

БЮЛЛЕТЕНЬ

**НАЦИОНАЛЬНОГО
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО**

Выпуск 3-4

Научно-практический журнал

Основан в 1992 г.

Москва – 2019

Адрес редакции: 105064, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12,
стр. 1. Тел. 8 (495) 917-92-71
Электронная версия журнала –
<http://nriph.ru/index.php/byulleten/arkhiv-vypuskov.html>

**Публикуемые материалы отражают точку зрения авторов,
которая может не совпадать с мнением редколлегии
журнала**

Свидетельство ПИ № ФС 77 – 64152 от 25.12.2015.

Выдано Роскомнадзором.

Журнал издается с 1992 г.

ISSN: 2415-8410

Внесен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

© Бюллетень Национального научно-исследовательского института
общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

16+

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЕГИЯ:

Главный редактор – Хабриев Рамил Усманович, академик РАН

**Заместитель главного редактора – Черкасов Сергей
Николаевич, доктор медицинских наук**

Технический секретарь - Олейникова Валерия Сергеевна

Оглавление

Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю. Необходимость разработки автоматизированной системы поддержки кодирования по МКБ-10	6
Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю., Черкасов С.Н., Кудрина В.Г., Гончарова О.В. Концептуальные подходы к разработке автоматизированной системы поддержки кодирования по МКБ-10	13
Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю. Актуальные вопросы статистического кодирования профессиональной патологии с использованием кодов МКБ-10	21
Ильинцева Е.О., Ильинцев Е.В. Медицинская этика и здоровьесберегающие технологии	30
Кудряшова Л.В., Черкасов С.Н., Кондрашова Л.В. Финансовое обеспечение и оказание высокотехнологичной медицинской помощи включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	38
Макаров В.Ю., Шильникова Н.Ф., Громов П.В. Анализ заболеваемости болезнями опорно-двигательного аппарата (болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) как основа планирования медицинской реабилитации в субъекте РФ	48
Макаров В.Ю., Шильникова Н.Ф., Громов П.В. Структурно-организационный анализ системы медицинской реабилитации больных с заболеванием опорно-двигательного аппарата в Забайкальском крае	57
Палевская С.А., Боброва М.В. Классификации типов корпоративной культуры организации (исторические аспекты)	65
Палевская С.А., Дорошилова А.В., Лузина Ф.А. Анализ динамики численности и урбанизации населения Кемеровской области (1926 – 2019 гг.)	77

Сточик А.А. Из истории становления косметологии в России. Первый московский институт врачебной косметики	88
Харисов А.М., Сухотерин А.Ф., Селезнев П.С., Качкова О.Е., Чаленко Н.Н. Трансформация здравоохранения к пациентоориентированной модели	96
Черкасов С.Н., Безмельницына Л.Ю., Мешков Д.О., Сопова И.Л. Оценка влияния факторов риска на течение и исходы беременности	105
Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д., Камаев Ю.О., Олейникова В.С., Федяева А.В. Влияние семейного окружения на заболеваемость в старших возрастных группах	113
Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д., Камаев Ю.О., Мешков Д.О., Федяева А.В., Олейникова В.С. Влияние семейного окружения на интенсивность потребления медицинской помощи в старших возрастных группах	121
Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д., Камаев Ю.О., Олейникова В.С. Влияние образования на заболеваемость и интенсивность потребления услуг здравоохранения в старших возрастных группах	129
ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ «БЮЛЛЕТЕНЬ НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А.СЕМАШКО»	141

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.001

Берсенева Е.А.¹, Михайлов Д.Ю.²

НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10

1. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва
2. Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», г. Москва

Berseneva E.A.¹, Mikhaylov D.Y.²

THE NEED TO DEVELOP OF THE AUTOMATED SUPPORT INFORMATION SYSTEM OF ICD-10 CODING

1. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow
2. Clinical Hospital of Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation for Moscow, Moscow

Контактная информация:

Берсенева Евгения Александровна, д.м.н.,

E-mail: eaberseneva@gmail.com

Михайлов Дмитрий Юрьевич, E-mail: mdudoc@mail.ru

Резюме. Одним из приоритетных проектов Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2025 года является «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий». Опрос 65 субъектов РФ позволил выявить, что лишь в 14 субъектах установлено программное обеспечение автоматизированного кодирования случаев смерти по МКБ, в 51 субъекте не реализовано автоматизированное кодирование и запланированы работы в 7 субъектах. Таким образом, необходима разработка современной в технологическом плане, соответствующей нормативным документам Минздрава РФ, системы автоматического кодирования по МКБ-10, версия 2014-2016.

