос по цене наблюдается лишь в отношении безрецептурных дженериков при наличии большого числа препаратов-конкурентов. При этом накоплены и значительные эмпирические данные, свидетельствующие, что снижение цены на лекарства далеко не всегда вело к увеличению спроса на них [1].

³ Лекарственные средства являются товаром, оказывающим значительные внешние (положительные и отрицательные) эффекты, воздействие которых на третьих лиц, не являющихся ни покупателями, ни продавцами, не отражено в цене блага. Положительные внешние эффекты состоят в уменьшении распространения инфекционных заболеваний вследствие вакцинации населения и излечения больных — переносчиков инфекции. Применение лекарственных препаратов в целях профилактики уменьшает заболеваемость и тем самым экономит деньги налогоплательщиков на здравоохранение и выплаты по нетрудоспособности.

В этом контексте история ценообразования на российском фармацевтическом рынке хорошо укладывается в современные теории экономической социологии, и прежде всего в концепцию Хэрисона Уайта, полагавшего, что цены являются результатом переопределяемых конвенций и конструируются всеми игроками рынка, определяются его структурой [2, 3]. Механизм цен — это не только распределительная система, но и семантическая коммуникативная система наподобие языка, — поддержали его догадку когнитивные исследователи [4, 5]. Исходя из выдвинутой гипотезы, Уайт призывал эмпирических исследователей смотреть на цены как на социальное действие и искать в них социальные конструкции, функционирующие в соответствии с установленными правилами игры.

И российская история фармацевтического рынка 1990-х годов представляет собой релевантный для этого исследовательский кейс: во-первых, в силу неотрегулированности, неспрятанности, спонтанности отношений всех его игроков, а во-вторых, из-за его тщательной задокументированности и хорошей сохранности свидетельств в архиве Министерства здравоохранения и в медийных источниках. Дополнительная привилегия историков фармацевтического рынка сейчас состоит в наличии живых свидетелей, дающих показания и верифицирующих наши наблюдения и выводы о событиях 1990-х годов.

Партия игры с фиксированными ставками

Итак, 1993 г.: с каждым месяцем ситуация с лекарствами в России обострялась. Политики и чиновники говорили о ней с использованием предикатов «критическая» и «катастрофическая». Журналисты желтой прессы, не связанные честью мундира, нагнетали тревогу у читателей лингвистическими средствами. В унисон с ними, но с другими намерениями и в другом эмоциональном контексте, газета «Коммерсант» уверяла «новых богатых», что фармацевтический рынок перспективен, потому что «почти пуст» [6]. Страна действительно подошла к порогу лекарственного голода. К такому состоянию новый рынок лекарств привели в том числе проблемы, возникшие и оставшиеся нерешенными в 1992 г. Главной из них был системный кризис неплатежей в товаропроводящей цепочке. В 1993 г. он усилился вследствие роста цен на лекарства в условиях падения покупательной способности населения и ограниченности региональных бюджетов.

В кризисной ситуации виной подступавшего лекарственного голода представлялся «западный пришелец», т. е. рынок, и часть государственных управленцев затосковали по прелестям советской командно-распределительной системы. Вероятно, их было бы больше и они были бы активнее в требованиях вернуть фиксированные цены на лекарства, если бы для этого в бюджете были деньги и если бы это не противоречило общим политическим заявлениям ельцинского правления. Для того чтобы остановить или хотя бы затормозить (ограничить) товаризацию лекарств, надо было либо признаться в не-

История медицины

успешности экономических реформ, либо интерпретировать возврат как часть продуманной стратегии.

Собственно, само по себе вторжение государства в регулирование рыночных цен не является основанием для признания страны нерыночной. Ссылаясь на работы Макса Вебера, создатель первого учебника по социологии рынков В. В. Радаев уверял, что исторически все государства с рыночными обществами когда-либо были ограничителями рынков: например, регламентировали потребление определенных товаров во время войн и голода или не позволяли земле превратиться в товар, не предоставляли некоторым сословным группам возможности заниматься торговлей, ограничивали конкуренцию цехов и гильдий, удерживали государственную монополию на определенные товары и осуществляли общий контроль за рынками [7]. В таком повествовании ограничение цен представлялось временным или специфическим вариантом рыночного развития, а не отказом от него.

Развивая тезис о различиях рынков и эмпирическом подходе к ним, экономическая социология признает в том числе так называемые слабоденежные и безденежные рынки: «Обмен в таких случаях производится по фиксированным ставкам и свобода в установлении цен серьезным образом ограничена» [8]. Да, это сдерживает формирование «рыночного общества» (термин экономиста Карла Полаanyi), но не останавливает его, и такое развитие национального рынка имеет право на существование. В этом отношении интервенция российского государства в формирование цен на лекарства могла интерпретироваться как социально желаемая и исторически допустимая.

С большими сомнениями в декабре 1992 г. Правительство приняло промежуточное решение, ставшее притчей во языцех, — Постановление № 970. Вопреки опасениям и ожиданиям участников рынка, в нем были зафиксированы не отпускные цены на лекарства, а предельные уровни рентабельности для производителей (поставщиков) лекарств (30% к их себестоимости) и для аптечных учреждений (50% для всей страны и 80% для районов Крайнего Севера к ценам производителей).

Ценовая игра Министерства

Э. А. Нечаев возглавил Министерство, когда Постановление уже вступило в действие. Занимаемая им должность не позволяла открыто критиковать решения Правительства, но министр был явно недоволен новыми правилами игры. Его позицию можно реконструировать по целому пулу официальных писем Нечаева и его заместителей к членам Правительства.

В феврале 1993 г., через 2 мес после вступления в должность, министр направил письмо В. С. Черномырдину с призывом обеспечить конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь, добиться снижения заболеваемости и смертности населения, «сохранения генофонда» россиян

и остановить полную потерю государственного управления отраслью. Среди прочего (приостановка приватизации аптек, аптечных складов и лечебных учреждений, повышение зарплат медицинским работникам, запрет на оказание платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях здравоохранения) он требовал ввести «фиксированные цены на лекарства, медицинскую технику и изделия медицинского назначения на уровне оптово-закупочных цен, сложившихся на 1 января 1993 года»⁴. Разницу между фактическими затратами на их производство и закупку по импорту и фиксированными ценами министр предлагал возмещать за счет средств федерального бюджета. Видимо, Нечаеву его план представлялся реалистичным, и в марте он отправил Черномырдину еще и проект соответствующего Постановления. В этот текст он дополнительно включил предложение установить фиксированные цены на импортные препараты на 20—30% выше, чем на отечественные, а разницу между ними направить на возмещение убытков аптек⁵.

В тот момент Правительство не поддержало министерской инициативы, но Нечаев продолжил добиваться этого. Подходящим поводом для нового обращения стало обострение в отношениях прокоммунистического Верховного Совета и правительственных реформаторов⁶. 20 марта 1993 г. Б. Н. Ельцин, пытаясь склонить чашу весов на свою сторону, объявил о проведении Всенародного референдума в поддержку его курса экономических реформ⁷. Для того чтобы получить необходимые голоса, он подписал несколько откровенно популистских указов. Один из них — «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации»⁸. Его по поручению Ельцина срочно готовило Министерство здравоохранения.

Пользуясь моментом, Нечаев включил в проект Указа предписание Правительству разработать «предложения об установлении фиксированных цен на лекарственные средства, медицинскую технику и изделия медицинского назначения и порядка их компенсации». Наряду с этим он предлагал поднять расходы на охрану здоровья до 10% национального дохода, сделать Минздрав единственным государ-

⁴ Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 299. Л. 27—28.

⁵ Там же. Л. 35—36.

⁶ В 1992—1993 гг. конституционный строй России представлял собой гибрид между президентской и парламентской республикой. Формально Российская Федерация была президентской республикой — президент избирался напрямую населением и его функции не ограничивались представительскими. Однако он был всецело зависим от Верховного Совета, в его руках не было рычагов влияния на политику парламента, он не имел практической возможности проводить самостоятельную политику. В соответствии с ч. 2 ст. 117 Конституции он обладал лишь правом отлагательного вето на законы (т. е. вето, преодолеваемого простым большинством голосов). Каждая из сторон блокировала действия другой, но не имела легальных возможностей устранить политического оппонента для проведения собственной политики. Итог этого кризиса известен: нарушив букву Конституции, Президент распустил Верховный Совет, одновременно назначив референдум по новой Конституции и выборы в новый федеральный парламент, завершившиеся расстрелом «Белого дома» в октябре 1993 г. [9].

ственным заказчиком по федеральным программам здравоохранения, сохранить существующий льготный дотационный коэффициент рублевого покрытия при закупках по импорту лекарственных средств и изделий медицинского назначения для государственных нужд.

Нечаевский проект, направленный на сворачивание фармацевтического рынка, вызвал решительный протест со стороны Верховного Совета. «Наш семидесятилетний опыт социального и экономического прожектерства должен был бы дать нам стойкий иммунитет против соблазна продолжать декларировать принципы, не увязанные с финансовыми ресурсами, необходимыми для их реализации, — писала в заключении на проект Указа председатель Комитета по охране здоровья Верховного Совета, бывший заместитель министра здравоохранения Б. А. Денисенко. — Даже прикидочный подсчет размеров возмещения разницы в ценах на производство и закупку только медикаментов ограниченного списка из числа жизненно необходимых свидетельствует... о полной бесперспективности и нереализуемости»⁹. Кроме того, по мнению Денисенко, введение фиксированных цен разрушит российскую фармпромышленность, усилит «черный рынок» лекарств и лекарственный голод. В ситуации кризиса власти левые и правые поменялись позициями: Верховный Совет стал ратовать за реформы и рыночные инструменты, а Ельцин — за возврат в социалистическое регулирование.

Президент все же подписал Указ, но он остался мертворожденным. Ни один его пункт не был реализован. Даже такие положения, как сохранение льготного дотационного коэффициента и предоставление Министерству здравоохранения прав единственного государственного заказчика по федеральным программам, не работали. Коэффициент уже к осени вырос с 0,3 до 0,9, а контракты на закупку импортных лекарств раз за разом успешно перехватывало, например, Министерство внешнеэкономических связей (МВЭС).

Нечаев негодовал и писал письма в Правительство, цитировал президентский указ. Так, в апреле 1993 г. он докладывал Черномырдину о том, что «на фоне сокращения государственных ассигнований на здравоохранение, валютные средства, поступающие по кредитным линиям, оказываются распыленны-

ми, оседают в различных фондах, учреждениях и организациях». Для подтверждения обвинения он указывал на МВЭС, которое назначило «Медснабсбытторг» и «Медтехснаб» государственными заказчиками по импорту в рамках реализации займа Международного банка реконструкции и развития для нужд здравоохранения. Ссылаясь на Указ Президента РФ от 20.04.1993 № 468, министр требовал предоставить Минздраву (по согласованию с МВЭС) право назначать специализированные предприятия для закупки импортных лекарств¹⁰.

МВЭС не отреагировало на угрозы Нечаева и продолжило закупать лекарственные средства, минуя Минздрав. «Запланированные валютные ассигнования от экспорта природного газа в Турцию в сумме 24,5 млн долларов США по решению МВЭС РФ (А. Ю. Догаев) переданы для закупки медикаментов, сырья, субстанций и медоборудования В/О „Внешинторг“ и В/О „Техностройэкспорт“, — писал возмущенный министр, — без согласования, экспертной оценки и конъюнктурной проверки специалистами Минздрава — государственного заказчика закупаемой продукции»¹¹.

Итак, вопреки президентским указам, ценообразование на лекарства продолжало определяться Постановлением № 970.

Ценовые сигналы для производителей

Экономический эффект от Постановления оказался разрушительным: введение ограничений на торговые надбавки нанесло удар по оборотным средствам фармацевтических предприятий и аптек. В ноябре 1993 г. Комитет по политике цен признал, что новые правила «усугубили существующий кризис неплатежей» и привели к «росту задолженностей аптечных учреждений и увеличению нереализованной продукции на складах фармацевтических предприятий»¹². Полувозврат политической власти к советским экономическим рычагам лишил предприятия химико-фармацевтической промышленности возможности накапливать средства на развитие производства, научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы.

Особенно тяжело стало производителям иммунобиологических препаратов (вакцин, сывороток, диагностикумов). Они оказались в совершенно безвыходной ситуации. «Главной причиной (ступора.— *Авт.*) является отсутствие оборотных средств для закупки сырья, материалов, оборудования и запасных частей, — сообщали специалисты Комитета по политике цен. — Технологический цикл производства этих препаратов составляет от 6 до 9 месяцев и более. Учитывая темпы инфляции, опережающий рост цен за сырье, материалы и энергоносители, а также существующий порядок формирования

⁷ На всероссийский референдум 25 апреля 1993 г. были вынесены четыре вопроса: 1) доверяете ли Вы президенту Российской Федерации Б. Н. Ельцину? (согласно официальному сообщению ЦИК, 58,7% голосовавших сказали «да»); 2) одобряете ли Вы социально-экономическую политику, осуществляемую президентом Российской Федерации и правительством Российской Федерации с 1992 г.? («да» — 53 % голосовавших); 3) считаете ли Вы необходимым проведение досрочных выборов президента Российской Федерации? («нет» — 50,5% голосовавших); 4) считаете ли Вы необходимым проведение досрочных выборов народных депутатов Российской Федерации? («да» — 67,2% голосовавших). В коллективной памяти россиян референдум ассоциируется с рекламным слоганом команды Ельцина: «Да-да-нет-да».

⁸ Указ Президента РФ от 20.04.1993 № 468.

⁹ Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 303. Л. 82—85.

¹⁰ Там же. Д. 305. Л. 136—137.

¹¹ Там же. Д. 337. Л. 197—199.

¹² Там же. Д. 339. Л. 15—17. По данным Минздрава, по состоянию на 01.11.1993 на складах фармацевтических предприятий скопилось готовой продукции почти на 17 млрд. руб. Там же. Д. 342. Л. 98.

История медицины

Производство отдельных видов лекарственных препаратов в 1991—1993 гг. [11]

| Препараты | 1991 г. | 1992 г. | 1993 г. |
|---|---------|---------|---------|
| Для лечения онкологических заболеваний | | | |
| млн флаконов | 8,2 | 4,7 | 2,1 |
| млн упаковок | 29,3 | 14,3 | 5,7 |
| Для лечения глазных болезней, млн упаковок | 11,2 | 21,7 | 2,0 |
| Болеутоляющие, жаропонижающие, противовоспалительные средства | | | |
| млн ампул | 42,2 | 28,4 | 5,8 |
| млн упаковок | 432 | 400 | 221 |
| Противоастматические и антигистаминные средства | | | |
| млн ампул | 239 | 201 | 135 |
| млн упаковок | 83,5 | 83,1 | 43,4 |
| Противотуберкулезные препараты | | | |
| млн ампул | 85 | 80,4 | 73,4 |
| млн упаковок | 4,9 | 2,5 | 1,8 |
| Препараты для наркоза и местной анестезии, млн упаковок | 1,6 | 1,1 | 0,3 |
| Антибиотики | | | |
| млн упаковок | 191 | 110 | 54,2 |
| млн флаконов | 973 | 803 | 637 |
| Витамины | | | |
| млн ампул | 660 | 653 | 442 |
| млн упаковок | 476 | 251 | 239 |

цены по фактическим затратам прошлых периодов, предприятия заведомо обречены на *невосполнимый дефицит* (курсив наш. — *Авт.*) оборотных средств. Пополнить их за счет собственной прибыли предприятия не могут из-за установленной 30-процентной рентабельности»¹³.

Специалисты Минздрава солидаризовались с заключением Комитета. В письме на имя Председателя Правительства В. С. Черномырдина заместитель министра А. Д. Царегородцев описал механизм экономической ошибки: «В условиях постоянного роста цен на сырье, материалы и энергоресурсы, — писал он, — медицинской промышленности, единственной из всех отраслей промышленного производства, был установлен предельный уровень рентабельности, что при увеличении сроков оборачиваемости денежных средств привело к сокращению доли собственных оборотных средств. Попытки привлечь для их пополнения кредиты коммерческих банков вызвали сокращение ряда производств, с одной стороны, и рост цен, с другой»¹⁴.

В 1993 г. объем производства фармацевтической продукции отечественными заводами дотянулся только до уровня 63% относительно показателя 1991 г. [10].

При введенных правилах российские производители чувствовали себя связанными и были вынуждены сократить свое участие в игре. В несколько раз уменьшились объемы выпуска препаратов для лечения больных онкологическими и глазными болезнями, антибиотиков, болеутоляющих, жаропонижающих, противовоспалительных средств, препаратов для наркоза и местной анестезии (см. таблицу). Производственные мощности многих предприятий использовались лишь на 10—30%. До 60% рабочих и

служащих были отправлены в бессрочные отпуска или уволились в поисках другой работы¹⁵.

Аптечные цены

Что касается аптек, то они при новых правилах работали в убыток, так как предельная торговая надбавка¹⁶ покрывала их «издержки обращения» менее чем наполовину¹⁷. А ведь о таком следствии Правительство было заранее предупреждено. Осенью 1992 г. глава «Фармимэкс» А. Д. Апазов представил правительственным чиновникам результаты работы экспертов-аналитиков из Института фармации и собственного Объединения. Это был обоснованный финансовый расчет величины розничной торговой надбавки, при которой аптеки могут остаться в рыночной игре, т. е. работать как самостоятельные хозяйственные объекты¹⁸.

В результате волюнтаристски переписанных правил к середине 1993 г. объем оборотных средств в аптечной сети упал до 50% от фактической потребности [13]. Политическая власть воочию убедилась, что при введенных ограничениях подавляющее большинство региональных аптечных служб попадают за черту «критической финансовой ситуации»¹⁹ и/или оказываются в «предбанкротном состоянии»²⁰. Об этом ежемесячно сообщали главы региональных администраций, руководители территориальных органов здравоохранения и «Фармаций». И почти в каждом письме или телеграмме содержалась их настоятельная просьба отменить Постановление № 970. В числе просителей была даже мэрия Санкт-Петербурга²¹.

Межведомственная проверка состояния аптек в регионах, проведенная специалистами Минздрава, Минэкономики и Минфина в сентябре 1993 г., показала, что для вывода аптечной сети из кризиса неплатежей потребуются дотация из федерального бюджета в размере 150 млрд руб.²² В 1992 г. дефицит оборотных средств в товаропроводящей системе был гораздо скромнее, что говорит об ухудшении общей ситуации в сфере обращения лекарств.

Рынок рождал не только структуры, но и рыночные отношения. Оказавшись на грани разорения, многие аптеки поменяли принципы работы: во-первых, сократили ресурсоемкие производственные отделы и сдали высвободившиеся площади в аренду, а во-вторых, стали продавать нелекарственную продукцию, на которую не было ограничений рентабельности (импортные грелки, очки, зубные пасты,

¹⁵ Там же. Д. 324. Л. 123—125.

¹⁶ После выхода Постановления максимальный размер торговой наценки в аптеках составил 25% (еще 25% из отведенных 50% забирала себе аптечные склады), а для их безубыточной работы при оборачиваемости товара в 45 дней требовалась минимум 60% наценка [12].

¹⁷ Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 339. Л. 16.

¹⁸ Там же. Д. 40. Л. 280—286.

¹⁹ Там же. Д. 299. Л. 49.

²⁰ Там же. Д. 293. Л. 13.

²¹ Там же. Д. 325. Л. 99—100.

²² Там же. Д. 299. Л. 175.

¹³ Там же. Д. 339. Л. 16.

¹⁴ Там же. Д. 853. Л. 160.

косметику, детское питание и предметы ухода); в третьих, устремились за импортными лекарствами, которые имели более короткий срок оборачиваемости и позволяли получить прибыль даже при низкой торговой наценке.