Ключевые слова: автоматизированные информационные медицинские системы, международная классификация болезней, кодирование, заболеваемость, смертность.

Abstract. One of the priority projects of the State Program of the Russian Federation “Development of Health Care” until 2025 is “Improving the

organization of medical care through the introduction of information technology". A survey of 65 constituent entities of the Russian Federation revealed that only 14 subjects installed software for automated coding of deaths according to the ICD, 51 subjects did not implement automated coding, and work was planned in 7 subjects. Thus, it is necessary to develop a modern technological plan that complies with the regulatory documents of the Ministry of Health of the Russian Federation, an automatic coding system according to ICD-10, version 2014-2016.

Key words: the automated information medical systems, diagnosis, incidence, coding, international classification of diseases.

Введение

Последнее десятилетие все страны мира осуществляют преобразование систем охраны здоровья путем повышения экономической и клинической эффективности используемых ресурсов. Внедрение масштабных реформ общественно-социального обустройства в нашей стране предусматривают изменения правовых, экономических и организационных основ охраны, укрепления, восстановления здоровья, а также социальной защиты населения. Ресурсы здравоохранения в любом обществе ограничены, поэтому эффективное их использование является сегодня ключевым вопросом [4].

Одним из приоритетных проектов Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2025 года является «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий».

В соответствии с современными требованиями МКБ-10 любое заболевание и состояние, приводящие к обращению пациента в медицинское учреждение должно иметь соответствующий код, вне зависимости от причин предыдущего обращения. Данное заболевание, именуемое основным, подвергается определенной статистической обработке, а также контролируется руководителями территориальных органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации.

В то же время в МКБ-10 четко регламентируется требования к постановке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, отражающих реальную заболеваемость и смертность. Для наиболее полного отображения клинической информации введено использование комбинированных диагнозов, включающих несколько заболеваний. При этом в современной практической медицине в ряде случаев не всегда правильно отображаются данные об имеющемся заболевании/причины смерти в соответствии с МКБ-10.

Цель исследования – обосновать необходимость разработки автоматизированной системы поддержки кодирования по МКБ-10.

Методы исследования

Для достижения поставленной цели были использованы следующие методы: системного анализа, описательного моделирования.

Результаты и их обсуждение

Несмотря на почти 20-летний опыт использования МКБ-10 в нашей стране, экспертами при осуществлении аудита качества кодирования информации о заболеваемости, в особенности, смертности, зачастую сталкиваются с терминами, которые не существуют в МКБ-10, некорректным использованием правил кодирования, выбором первоначальной причины смерти. Несоблюдение правил использования МКБ-10, приводит, в свою очередь, к искажению статистической информации, на основании которой принимаются ошибочные управленческие решения, что приводит к негативным экономическим и юридическим последствиям для медицинских организаций [3]. В настоящее время, к сожалению, недостаточно методических материалов, посвященных вопросам кодирования, а имеющиеся зачастую не содержат единых детальных рекомендаций и инструкций, что приводит к различному, а нередко и неправильному кодированию одних и тех же диагностических терминов [5].

В отдельных странах координация деятельности в отношении семейства международных классификаций возлагается на Сотрудничающие центры. В РФ Сотрудничающий центр действует на базе ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», который выступает на уровне страны в роли координирующего центра, предоставляет рекомендации и консультации, а также при необходимости обеспечивает поддержку [6].

Единственной возможностью по улучшению ситуации с качеством кодирования по МКБ-10, учитывая положения концепции создания единой государственной информационной системы здравоохранения, является создание и последующее использование автоматизированной системы поддержки кодирования по МКБ-10.

Необходимо отметить, что к настоящему моменту в мире отсутствуют созданные и используемые автоматизированные системы поддержки кодирования по МКБ-10. До недавнего времени оказалось, что такая система функционирует в Португалии, однако оказалось, что в ней есть лишь занесение в отдельное поле кода МКБ-10 и подтягивание соответствующей формулировки из справочника. Разумеется, такое решение не может быть названо автоматизированной системой поддержки кодирования.