В интервью и мемуарах дистрибьюторов есть свидетельства того, насколько импортные лекарства были желанны для российских аптек. Олег Моисеенков припомнил, что первая партия лекарств на сумму в 200 тыс. долларов, вывезенных «Экохелпом» из Польши, была выкуплена почти на границе [14]. Создатель «Протека» Вадим Якунин рассказывал, что в тот год на реализацию первой партии лекарств, закупленных у «Гедеон Рихтер», он с компаньоном заложили три месяца. Неожиданно партия разошлась меньше чем за две недели [14]. В мемуарах В. Н. Перминовой есть рассказ о том, что в 1993—1994 гг. представители аптек сами приезжали к дистрибьюторам, выкупали лекарства и одаривали их подарками [15]. А генеральный директор Торгового дома «Лекарства России» рассказал показательную историю из своей практики: на одном из предприятий Санкт-Петербурга его сотруднику удалось купить по очень низкой цене (в пределах 5 руб.) Раунатин, который другие коммерческие структуры предлагали аптекам по 500—700 рублей за упаковку. «И что же? — вспомнил А. Н. Узденников. — В течение полутора лет мы не смогли реализовать этот препарат — торговать им аптекам было экономически невыгодно, ибо они затрачивали много труда, а дохода получали очень мало. Так и пришлось в качестве гуманитарной помощи отправить всю партию в Киргизию» [16].

Кажется, действия всех начинающих рыночных игроков сыграли тогда против самого массового и неумелого участника — потребителя. Введенная система ценообразования привела к вымыванию с рынка дешевых российских лекарств. Они стали не выгодны ни производителям, ни продавцам.

Цены для потребителей

Вопреки надеждам реформаторов, новые правила не породили социального чуда, т. е. не облегчили доступность лекарств для потребителя. В апреле 1993 г. цены на них выросли по сравнению с 1991 г. в 130 раз: в том числе на психотропные средства — в 60 раз, на онкологические — в 50 раз, на сердечно-сосудистые — в 70 раз [17]. К концу года цены на медикаменты увеличились в 160—300 раз [18], т. е. социальная цель не была достигнута. Показатели удовлетворения потребности здравоохранения в лекарственных средствах снизились до 60% (28% составила доля российских препаратов и около 32% — импортные поставки), что, по оценке авторов Государственного доклада, означало наступление «критической ситуации с лекарственным обеспечением» [18]. Минздрав солидаризовался с этой оценкой.

Особенно остро дефицит переживался в стационарах, в распоряжении которых в среднем было около 30% необходимых им лекарств [18]. Врачам нечем было лечить пациентов. «Понимаете, — рас-

сказывала нам бывший врач, ушедшая на работу в зарубежную фармкомпанию, — в 1993 г. я работала в лучшей московской клинике. У нас было 20 коек для самых тяжелых больных детей. Их привозили со всей России, особенно в кожное отделение. Их нужно было лечить, а в больнице была только зеленка и такая базисная мазь, к которой в принципе нужно примешивать лекарства, но примешивать было нечего. В то же время заводским приказом категорически запрещала посылать родителей покупать лекарства для детей. Представляете, ты лечишь шестимесячного ребенка в тяжелейшем состоянии, не имея ничего»²³.

Информация о сгущавшемся лекарственном го-лоде не была секретной или неведомой для рыночных игроков. «Положение с обеспечением лечебных учреждений и населения лекарственными препаратами усугубляется сокращением поставок медикаментов в регион. По сравнению с прошлым годом объем поставок... снизился на 60—65%», — сообщил заместителю Председателя Правительства Ю. Ф. Яровому в августе 1993 г. генеральный директор Ассоциации экономического взаимодействия субъектов Российской Федерации «Сибирское соглашение». Эта организация объединяла тогда Алтайский и Красноярский края, Кемеровскую, Новосибирскую, Омскую, Томскую, Тюменскую области и Хакасскую автономную область. «Поставки импортных медикаментов сократились в пять-шесть раз, — телеграфировали в Москву регионалы, — цены на импортные препараты выросли до уровня мировых и сделали их совершенно недоступными»²⁴. Диагностические возможности врачей стремительно скатились до уровня конца XIX в. Отменялись плановые операции. Многие больницы соглашались на госпитализацию пациентов с хроническими заболеваниями только при условии, что они принесут с собой необходимые для их случая препараты и средства гигиены.

В архиве Минздрава хранятся письма и телеграммы от руководителей регионов, докладывавших Правительству о катастрофе с оказанием медицинской помощи²⁵. «Лечебно-профилактические учреждения, в том числе служба скорой помощи, остались без жизненно необходимых лекарств, — сообщал, например, заместитель главы Администрации Ставропольского края А. А. Шиянов в письме заместителю Председателя Правительства В. Ф. Шумейко. — Практически полностью отсутствуют многие онкологические, психотропные, сердечно-сосудистые и другие лекарственные средства»²⁶. Аналогичные сведения поступали от депутатов всех уровней²⁷, общественных и профессиональных организаций²⁸, а также от пациентов, умо-

²³ Интервью авторов статьи с Натальей Боринштейн от 22 декабря 2020 г.

²⁴ Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 324. Л. 123—125.

²⁵ Там же. Д. 325. Л. 186; Д. 330. Л. 96—97; Д. 540. Л. 47.

²⁶ Там же. Д. 330. Л. 96—97.

²⁷ Там же. Д. 319. Л. 193.

лявших власть спасти их жизни. «Глубокоуважаемый Президент. В третий раз обращаемся к Вам с мольбой о помощи, — писали от «имени тысячи больных с пересаженными органами» представители инициативной пациентской группы. — Наша жизнь зависит от лекарства циклоспорина (Сандимуну) производства Швейцарии... Лекарства осталось на два дня, а затем мы обречены на смерть»²⁹.

Правительственная и президентская почта 1992—1993 г. наполнена подобными воззваниями к состраданию. Но в 1992 г. в письмах констатировался лишь факт дефицита лекарств, а в 1993 г. врачи и региональные власти сообщали уже о последствиях — росте заболеваемости и избыточной смертности³⁰.

Рыночный кризис

Как же трудно пришлось Э. А. Нечаеву, когда после прочтения доклада о состоянии фармрынка, сделанного руководителем Группы экспертов Президента РФ И. В. Нита и советником Президента РФ по вопросам семьи, материнства и детства Е. Ф. Лаховой, Б. Н. Ельцин поручил В. С. Черномырдину разобраться в ситуации (ноябрь 1993 г.). «Крайне обеспокоен состоянием дел с обеспечением населения медикаментами и лекарственными препаратами... — писал Президент на «бегунке» к описанию «Состояния медицинского обеспечения населения». — Указ Президента „О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации“ выполняется неудовлетворительно. Полагаю, — включил «железо» глава государства, — Правительство должно серьезно разобраться в сложившейся ситуации, принять необходимые меры, вплоть до наказания виновных»³¹.

Министр в своих оправданиях нажимал на факт хронического недофинансирования здравоохранения в целом и лекарственного обеспечения в частности. При этом он создавал кривое зеркало реальности. «В целом ситуация в стране с лекарственным обеспечением не столь трагична, — утешал он своего правительственного покровителя О. Н. Сосковца. — По данным руководителей здравоохранения и проведенных проверок многих территориальных образований России (Новгород, Нижний Новгород, Санкт-Петербург, Челябинск, Волгоград, Самара и др.) состояние обеспечения населения лекарствами удовлетворительное. Только за август—октябрь 1993 г. коммерческими структурами ввезено импортных препаратов на сумму почти 3 млрд долларов США (данная цифра не подтверждается документами Министерства. — *Авт.*). И это без учета ввоза на консигнационных началах... Обстановка в стране с обеспечением лекарственными средствами хотя и вызывает тревогу, но полностью контролируется

и постепенно нормализуется»³². Видимо, информация о состоянии фармацевтической отрасли была настолько труднодоступной, неполной и асимметричной, что федеральный министр мог, не опасаясь разоблачений, ею манипулировать.

Под всесторонним давлением Правительство все же отменило действие злосчастного Постановления, но произошло это только в середине 1994 г.³³. К тому времени почти все участники рынка успели настрадаться.

Итог: в нашей реконструкции событий мы обнаружили парадоксальные вещи. Очевидно, что все впервые севшие за игровой стол участники фармрынка испытывали азарт, о чем свидетельствует эмоциональный заряд текстов не только журнальных статей, но и архивных протоколов. Все учились играть на новом для них пространстве, при этом каждый недоверчиво смотрел на соседей. Кейс России 1993 г. вскрывает ситуацию несовпадения интересов практически всех игроков, действующих от имени государства. Верховный Совет и Президентская команда по-разному смотрели на возможности обеспечения населения лекарствами и распределение бюджета, налогов и кредитов. Интересы государства трактовались различно на уровне ряда министерств, через которые шли закупки импортных лекарств. Наконец, конфликт интересов обнаружил себя внутри одного министерства — Министерства здравоохранения, структуры которого оказались в ситуации острой рыночной конкуренции.

Правительство поменяло правила игры на рынке, как только она началась. Судя по всему, это решение было воспринято остальными участниками как интервенция (участники наших интервью называли ее «черный лебедь»), и она породила сбой: все стали играть друг против друга и выигрыш не достался никому. Правительство намеревалось усилить отечественную промышленность и сделать доступными лекарства для населения, но своими действиями разорило ее и усугубило дефицит. Министр хотел диктовать правила для рынка и вывести из игры конкурентов, но добился лишь того, что конкурентов стало много и разных. Отечественные производители ждали игры в поддавки с Правительством (патерналистской политики) и неожиданно обрели в его лице жесткого ограничителя. Главы торговых государственных объединений хотели оставаться посредниками государства, но вынужденно стали частным бизнесом. Региональные власти ждали бесплатных лекарств из центра, но не дождались и были вынуждены потратить на них собственные бюджеты. Покупатели хотели снижения цен и доступности лекарств, но получили еще более дорогие препараты. И только зарубежные производители фармпродукции в этой партии, безусловно, выиграли.

И еще одно наблюдение другого рода: проверяя инструментальные возможности социологической

²⁸ Там же. Д. 323. Л. 166.

²⁹ Там же. Д. 325. Л. 234.

³⁰ Там же. Д. 491. Л. 40; Д. 540. Л. 47. Коэффициент общей смертности населения России в первой половине 1990-х годов: 1991 г. — 11,4; 1992 г. — 12,2; 1993 г. — 14,5; 1994 г. — 15,7; 1995 г. — 15,0.