В настоящее время существует ряд базовых документов, которыми определяется информатизация здравоохранения нашей страны. Автоматизированные системы, способные помочь при кодировании, должны включать в себя системы логического, формального [1], лексического [2] и других видов контроля. Помимо этого, в системе должен применяться международный модуль выбора первоначальной причины смерти, а также необходима реализация механизмов анализа массива данных введенных ранее с применением гибких запросов. Даная автоматизированная система, которая базируется на актуальной версии МКБ, может существенно повышать качество статистических данных и значительно экономить временные ресурсы персонала, который ответственен за кодирование диагностической информации.

Совместно с Минздравом РФ был проведен опрос субъектов РФ – получены ответы из 65 субъектов. Получены следующие результаты (рис. 1):

- Не реализовано автоматизированного кодирования случаев смерти по МКБ X – 51 субъект:
- Установлено программное обеспечение (ПО) автоматизированного кодирования (Вайсман Д.Ш. и соавт.) – 14 субъектов.

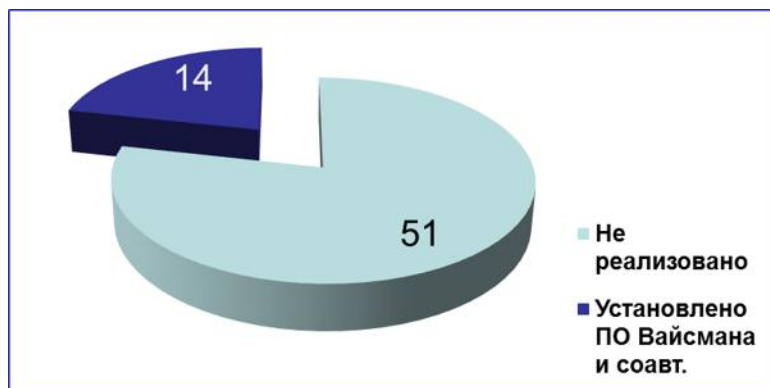


Рисунок 1 - Результаты опроса субъектов РФ об использовании ПО при кодировании смертности

Из 51 субъекта, в которых не реализовано автоматизированного кодирования случаев смерти по МКБ-10: (рис. 2):

- В 44-х – нет и не запланировано (при наличии Концепции и региональных программ информатизации);

- В 7-и – запланированы работы.

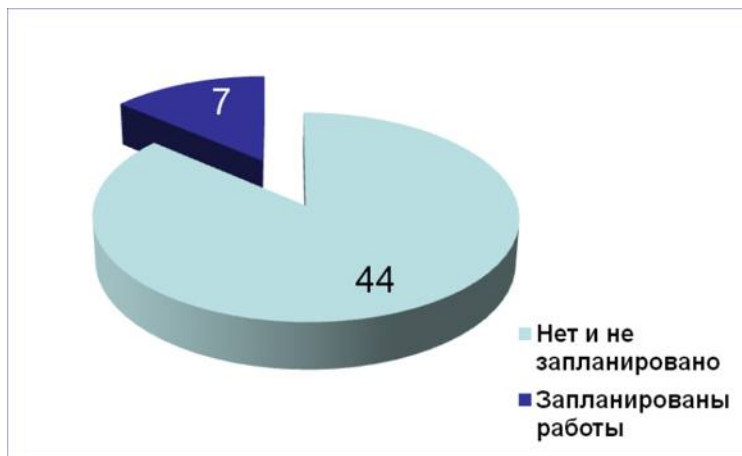


Рисунок 2 - Результаты опроса в 51 субъекте, где не используется ПО при кодировании смертности

Обсуждение

Следует отметить, что в настоящее время под патронажем сотрудничающего центра ВОЗ по семействам классификаций осуществлен перевод новой версии МКБ-10 – МКБ-10 (версия 2014-2016). Единственное используемое в настоящее время ПО для автоматизированного кодирования не подходит для новой версии. Кроме того, данное ПО технологически устарело и не соответствует современным требованиям, в том числе требованиям приказа Минздравсоцразвития РФ № 364 от 28 апреля 2011 года.

Все вышеизложенное однозначно свидетельствует о крайней необходимости разработки современной в технологическом плане, соответствующей нормативным документам Минздрава РФ, системы автоматического кодирования по МКБ-10, версия 2014-2016. Поэтому на базе сотрудничающего центра ВОЗ в РФ по семейству классификаций было принято решение о проведении работ по созданию такой автоматизированной информационной системы.

Вначале была создана информационная модель системы автоматизированного кодирования по МКБ-10 (рис. 3).

Также были определены три возможных варианта использования автоматизированной информационной системы поддержки кодирования по МКБ-10:

- В Медицинской организации;

- В МИАЦ;
- В органе управления здравоохранением (ОУЗ) региона.

Также был определен перечень функций и проведена функциональная декомпозиция для всех трех вариантов использования системы. После чего были созданы протоколы и алгоритмы сбора и анализа данных и проведена функциональная декомпозиция модулей системы.

Автоматизированная система кодирования

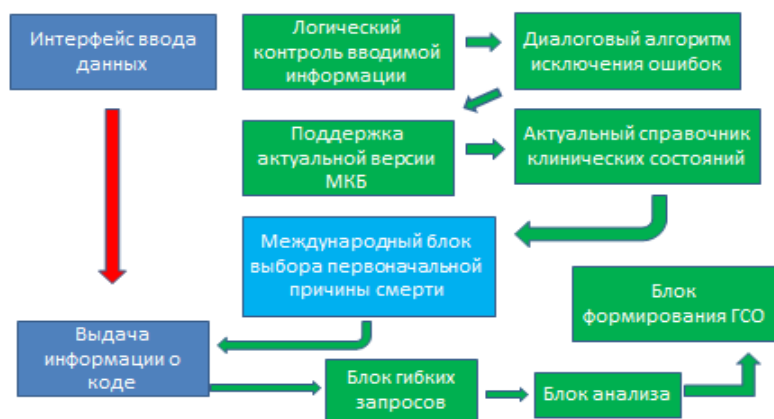


Рисунок 3 - Информационная модель системы автоматизированного кодирования по МКБ-10 (Схема впервые представлена в докладе Черкасова С.Н. «Роль МКБ на современном этапе развития здравоохранения». Конгресс с международным участием «Экология и здоровье человека на Севере». Якутск.- 22-24.06.2016).

Учитывая, что автоматизированная система поддержки кодирования по МКБ-10, должна обеспечивать помощь при кодировании, в ней реализованы системы логического, формального [1], лексического [2] и других видов контроля. Помимо этого, в системе реализованы возможности применения международного модуля выбора

первоначальной причины смерти и механизмы анализа массива данных введенных ранее.

Выводы

Проведенный опрос 65 субъектов РФ позволил выявить, что лишь в 14 субъектах установлено программное обеспечение автоматизированного кодирования случаев смерти по МКБ, в 51 субъекте не реализовано автоматизированное кодирование и запланированы работы в 7 субъектах. Таким образом, автоматизированная система, которая базируется на актуальной версии МКБ, может существенно повысить качество статистических данных и значительно экономить временные ресурсы персонала, который ответственен за кодирование диагностической информации.

Разработка системного подхода к организации кодирования, анализа и формирования отчетных документов диагностической информации на уровне субъекта РФ предусматривает:

- создание современного инструмента кодирования (автоматизированные системы),
- создание WEB платформы для кодирования,
- территориальные центры поддержки МКБ,
- создание коммуникационной платформы,
- создание обучающей среды.

Литература

1. Берсенева Е.А. Организация информационного наполнения медицинской информационной системы. // Здравоохранение. – 2003. - №11. – С. 181-187.
2. Берсенева Е.А., Седов А.А. Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов. // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 2. – С. 49-53.
3. Вайсман Д.Ш. Совершенствование системы информационного обеспечения оценки и анализа смертности населения на уровне субъекта Российской Федерации. дисс. докт.мед.наук. 2015.
4. Вайсман Д.Ш. Анализ влияния обучения врачей и внедрения автоматизированной системы на достоверность статистики смертности. Бюллетень Национального НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015; 6: 22-32.
5. Cherkasov S., Shoshmin A., Vaisman D., Meshkov D., Besstrashnova Y., Berseneva E., Bezmelnitsyna L. Activities of Russian WHO-FIC Collaboration Centre. Annual meeting WHO-FIC Network.-Manchester. 17-23.10.2015. Poster Booklet. 2015.