³¹ Там же. Д. 362. Л. 46—49.

³² Там же. Д. 342. Л. 100.

³³ Постановление Правительства № 890 от 31 июля 1994 г.

теории рыночных цен, мы убедились, что история российского ценообразования на лекарства — хорошая призма для изучения отношений между государством (заказчиком и регулятором) и производителями лекарств, дистрибьюторами, аптеками, потребителями (в том числе пациентскими организациями) и экспертами (врачами, социологами, экономистами, журналистами). При этом наше историческое исследование выявило ограничения в этой теоретической конструкции. Из нее логически вытекает, что усиление власти государства должно вести к подавлению интересов других игроков, т. е. снижению саморегулируемости рынка, а ослабленное государство, в свою очередь, не сможет играть на стороне потребителя, т. е. осуществлять социальную защиту населения, в том числе от притязаний фармбизнеса. Однако российская история дает эксклюзивный пример: ослабленное политической борьбой и финансовыми дефицитами правительство Ельцина не было последовательным и ради самосохранения возвращалось к практикам социалистического популизма и идеи «ареста», т. е. фиксации цен на лекарства. Таким образом ослабленное государство жестко пеленало только что родившийся рынок, откликаясь на требования и желания своих постсоветских истощенных граждан.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Лин А. А., Соколова С. В. Фармацевтический рынок: фундаментальные особенности. Статья 1. Часть 2. *Проблемы современной экономики*. 2012;(3):323—5.
- White H. C. Where do Markets Come from. *Am. J. Sociol.* 1981;87:517—47.
- Уайт Х. Рынки и фирмы: взаимообусловленное возникновение. В кн.: *Экономическая социология: новые подходы к институциональному и сетевому анализу*. Сост. и науч. ред. В. В. Радаев. М.: РОССПЭН; 2002
- Thaler R. H. Mental accounting matters. *J. Behav. Decis. Making.* 1999;12:183—206.
- Zarubavel E. *Social Mindscapes. An invitation to cognitive sociology*. Cambridge: Harvard University Press; 1997.
- Рынок лекарственных препаратов: все средства хороши. *Коммерсант Власть*. 1993;(45). Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/9106>
- Радаев В. В. *Экономическая социология*. М.; 2008.
- Радаев В. В. Рынок как идеальная модель и форма хозяйства. К новой социологии рынка. *Социальные исследования*. 2003;(9):3—6.
- Синельников С. Г., Баткибеков С. Б., Золотарева А. Б. *Законодательные и политические аспекты бюджетной политики в постсоветской России*. М.; 1999. Режим доступа: https://www.iep.ru/files/text/working_papers/7.pdf
- Катлинский А. В., Лопатин П. В., Линденбратен А. Л. *Фармацевтическая промышленность и лекарственное обеспечение*. В кн.: *Здравоохранение России. XX век*. М.: ГЭОТАР-Мед; 2001. С. 212—34.
- Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1996 году. М.; 1997.
- Узденников А. Н. О новой системе ценообразования на лекарства. *Фармация*. 1993;(4):15—8.
- Борисенко Л. В. Актуальные проблемы аптечных учреждений в условиях перехода к рыночной экономике. *Фармация*. 1993;(6):27—9.
- Таблетированная фирма. Сост. и ред. Д. Кражев. М.; 2020.
- Перминова В. Н. *Фармбизнес: правдивая история о российских предпринимателях*. СПб.: Издательский дом «Питер»; 2013.
- Лекарства должны стоить столько, сколько они стоят. Актуальное интервью. *Фармацевтический Вестник*. 1994;(8):4.
- Кобзарь Л. В. Маркетинговые исследования, оценка и прогнозирование рынка лекарств России. *Фармация*. 1993;(6):30—3.
- Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1993 году. М.; 1994.

Поступила 10.07.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

- Lin A. A., Sokolova S. V. Pharmaceutical market: fundamental features. Article 1. Part 2. *Problemy sovremennoj jekonomiki*. 2012;(3):323—5 (in Russian).
- White H. C. Where do Markets Come from. *Am. J. Sociol.* 1981;87:517—47.
- White H. Markets and firms: interdependent emergence. In: *Economic Sociology: New Approaches to Institutional and Network Analysis*. Compiled and edited by V. V. Radaev. Moscow: ROSSPEN; 2002 (in Russian).
- Thaler R. H. Mental accounting matters. *J. Behav. Decis. Making.* 1999;12:183—206.
- Zarubavel E. *Social Mindscapes. An invitation to cognitive sociology*. Cambridge: Harvard University Press; 1997.
- The drug market: all means are good. *Kommersant Vlast*. 1993;(45). Available at: <https://www.kommersant.ru/doc/9106> (in Russian).
- Radaev V. V. *Economic Sociology [Jekonomicheskaja sociologija]*. Moscow: 2008 (in Russian).
- Radaev V. V. Market as an ideal model and form of economy. Towards a new sociology of the market. *Social'nye issledovanija*. 2003;(9):3—6 (in Russian).
- Sinelnikov S. G., Batkibekov S. B., Zolotareva A. B. Legislative and political aspects of budget policy in post-Soviet Russia [*Zakonodatel'nye i politicheskie aspekty bjudzhetnoj politiki v postsovetskoj Rossii*] Moscow; 1999. Available at: https://www.iep.ru/files/text/working_papers/7.pdf (in Russian).
- Katlinskii A. V., Lopatin P. V., Lindenbraten A. L. *Pharmaceutical industry and drug supply*. In: *Zdravookhranenie Rossii. XX vek*. Moscow: GEOTAR-Med; 2001. P. 212—34 (in Russian).
- State report on the state of health of the population of the Russian Federation in 1996 [*Gosudarstvennyi doklad o sostoyanii zdorov'ya naseleniya Rossijskoi Federatsii v 1993 godu*]. Moscow; 1997 (in Russian).
- Uzdennikov A. N. On the new system of pricing for medicines. *Pharmacia*. 1993;(4):15—8 (in Russian).
- Borisenko L. V. Actual problems of pharmacy institutions in the conditions of transition to market economy. *Pharmacia*. 1993;(6):27—9 (in Russian).
- Pilled company [*Tabletirovannaja firma*]. Ed. by D. Krjazhev. Moscow; 2020 (in Russian).
- Perminova V. N. Pharmaceutical business: a true story about Russian entrepreneurs [*Farmbiznes: pravdivaja istorija o rossijskih predprinimatel'jah*]. St. Petersburg: Piter; 2013 (in Russian).
- Medicines should cost as much as they cost. Topical interview. *Farmaceuticheskij Vestnik*. 1994;(8):4 (in Russian).
- Kobzar L. V. Marketing research, evaluation and forecasting of the Russian drug market. *Pharmacia*. 1993;(6):30—3 (in Russian).
- State report on the state of health of the population of the Russian Federation in 1993 [*Gosudarstvennyi doklad o sostoyanii zdorov'ya naseleniya Rossijskoi Federatsii v 1993 godu*]. Moscow; 1994 (in Russian).

Серебряный Р. С.

ПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СССР В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ (1949—1954)

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

В статье рассмотрено состояние питания населения в послевоенный восстановительный период 1949—1954 гг., после отмены в СССР нормированного распределения по карточкам продуктов питания и проведения в 1948 г. денежной реформы. Показано постоянное повышение количества и качества принимаемой пищи ежегодно, вплоть до конца изучаемого периода. Даны объяснения противоречивым оценкам разных исследователей относительно эффективности мероприятий, проводимых властью, для улучшения пищевого рациона граждан. Установлено, что характеристика, данная авторами, во многом обусловлена временем проведения исследования, наличием рассекреченных архивов, приспособленчеством к доминирующему в эти годы тотальному отрицательному отношению к сталинизму, провозглашенному Н. С. Хрущёвым. Подчеркивается, что административно-командный метод, применяемый в сфере налаживания организации питания трудящихся, при всех его недостатках, судя по результатам, позволяющим людям с каждым последующим годом покупать больше пищи, был в то время достаточно эффективным. Ожидания населения, связанные после разрушительной войны с надеждой на лучшую жизнь, ежегодно подкреплялись снижением цен на потребительские товары и повышением доходов большинства населения, носящим справедливый характер. Люди, приносящие максимум пользы обществу, — научные сотрудники, врачи, учителя — имели больше возможностей потреблять сбалансированную пищу. Вместе с тем даже низкооплачиваемые трудящиеся могли позволить себе покупать высококалорийные продукты. Несмотря на постоянное улучшение структуры питания, содержание макро- и микронутриентов в пище не отвечало требованиям для насыщения организма полноценными ингредиентами (белками, углеводами, жирами, витаминами). Доказано, что советская модель развития на примере ее реализации в области питания населения была принята обществом в 40—50-е годы прошлого столетия и нуждается в дальнейшем изучении и осмыслении для применения лучших советских практик в настоящее время.

Ключевые слова: история; питание населения; СССР; 1949—1954 гг.; цены на продукты; доходы людей.

Для цитирования: Серебряный Р. С. Питание населения СССР в послевоенные годы (1949—1954). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):1025—1032. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1025-1032>

Для корреспонденции: Серебряный Роман Сергеевич, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: niimramn@mail.ru

Serebryany R. S.

THE NUTRITION OF POPULATION OF THE USSR DURING 1949–1954

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

The article considers state of nutrition of population of the USSR during post-war recovery period in 1949–1954 after cancellation of standardized distribution of food cards and implementation of currency reform in 1948. The constant annual increase of quantity and quality of ingested food up to end of studied period is demonstrated. The explanations are given to contradictory assessments by various researchers of efficiency of measures implemented by authorities to improve dietary intake of citizens. It is established that characteristic given by authors, in many respects, is determined by time of study, availability of declassified archives, timeserving to dominated in those years of total negative attitude to Stalinism, proclaimed by N. S. Khrushchev. It is emphasized that administrative command method applied in establishing organization of diet of working population, for all its shortcomings, judging by results, allowed people with every following year to buy more food, was at the same time rather effective. The expectations of population related to hope of better life after devastating war, were reinforced annually by decreasing of prices of consumer goods and increasing of incomes of majority of population, having fair character. The people bringing maximal benefit to society — researchers, physicians, teachers — had more opportunities to consume balanced food. At the same time, even low-paid workers could afford oneself to buy high-calorie products. Despite constant improvement of nutrition structure, content of macro- and micro-nutrients in food did not meet requirements for saturating organism with full-fledged ingredients (proteins, carbohydrates, fats, vitamins). It is proved that Soviet model of development as exemplified by its implementation in sphere of nutrition of population was accepted by society in 1940s–1950s and requires further investigation and pondering to applied best Soviet practices nowadays.

Keywords: history; nutrition of population; the USSR; 1949–1954; food prices; people incomes.

For citation: Serebryany R. S. The nutrition of population of the USSR during 1949–1954. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(5):1025–1032 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1025-1032>

For correspondence: Serebryany R. S., doctor of medical sciences, the Leading Researcher of the Department of History of Medicine of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: niimramn@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was carried out within the framework of the State Registration Research (No. 1021062512028–8) “Institutional foundations of the development of medicine and healthcare in Russia in the 20th and 21st centuries”.

В историографии проблема питания населения в послевоенные годы оказалась в тени более значительных изучаемых тем [1]. В посвященных ей работах исследователи делали зачастую прямо противоречивые заключения об эффективности мероприятий по улучшению питания населения, проводимых советской властью [2—5]. Можно констатировать, что, введя сначала карточную систему на приобретение основных продуктов питания и добившись нужных результатов, обеспечив минимальные потребности людей, затем отменив ее, осуществив денежную реформу и снизив цены, одновременно поднимая зарплаты трудящимся, правительство создало к 1949 г. основу для проведения мероприятий для удовлетворения нужд населения в нормальной пище.

Цель работы — исследование состояния питания населения в СССР после ликвидации послевоенного массового голода 1947—1948 гг.

Задачами являлись изучение продовольственного обеспечения в стране, динамики изменения индикаторов цен на пищевые продукты, роста доходов населения, структуры и рациона питания людей в период 1949—1954 гг.

Объект исследования — питание населения в СССР в 1949—1954 гг. Предмет — деятельность государства по организации рационального питания людей, повышению потребительского спроса на пищевые продукты и покупательской возможности населения.

Хронологические рамки определены как: 1949 г. — начало, время окончания экстремальных мер по борьбе с голодом, 1954 г. — конец, период завершения проводимых правительством, возглавляемым И. В. Сталиным, мероприятий по развитию народного хозяйства, повышения благосостояния народа.

После отмены карточной системы в декабре 1947 г. пищевые товары появились в государственных магазинах по доступным ценам, уменьшившимся в 3 раза. Пирожные, ранее продаваемые лишь в коммерческих магазинах за 30 руб., с этого момента стоили 3 руб. [5]. На продовольствие 16 декабря 1947 г. в СССР были введены единые цены, и

по 1954 г. происходило ежегодное снижение цен на потребительские товары массового спроса.

В табл. 1 показана динамика снижения цен в 1947—1952 гг.: хлебобулочные изделия подешевели в 2,6 раза, мясо и птица — в 2,4 раза, сахар — в 2 раза, масло — в 2,7 раза, рыба и сельдь — почти вдвое. Стоимость продуктов упала за 5 лет в среднем более чем на 50% [6].

С 10 апреля 1948 г. по 1 апреля 1954 г. правительство семь раз снижало государственные цены. Последнее снижение цен случилось после смерти И. В. Сталина, но было запланировано и просчитано при его жизни. Большинство населения положительно оценило государственные мероприятия по уменьшению розничной стоимости продуктов. В приложении к докладной заместителю председателя правительства В. М. Молотову 2 апреля 1953 г. один из отзывов гражданина страны гласит: «...с каждым годом жить все лучше, если нам не навяжут войну, то будем жить еще лучше»¹.

В марте-апреле в 1947—1953 гг. цены на продукты снижали ежегодно от 10 до 50%. Так, стоимость мяса за это время уменьшилась на 60% [4]. В 1952 г. 1 кг хлеба стоил 3—4 руб., мяса — 28—32 руб., сливочного масла — 62 руб. десяток яиц — 11 руб. [7]. В 1955 г.: ржаной хлеб — 1 руб./кг, булка — 1,5 руб./0,5 кг, мясо — 12,5—18 руб./кг, живая рыба (карп) — 5 руб./кг, осетровая икра — 180 руб./кг, обед в столовой — 2—3 руб. [5].

Снижение цен на продукты в период послевоенного сталинского правления было одним из главных факторов, позволявших населению приобретать больше продуктов. Покупательная возможность людей увеличилась в 1950 г. на 6,5%, в 1952 г. — на 18,6%², а в 1953 г. по отношению к IV кварталу 1947 г. — на 60%³. Объем реализации продовольствия, кроме яиц и молочной продукции, в 1950 г. сравнялся или был близок к показателям 1940 г. [8]. Уровень продаж в торговой сети в 1952 г. равнялся 123% по сравнению с 1940 г.⁴

Например, в Сталинградской области вследствие уменьшения стоимости в 1952 г. продажа мяса выросла в 2,7 раза, масла — в 2,3 раза, сахара — на 27% и т. д. [6]. Товарооборот в первый день после снижения цен в апреле 1953 г. увеличился в 30 городах страны на 17,7%⁵.

При этом снабжение городов потребительскими товарами было неравномерным. Лишь в Москве и Ленинграде удавалось создать запас продуктов. Это подтверждает телеграмма Сталинградского обкома ВКП(б), направленная в апреле 1952 г. в Совмин СССР: «В гор. Сталинграде ощущается большой недостаток мяса, колбасных изделий, рыбы и рыбото-

¹ Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 82. Оп. 2. Л. 47—48.

² Советская жизнь. 1945—1953: Сб. док. М.: РОССПЭН; 2003. С. 498.

³ Там же. С. 59.

⁴ Советская торговля: Стат. сб. М.: Статистика; 1964. С. 28.

⁵ РГАСПИ. Ф. 82. Оп. 2. Л. 45.

Таблица 1
Индексы государственных розничных цен на продукты в 1947—1952 гг. (в % к IV кварталу 1947 г.) [6]

| Наименование | IV квартал 1947 г. (до 16 декабря) | 16 декабря 1947 г. | 1 марта 1949 г. | 1 марта 1950 г. | 1 марта 1951 г. | 1 марта 1952 г. |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Все | 100 | 82 | 68 | 53 | 48 | 43 |
| Хлеб и хлебобулочные изделия | 100 | 81 | 73 | 53 | 45 | 39 |
| Мясо и птица | 100 | 88 | 79 | 59 | 50 | 42 |
| Колбасы | 100 | 85 | 76 | 57 | 49 | 41 |
| Рыба и сельдь | 100 | 80 | 72 | 60 | 54 | 54 |
| Масло животное | 100 | 80 | 72 | 48 | 41 | 37 |
| Масло растительное | 100 | 84 | 84 | 76 | 76 | 80 |
| Сахар | 100 | 63 | 63 | 55 | 55 | 49 |

Таблица 2

Сравнение цен на основные продукты питания в СССР и странах антигитлеровской коалиции (в % на 01.01.1951 к ценам на 01.01.1947)*

| Страна | Хлеб | Мясо | Масло | Сахар |
|----------------|------|------|-------|-------|
| СССР | 39 | 42 | 37 | 49 |
| США | 128 | 126 | 104 | 106 |
| Великобритания | 190 | 135 | 225 | 233 |
| Франция | 208 | 188 | 182 | 370 |

* Восстановление и развитие народного хозяйства. Изменения в социальной сфере. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/37680>

варов. Спрос трудящихся на эти продукты далеко не удовлетворяется⁶.

В ряде мест вследствие повышенного спроса возник дефицит гречки, пшена, мяса, колбас, масла. При этом при наличии сельди отсутствовала свежая рыба. В Москве, Ленинграде и Киеве появились симптомы того, что может возникнуть недостаток фруктов⁷.

Население имело деньги и могло позволить себе купить больше качественной пищи. Зарубежные авторы писали: «Россия переживает чрезвычайно бурный рост» (Ф. Линдсей), «Советский экономический вызов реален и опасен» (А. Ноув)⁸.

Цены в западных странах в эти годы росли. За три послевоенных года, с 1949 по 1951 г., цены на основные продукты питания в СССР снизились более чем вдвое, в то время как в капиталистических странах увеличились, даже в США и Великобритании, несмотря на отсутствие войны на их территории (табл. 2).

Снижение цен имело огромный эффект, вселяло в людей надежду на улучшающуюся каждый день жизнь [5]. Другим важным фактором было увеличение дохода населения.

Заработная плата повышалась в послевоенные годы в среднем на 8% в год, росли выплаты по социальному страхованию, пособия многодетным и одиноким матерям, стипендии. Работники бюджетных организаций получали во время зарплаты в среднем на 34,8% больше денег⁹, труд крестьян оплачивался в денежном выражении в 1,5 раза выше¹⁰.

В результате снижения цен и одновременного роста заработной платы естественно происходило повышение жизненного уровня населения, хотя ряд исследователей утверждают, что реальное падение цен составляло несколько процентов, а большее значение имел пропагандистский эффект для популяризации советского строя [4]. Последнее, конечно, имело место, но наряду с этим результаты дости-

жений в улучшении благосостояния людей, по нашему мнению, не могут не впечатлять.

Но доходы большей части населения оставались невысокими. В начале 1950-х годов средняя заработная плата составляла около 500 руб. в месяц. Увеличение размера заработной платы одновременно со снижением цен в среднем на 20% вызывало значительный рост дохода отдельных категорий населения. Самая большая зарплата была у научных работников [9]. У рабочих и инженерно-технических работников (ИТР) в промышленности, лиц с высшим и средним образованием, научных сотрудников, работников образования и медицины оклады выросли на 20%. Доктор наук стал получать на 3400 руб. больше (5000 вместо 1600 руб.), кандидат наук — 3200 (ранее — 1200 руб.) [5].

Типичная советская городская семья из четырех человек — двух взрослых, имеющих должностной оклад инженера, студента и школьника — имела в 1955 г. ежемесячный доход 4800 руб. и тратила на хорошее, полноценное питание 800 руб. Автор считает, что данные показатели отражали средний уровень бюджета семьи городского жителя [5].

Правда, по окончании IV пятилетки поступательному движению в начале 1951 г. помешала засуха, которая охватила практически все плодородные районы (Поволжье, Сибирь, Казахстан и др.). Сбор зерна в СССР в 1951 г. составлял лишь 82%, картофеля — 77%, овощей — 69% относительно показателей 1940 г. Урожайность зерна в 1949—1953 гг. составляла 7,7 центнеров с гектара (в 1913 г. — 8,2). В РСФСР произвели лишь 46,8 млн то зерна, до войны — 70 млн тонн. Меньше стало растительного масла, рыбы, соли. В пищевом рационе увеличилась доля хлеба и возросло потребление картофеля¹¹.

В письмах, поступающих из Ярославской, Ростовской и других областей в центральные органы, сообщалось о серьезных трудностях с обеспечением хлебом, мясом, сахаром [1].

Историография послевоенных лет не однозначна. Анализируя, противоречащие друг другу материалы о состоянии питания в 1949—1954 гг. [1—5], можно прийти к выводу, что исследователи, приводя данные о негативных сценариях, писали спустя много лет, в конце XX — начале XXI в., находясь под впечатлением голодных событий 1947—1948 гг., 1951 г., и не учитывали объективно напряженную обстановку в мире, исходящую от враждебно настроенных к СССР США и Великобритании. Профессор, доктор технических наук В. А. Торгашев, живший в те годы, писавший о положительных тенденциях, оценивал состояние питания, основываясь на собственной и близких ему людей покупательской возможности и показателях Центрального статистического управления (ЦСУ), свидетельствовавших об улучшении питания в целом по стране [5]. В интервью, взятом нами в марте-апреле 2023 г. у двух

⁶ Центр документации новейшей истории Волгоградской области (ЦДН ИВО). Ф. 113. Оп. 39. Д. 416. Л. 10, 11.

⁷ РГАСПИ. Ф. 82. Оп. 2. Л. 43.

⁸ Восстановление народного хозяйства в СССР в 1946—1950 г. Империя СССР. Народная сверхдержава. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/208876>

⁹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. А-374. Оп. 3. Д. 1210. Л. 25 об., 136 об., 139, 151 об., 154 об.

¹⁰ Российский государственный архив экономики (РГАЭ). Ф. 7486. Оп. 7. Д. 1257. Л. 96, 98.

¹¹ Восстановление и развитие народного хозяйства. Изменения в социальной сфере. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/37680>

очевидцев тех событий — 98-летнего профессора, врача, доктора медицинских наук и 92-летнего школьного учителя, — прозвучало, что действительно в 50-е годы прошлого века черную икру можно было купить в магазине, правда, одна из них утверждала, что икра вовсе не лежала на прилавках свободно, как пишет профессор В. А. Торгашев. Школьный учитель, оба родителя которой были врачами, подтверждает, что мама кормила ее бутербродами с черной икрой. Вместе с тем она вспоминает, что на собранные деньги им удалось купить лишь жакет для мамы. Речь о том, чтобы улучшить жизнь, приобретя новое жилье речь, не шла вообще. Отметим, что обе женщины жили в семьях с хорошими доходами. Как изложено выше, учителя и врачи имели более высокие зарплаты, чем остальные работники. Профессор, дававшая интервью, в те годы научный сотрудник, действительно имела достойную зарплату. Сотрудник, защитивший диссертацию, сразу получал ощутимую надбавку. В разговоре она сообщила, что, как ни удивительно, но при вести о поступлении икры первыми бежали в магазин низкооплачиваемые работники (машинистки, уборщицы и др.). Видимо, получаемая зарплата и низкие цены давали возможность большинству людей приобретать деликатесы.

Несмотря на расширение пищевого ассортимента, главным в питании оставался хлеб. Трехразовое питание было обычным для советского человека и включало завтрак, обед и ужин. В семейном бюджете на питание горожанина и сельского жителя приходилось в среднем на человека 200—210 руб. Типичная семья из четырех человек (двое взрослых и двое детей) имела среднемесячный доход 1200 руб., на питание тратила до 800 руб. [5].

О росте благосостояния людей свидетельствует увеличение посещаемости ресторанов. Инженеры, учителя, врачи, творческие работники и другие, получавшие достойную зарплату, могли посещать рестораны. Конечно, многие горожане, не имеющие больших доходов, позволить себе этого не могли [10].

Вместе с тем по праздникам большинство людей покупали еду для праздничного стола и алкоголь, чаще всего водку, которой с 1948 г. стало достаточно и лучшего качества. Она изготавливалась по новой технологии — с применением активированного угля [11].

Наряду с положительными нарративами о ежегодном улучшении питания после голода 1940-х годов, достигшем по инерции после кончины И. В. Сталина максимума в 1955 г., имелись отрицательные отзывы о питании населения в первые годы V пятилетки, продовольственном кризисе в начале 1950-х годов [1].

Однако в рассекреченном докладе председателю Совета Министров СССР Н. А. Булганину об уровне потребления продовольственных товаров в СССР в среднем на душу населения от 3 октября 1955 г., подготовленном ЦСУ СССР, Институтом экономики АН СССР и Институтом питания АМН СССР,

приводятся данные о возросшей покупке в 1950 г. мяса и сала (с гольем) до 26 кг (в сравнении с 1940 г. — 24 кг), молока и молочных продуктов до 172 кг (1940 г. — 143 кг), масла растительного до 2,7 кг (1940 г. — 2,3 кг), сахара до 11,6 кг (1940 г. — 8,7 кг), рыбы и рыбных продуктов до 7 кг (1940 г. — 5,1 кг), яиц до 60 штук, вместо 54 в 1940 г.¹². В 1954 г. эти цифры выросли еще больше: мяса — до 32 кг на человека, молока и молочных продуктов — до 175 кг, масла растительного — до 4,8 кг, сахара — до 20,9 кг, рыбы и рыбных продуктов — до 8,9 кг, яиц — до 84 штук. Хлеба и хлебных продуктов употребляли на душу в среднем на 15 кг меньше, чем в 1950 г., что свидетельствовало о положительных изменениях в структуре питания¹³.

При этом в разных регионах СССР отличия в потреблении продуктов были значительными. В Москве сливочного масла один человек покупал в среднем 8,7 кг в год, в Ленинграде — 10,8 кг, в Брянской области — 1,7 кг, в Липецкой области — 2,2 кг, в среднем по стране — 5,5 кг. Количество колбас, при среднем уровне ежегодных продаж в стране 13 кг, составляло в Москве 28,7 кг, в Ленинграде — 24,4 кг, в Липецкой области — 4,4 кг, в Брянской — 4,7 кг, в других областях — около 7 кг [5]. Отметим одинаковый уровень дохода рабочих в отдельных регионах. Зарплата в государственных учреждениях в 1953 г. была в среднем на 160 руб. больше, чем в 1948 г. Доход одного члена семьи равнялся в среднем 7000 руб. в год. Каждый житель города и села тратил на питание ежемесячно приблизительно 200—210 руб. В семейном бюджете врачей, у которых доход был выше, на приобретение пищи уходило в среднем 250 руб. в год [5]. Сельчане ели больше хлеба, чем горожане, меньше мяса, масла, рыбы, сахара.

Вышеприведенные цифры свидетельствуют, что, несмотря на тяжелейшую послевоенную разруху, голод 1947—1948 гг., засуху 1951 г., жизненный уровень людей к концу V пятилетки повысился. Замечательно переиздание в 1952 и 1953 гг. «Книги о вкусной и здоровой пище» тиражом в 500 тыс. экземпляров¹⁴.

Показатели роста экономики и продовольственного обеспечения постоянно росли, что было основой для улучшения питания населения.

В 1952 г. валовой внутренний продукт страны составил 406 млрд руб. (в сопоставимых для XX в. ценах), в 1,9 раза превысив показатели предвоенного 1940 г. и 1,5 раза — 1945 г. В 1950-е годы национальный доход страны возрастал ежегодно, по разным данным, в среднем на 9,3—10%. В 1950 г. потребление продовольствия в СССР удалось, по официальным данным, приблизить к существующему до войны¹⁵ а по последним рассекреченным материалам — существенно увеличить¹⁶. Несмотря общее повыше-

¹² Заверенная копия с визами сотрудников ЦСУ СССР. РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2313. Л. 164—185.

¹³ Восстановление и развитие народного хозяйства. Изменения в социальной сфере. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/37680>

¹⁴ Книга о вкусной и здоровой пище. М.: Пищепромиздат; 1952.

История медицины

ние уровня жизни, 42—65% совокупного дохода сельчанам в 1946—1951 гг. давало подсобное хозяйство и только 15—20% приходилось на зарплату, заработанные в колхозе трудодни¹⁷.

Вместе с тем в записях одного из жителей Ленинграда, в 1950-годы путешествовавшего по стране, подчеркивалось, что на железнодорожных станциях сельчане, встречая поезда, предлагали на выбор огромное количество разных продуктов: кур жареных, вареных и копченых, яйца, приготовленные дома колбасы и пирожки с содержанием рыбы, мяса печени, варенья и т. д. [5].

Будучи 12-летним подростком, автор предлагаемого материала, проезжая по Кубани вместе с родителями, тоже отчетливо помнит изобилие разнообразной снеди, выносимой к поездам сельчанами. С одной стороны, это свидетельствовало о том, что жизнь в деревнях становилась богаче. С другой — заработки колхозников оставляли желать лучшего. Отмечу, что проводники поезда и попутчики, в основном горожане, очень активно брали предлагаемые продукты: значит, было на что купить.

Возрождение страны было невозможно без героического труда народа, вдохновленного победой над фашизмом и верой в благополучное будущее [12]. Это подчеркнул 24 мая 1945 г. И. В. Сталин на приеме в Кремле командующих войсками Красной Армии, провозгласив на торжественном обеде тост в честь русского народа [13].

Конечно, о сбалансированном питании говорить не стоит. Ведь для обеспечения научно обоснованных норм питания каждому человеку в 1954 г. не хватало в рационе в среднем 26% белков, 42% жиров, преобладали углеводы. Суточная калорийность равнялась 92%¹⁸.

Селяне потребляли, по официальным данным 1940, 1950 и 1952 гг., меньше мяса, сахара, рыбы, кондитерских изделий¹⁹.

При сравнении жизни рабочих СССР и капиталистических стран, покупательная способность в последних была на порядок выше. Например, рабочий в США за 1 ч работы мог заработать на приобретение продуктов в 5,6 раза больше, чем рабочий в СССР²⁰.

В 1950 г. житель СССР ел мяса в среднем в 2,5 раза меньше, чем француз, и в 1,8 раза, чем англичанин, пил молоко в 1,2 и в 2,3 раза реже, но потре-

блял больше хлеба почти в 1,5 раза и картошки в 2 раза²¹.

Приняв во внимание вышеуказанные события (война, засуха), мы приходим к пониманию, что другому быть и не могло. Подчеркнем, государство в условиях необходимости выделять средства на восстановление разгромленной инфраструктуры, оборону, создание ракетно-космической отрасли, разработку атомной (с 1946 г.) и водородной (с 1950 г.) бомб в связи с угрозой из-за рубежа и другие траты, изыскивало средства на улучшение жизни людей. Население при понижении государственных розничных цен с 10 апреля 1948 г., в расчете на год, имело от первого уменьшения выигрыш 57 млрд, 1 марта 1949 г. — 48 млрд, 1 марта 1950 г. — 80 млрд, 1 марта 1951 г. — 27,5 млрд, 1 апреля 1952 г. — 24 млрд, 1 апреля 1953 г. — 24 млрд руб. Всего за 6 лет дивиденды составили 260,5 млрд руб.²².

В послевоенное время продолжали функционировать столовые на заводах и фабриках, организованные в 1941—1945 гг. для трудящихся, сутками находившихся на работе. Вместе с тем большой рынок сделало общественное питание, которое стало развиваться огромными темпами. Оно было призвано восполнить собой систему фабрик-кухонь и ведомственных столовых, которые сыграли свою роль во время войны, вернее, дополнить сеть существующих предприятий по питанию населения, сделав их посещение обыденным для широких слоев общества, привлекая низкими ценами на блюда.

Повсеместно стали открываться дешевые заведения общепита: буфеты, ларьки, киоски, пивные, чайные, закусочные, рюмочные, «Пиво-воды», «Соки-воды», число которых постоянно росло (с 1947 по 1950 г. на 70%)²³. Население стало доверять пище, изготавливаемой в небольших торговых точках.

В школьных и студенческих учреждениях общепита цены были низкие, доступные учащимся. Хлеб, соль, перец, горчица были бесплатными. В школьном буфете пирожок с повидлом стоил 5 коп., с ливером — 10 коп. В студенческой столовой можно было пообедать за 2 руб., взяв суп с мясом, второе с куском мяса и компот. Учитывая, что стипендия равнялась 290 руб., после оплаты общежития оставалось 250 руб. (в 2023 г. было бы в 30 раз больше) [5]. Из вышесказанного понятно, что в 1950-е годы у студентов с питанием было минимум проблем. Вместе с тем большинство населения, имея растущие доходы, было недовольно однообразием меню и качеством предлагаемой пищи, из-за чего в 1950 г. на предприятиях общепита потребовалось приготовить на 4,5 млн блюд меньше, чем в 1947 г. [14].

¹⁵ Восстановление и развитие народного хозяйства. Изменения в социальной сфере. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/37680>

¹⁶ Заверенная копия с визами сотрудников ЦСУ СССР. РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2313. Л. 164—185.

¹⁷ Восстановление и развитие народного хозяйства. Изменения в социальной сфере. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/37680>

¹⁸ Советская жизнь. 1945—1953 : Сб. док. М.: РОССПЭН; 2003. С. 127—8.

¹⁹ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 1184. Л. 182.

²⁰ Восстановление и развитие народного хозяйства. Изменения в социальной сфере. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/37680>

²¹ Народное хозяйство СССР: Стат. сб. М.: Госстатиздат, 1956. С. 119—204; 123, 4.

²² Советская жизнь. 1945—1953: Сб. док. М.: РОССПЭН, 2003. С. 527.

²³ Из истории ресторанного дела Российской Империи и СССР раннего периода. Режим доступа: zhiznteatr.mirtesen.ru/blog/43623573673/iz-istorii-restoranov... (дата обращения 16.08.2019).

Таблица 3

Нормы потребления основных продуктов питания на душу населения в СССР в 1954 г.*

| Наименование | Научная норма | Фактическое потребление в 1954 г. | Фактическое потребление, в % к научной норме |
|----------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Хлебные продукты | 121 кг | 180 кг | 149 |
| Картофель | 114 кг | 153 кг | 134 |
| Овощи и бахчевые | 141 кг | 66 кг | 47 |
| Фрукты и ягоды | 98 кг | 13 кг | 13 |
| Мясо и сало (с голем) | 65 кг | 32 кг | 49 |
| Рыба и рыбные продукты | 18,6 кг | 8,9 кг | 48 |
| Молоко и молочные продукты | 540 кг | 175 кг | 32 |
| Яйца | 350 шт. | 84 шт. | 24 |
| Сахар | 31,4 кг | 21 кг | 67 |

* Заверенная копия с визами сотрудников ЦСУ СССР. РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2313. Л. 164—185.

Сокращение спроса вызвало уменьшение на 3% количества мяса и птицы, на 10% — растительного масла, на 14% — картошки, на 4% — овощей, на 4% — рыбы, необходимых для приготовления в общепите пищи, в 1950 г. по сравнению с последним предвоенным годом. Население стало меньше посещать столовые. Домашняя пища была вкуснее, разнообразнее, качественнее и обходилось дешевле²⁴.

Результаты, достигнутые в IV и V сталинских пятилетках (1946—1955), озвученные в 1955 г. на XX съезде КПСС, впечатляли: рост национального дохода составил 68%, заработная плата на предприятиях и в бюджетных учреждениях выросла в среднем на 39%, доходы колхозников увеличились на 50%. Учитывая, что на этом съезде новый глава СССР Н. С. Хрущев разоблачал культ личности И. В. Сталина, эти цифры не подвергаются сомнению²⁵.

Наряду с огромным прогрессом, показатели питания были далеки от требуемых организмом человека ингредиентов пищи.

Повышение жизненного уровня населения позволило начать в середине 1950-х годов научные исследования по изучению рациональных норм годового потребления продовольственных продуктов человеком [15—17].

Так, в 1954 г. в СССР гражданину для обеспечения сбалансированного питания недоставало в среднем в год 33 кг мяса и мясопродуктов, 75 кг овощей и бахчевых, 75 кг свежих фруктов и ягод, 10,4 кг сахара, 97 кг рыбы и рыбопродуктов, 365 кг молока и молочных товаров, 266 яиц. Отсутствие этих высокопитательных продуктов покрывалось за счет большего употребления хлеба и картофеля (табл. 3).

М. А. Клинова, обобщив данные ряда авторов [18—20], проанализировала нормы потребления продуктов питания, рассчитанные на человека в килограммах на один год в период 1950—1980 гг. [21]. Ее выводы свидетельствуют о ежегодном увеличе-

²⁴ РГАСПИ. Ф. 82. Оп. 2. Л. 43.

²⁵ Восстановление народного хозяйства в СССР в 1946—1950 г. Империя СССР. Народная сверхдержава. Режим доступа: <https://history.wikireading.ru/208876>

Таблица 4

Содержание макро- и микронутриентов в пище населения в СССР в 1954 г.*

| Наименование | Научная норма | Фактическое потребление в 1954 г. | Фактическое потребление, в % к научной норме |
|-----------------------------|---------------|-----------------------------------|--|
| Белки, г | 105 | 78 | 74 |
| Жиры, г | 99 | 57 | 58 |
| Углеводы, г | 415 | 480 | 116 |
| Калории | 3053 | 2814 | 92 |
| Витамин А, мкг | 3257 | 1635 | 50 |
| Витамин В ₁ , мг | 1,9 | 2,06 | 108 |
| Витамин В ₂ , мг | 2 | 1,55 | 78 |
| Витамин С, мг | 54 | 33 | 61 |
| Витамин РР, мг | 16,2 | 17,9 | 110 |

* Заверенная копия с визами сотрудников ЦСУ СССР. РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2313. Л. 164—185.

нии норм рационального потребления мясомолочной продукции, овощей, рыбы и сахара в 1950-е годы. В то же время уменьшались доля хлеба, картофеля, круп, макаронных изделий. Она подчеркивает большую скорость роста норм мясомолочной продукции, что, по мнению большинства исследователей, является доказательством повышения уровня жизни народа [22—24].

В настоящее время ряд исследователей подвергают критике сталинские практики «повышения благосостояния народа» на основе директивной системы управления [25]. Но для установления истины надо придерживаться принципа: важным является извлечение и применение опыта всего наработанного для пользы людей, «что сумела продемонстрировать в лучшие периоды своего существования советская модель развития» [26].

Заключение

В послевоенные 8 лет Совет Министров СССР и ЦК ВКП(б) во главе с И. В. Сталиным восстановили потенциал страны, находившейся в разрухе и потерявшей 28 млн человек, сумел минимизировать последствия голода 1946—1948 гг. Административно-командный метод управления народным хозяйством, судя по итогам, позволил реанимировать промышленность и поднять сельское хозяйство на довоенный уровень. Показатели, стоящие перед страной, по обеспечению населения продовольствием учитывались в планах наряду с цифрами по возрождению промышленности и сельского хозяйства. Несмотря на критику в историографии некоторыми авторами мер, проводимых по снижению цен и отмене карточной системы, как показали результаты, системный характер мероприятий позволил сначала справиться с продовольственным кризисом, а затем из года в год повышать доходы и покупательную способность населения, а следовательно, улучшать питание людей. В контексте использования исторического опыта в работе обозначена проблема регулирования функционирования народного хозяйства, чтобы она воспринималась большинством народа позитивно. Понятно, что в современных условиях действия рыночной экономики снижение цен

История медицины

административными методами невозможно, но необходимость справедливого решения вопросов ценообразования и доходов населения актуально.

Исследование выполнено в рамках НИР (номер госрегистрации 1021062512028-8) «Институциональные основы развития медицины и здравоохранения в России в 20—21 веках».

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Круглов В. «Последний сталинский голод»: кризис продовольственного обеспечения в СССР начала 1950-х гг. Экономическая история. Ежегодник 2013. М.; 2014. Опубликовано 12 мая 2017 г. Режим доступа: <https://zapadrus.su/rusmir/istf/1671-posled>
2. Кондрашин В. В. Три советских голода. В сб.: Международная научная конференция «Аграрное развитие и продовольственная политика России в XVIII—XX веках: история и современность». Оренбург; 2007. С. 299—312.
3. Волков И. М. Засуха, голод 1946—1947 гг. *История СССР*. 1991;(4):28—36.
4. Яков Миркин. Шесть сталинских ценовых послаблений глазами ученого-экономиста. Режим доступа: <https://rg.ru/2022/01/02/shest-stalinskih-cenovyh-poslablenij-glazami-uchenogo-ekonomista.html> (дата обращения 02.01.2022).
5. Торгашев В. А. Послевоенный быт в СССР. Режим доступа: <https://nashenasledie.livejournal.com/2056615.html> (дата обращения 15.08.2019).
6. Кузнецова Н. В. Снижение розничных цен и материальный уровень жизни населения СССР в 1947—1952 годах. *Вестник ВолГУ*. 2008;1(13):32—42.
7. Евсеева Е. Н. СССР в 1945—1953 гг.: экономика, власть и общество. *Новый исторический вестник*. 2002;(6):179—213.
8. Ильющенко Д. В. Общественное питание в СССР в 1941—1965 гг.: вектор эволюции. *Молодой ученый*. 2015;2(82):402—6.
9. Зубкова Е. Ю. Послевоенное советское общество: политика и повседневность. 1945—1953. М.: РОССПЭН; 2000.
10. Воронина Т. А. Питание русского народа в период восстановления народного хозяйства (1945—1964 гг.). *Традиции и современность*. 2019;(23):87—116.
11. Похлебкин В. В. История важнейших пищевых продуктов. М.: Центрполиграф; 1997.
12. Литвиновский И. А. Восстановление народного хозяйства СССР после Великой Отечественной войны. В кн.: Российские и славянские исследования: сборник науч. статей. Минск: БГУ; 2004. С. 228—32.
13. Неvejeин В. А. Прием в Кремле командующих войсками Красной Армии 24 мая 1945 года. В сб.: *Война. Народ. Победа. Материалы международной научной конференции*. М.; 2008. С. 430—48.
14. Басков Л. П. Системность в планировании общественного питания. М.: Экономика; 1983.
15. Иоффе Я. А. Мы и планета. Цифры и факты. М.: Политиздат; 1988.
16. Матюха И. Я. Статистика жизненного уровня населения. М.: Статистика; 1973.
17. Мамяченков В. Н. Потребление продуктов питания в семьях рабочих и служащих промышленности Свердловской области в 1946—1991 гг. В сб.: *Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Десять лет Татищевские чтения»*. Екатеринбург; 2012. С. 299—303.
18. Васильев А. Правильно определять потребность населения в овощах. *Советская торговля*. 1958;(1):117—20.
19. Губарева О. Е. Источники роста народного благосостояния в СССР. М.: Мысль; 1968.
20. Шнирлин Ю. Л. Научно обоснованные нормы потребления. М.: Высшая школа; 1961.
21. Клинова М. А. Нормы рационального питания в СССР второй половины 1950-х — 1980-х гг.: причины и векторность транс-

- формаций. *Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета*. 2017;4(44):73—8.
22. Левин Б. М. Уровень жизни: доходы, потребление, досуг. М.: Знание; 1970.
23. Россинский М. Б. Некоторые вопросы расширения производства товаров народного потребления и улучшения бытового обслуживания населения. В кн.: *Вопросы экономики промышленности*. Свердловск: УрГУ; 1963. С. 131—4.
24. Саркисян Г. С. Рост благосостояния советского народа. М.: Экономика; 1967.
25. Попов В. Г. Сталин и советская экономика в послевоенные годы. *Отечественная история*. 2001;(3):61—77.
26. Журавлев В. В. (ред.) Реформы в России с древнейших времен до конца XX в.: 1917—1991 гг. М.: РОССПЭН; 2016.

Поступила 11.03.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Kruglov V. "The last Stalinist famine": the food supply crisis in the USSR in the early 1950s. *Economic history. Yearbook 2013* ["*Poslednij stalinskij golod*": *krizis prodovol'stvennogo obespechenija v SSSR nachala 1950-h gg. Jekonomicheskaja istorija. Ezhegodnik 2013*]. Available at: <https://zapadrus.su/rusmir/istf/1671-posled> (in Russian).
2. Kondrashin V. V. Three Soviet famines. In: *Agrarian development and food policy of Russia in the XVIII—XX centuries: history and modernity. Part 1* [*Mezhdunarodnoja nauchnaja konferentsija «Agrarnoe razvitie i prodovol'stvennaja politika Rossii v XVIII—XX vekax: istorija i sovremennosti»*. Chast 1]. Orenburg; 2007. P. 299—312 (in Russian).
3. Volkov I. M. Drought, famine 1946—1947gg. *Istorija SSSR*. 1991;(4):28—36 (in Russian).
4. Jacob Mirkin. Six Stalinist price breaks through the eyes of a scientist-economist [*Shest stalinskih cenovikh poslablenij glazami uchjonogo-ehkonomista*]. Available at: <https://rg.ru/2022/01/02/shest-stalinskih-cenovyh-poslablenij-glazami-uchenogo-ekonomista.html> (accessed 02.01.2022) (in Russian).
5. Torgashev V. A. Post-war life in the USSR [*Poslevoennij byt v SSSR*]. Available at: <https://nashenasledie.livejournal.com/2056615.html> (accessed 15.08. 2019) (in Russian).
6. Kuznetsova N. V. The decline in retail prices and the material standard of living of the population of the USSR in 1947—1952 gg. *Vestnik VolGu*. 2008;1(13):32—42 (in Russian).
7. Evseeva E. N. USSR in 1945—1953 gg: economy, power and society. *Novyy istoricheskiy vestnik*. 2002;(6):179—213 (in Russian).
8. Ilyushenko D. V. Public catering in the USSR in 1941—1965 gg: a vector of evolution. *Molodoj uchjonyj*. 2015;2(82):402—6 (in Russian).
9. Zubkova E. Y. Post-war Soviet Society: Politics and Everyday Life. 1945—1953 [*Poslevoennoe sovetskoe obshhestvo: politika i povsednevnost. 1945—1953*]. Moscow: ROSSPEN; 2000 (in Russian).
10. Voronina T. A. Nutrition of the Russian people during the restoration of the national economy (1945—1964). *Tradicii i sovremennost*. 2019;(23):87—116 (in Russian).
11. Pokhlebkjn V. V. History of the most important foodstuffs [*Istorija vazhneyshikh pishchevykh produktov*]. Moscow: Centrpoligraf; 1997 (in Russian).
12. Litvinovsky I. A. Restoration of the national economy of the USSR after the Great Patriotic War. In: *Russian and slavonic studies [Rossijskiye i slavyanskiye issledovaniya]*. Minsk: BGU; 2004. P. 228—32 (in Russian).
13. Nevezhin V. A. Priem v Kremle komandujushhh vojskami Krasnoj Armii 24 maja 1945 goda. In: *Vojna. Narod. Pobeda. Materialy mezhdunar. nauch. konf*. Moscow; 2008. P. 430—48 (in Russian).
14. Baskov L. P. Consistency in catering planning [*Sistemnost' v planirovani obshchestvennogo pitaniya*]. Moscow: Economics; 1983 (in Russian).
15. Ioffe Ja. A. We and the planet. Figures and facts [*My i planeta. Tsifry i fakty*]. Moscow: Politizdat; 1988 (in Russian).

16. Matjuha I. Ja. Statistics of the living standard of the population [*Statistika zhizhnennogo urovnja naselenija*]. Moscow: Statistika; 1973 (in Russian).
17. Mamjachenkov V. N. Food consumption in the families of workers and industrial employees of the Sverdlovsk region in 1946–1991. In: [*Materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii "Devjatye Tatishhevskie chtenija"*]. Ekaterinburg; 2012. P. 299–303 (in Russian).
18. Vasil'ev A. Correctly determine the population's need for vegetables. *Sovetskaja trgovlja*. 1958;(1):117–120 (in Russian).
19. Gubareva O. E. Sources of growth of national welfare in the USSR [*Istochniki rosta narodnogo blagosostojanija v SSSR*]. Moscow: Mysl'; 1968 (in Russian).
20. Shnirlin Ju. L. Scientifically based consumption standards [*Nauchno obosnovannije normy potreblenija*]. Moscow: Vysshaja shkola; 1961 (in Russian).
21. Klinova M. A. Norms of rational nutrition in the USSR of the second half of the 1950s — 1980s: causes and vector of transformations. *Uchenye zapiski. Jelektronnyj nauchnyj zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2017;4(44):73–78 (in Russian).
22. Levin B. M. Standard of living: income, consumption, leisure [*Uroven zhizni, dokhody, potreblenie, dosug*]. Moscow: Znanie; 1970 (in Russian).
23. Rossinskij M. B. Some issues of expanding the production of consumer goods and improving consumer services for the population. In: Questions of industrial economics [*Voprosy jekonomiki promyshlennosti*]. Sverdlovsk: UrGU; 1963. P. 131–4 (in Russian).
24. Sarkisjan G. S. The growth of the welfare of the Soviet people [*Rost blagosostojanija sovetskogo naroda*]. Moscow: Ehkonomika; 1967 (in Russian).
25. Popov V. G. Stalin and the Soviet economy in the postwar years. *Otechestvennaja istorija*. 2001;(3):61–77 (in Russian).
26. Zhuravljov V. V., ed. Reforms in Russia from ancient times to the end of the XX century. 1917–1991 [*Reformy v Rossii s drevnejshikh vremjon do konca XX v.1917–1991 gg.*]. Moscow: ROSSPJeN; 2016 (in Russian).