6. Cherkasov S., Shoshmin A., Vaisman D., Meshkov D., Besstrashnova Y., Berseneva E., Bezmelnitsyna L. Russian WHO-FIC Collaborating Centre Annual report 2015-2016. Annual meeting WHO-FIC Network. - Tokyo. 8-14.10.2016. Poster Booklet. 2016.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.002

***Берсенева Е.А.¹, Михайлов Д.Ю.², Черкасов С.Н.¹,
Кудрина В.Г.³, Гончарова О.В.³***

**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ
АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ КОДИРОВАНИЯ
ПО МКБ-10**

1. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
им. Н.А. Семашко», г. Москва

2. Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»,
г. Москва

3. Кафедра медицинской статистики и цифрового здравоохранения
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России), г. Москва

***Berseneva E.A.¹, Mikhaylov D.Y.², Cherkasov S.N.¹,
Kudrina V.G.³, Goncharova O.V.³***

**CONCEPTUAL APPROACHES TO DEVELOPMENT OF AUTOMATED
SUPPORT INFORMATION SYSTEM OF ICD-10 CODING**

1. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow

2. Clinical Hospital of Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation
for Moscow, Moscow

3. Department of Medical Statistics and
Digital Health of FSBOU DPO Russian Medical Academy of Continuing
Vocational Education, Moscow

Контактная информация:

Михайлов Дмитрий Юрьевич - E-mail:mdudoc@mail.ru

Резюме. В статье рассматривается и анализируется опыт создания в
ФГНУ «Национальный научно-исследовательский институт

общественного здоровья им. Н.А. Семашко» на базе сотрудничающего центра ВОЗ по семейству классификаций концептуальной модели автоматизированной системы информационной поддержки кодирования по МКБ-10.

Автоматизированная Система Кодирования МКБ-10 представляет собой облачный WEB сервис для медицинских организаций (МО) по подготовке и передаче обязательной государственной отчетности заполнения статистических форм МКБ заболеваемости и смертности в контролирующие органы.

Сервис предназначен для облегчения работы врачей при кодировании заболеваемости и причин смерти по МКБ, обеспечения достоверности статистической информации, а также предоставления равных качественных условий всем регионам РФ для формирования отчетных статистических форм.

Ключевые слова: автоматизированные информационные медицинские системы, международная классификация болезней, кодирование, заболеваемость, смертность.

Abstract. In article experience of creation in National research institute for public health N.A. Semashko on the basis of the cooperating WHO-FIC center for family of classifications the automated system of information support of coding for ICD-10 is considered and analyzed conceptual model.

The ICD-10 Automated Coding System is a cloud-based WEB service for medical organizations for the preparation and transfer of mandatory state reporting of filling out the statistical forms of the ICD of morbidity and mortality to regulatory authorities.

The service is intended to facilitate the work of doctors in coding morbidity and causes of death according to the ICD, to ensure the reliability of statistical information, and to provide equal quality conditions to all regions of the Russian Federation for the formation of reporting statistical forms.

Key words: the automated information medical systems, diagnosis, incidence, coding, international classification of diseases.

Введение

Одной из важных и актуальных проблем российского здравоохранения является низкое качество статистических данных о заболеваемости и смертности, связанное с кодирование по МКБ-10.

Следует различать процессы регистрации заболеваемости и смертности, имеющие свои особенности, которые могут влиять на достоверность этих сведений. Регистрация смертности происходит путем заполнения врачом или фельдшером медицинского свидетельства о смерти, которое передаётся родственникам умершего для дальнейшего оформления государственной регистрации смерти в

органах ЗАГС, с последующим формированием регистра умерших, в том числе и по причинам смерти [1-3]. Эти данные являются наиболее надежным маркером состояния здоровья населения, в виду регистрации практически всех случаев смерти и определения её причин и служат информационной платформой при определении целевых показателей по снижению смертности.

Цель исследования - создание концептуальной модели информационной системы кодирования диагнозов и оформления свидетельств о смерти на основе международных классификаторов (автоматизированной системы поддержки кодирования по МКБ-10).

Методы исследования

Для достижения поставленной цели были использованы следующие методы: системного анализа, описательного моделирования.

Результаты

Для создания информационной системы кодирования диагнозов и оформления свидетельств о смерти на основе международных классификаторов (автоматизированной системы поддержки кодирования по МКБ-10) были выбраны следующие технические характеристики:

- Создание на основе свободно распространяемого ПО (Linux, FireBird, Glasfish) — в свете тенденции по замене проприетарного программного обеспечения;
- Трёхзвенная архитектура — в соответствии с требованиями концепции информатизации здравоохранения;
- Территориально распределенная база данных — для возможности развёртывания в нескольких регионах одновременно;
- Работа обособленных подразделений в отдельных базах данных с единой точкой входа — что позволяет контролировать процесс на уровне органов управления здравоохранения;
- Web-интерфейс — избавляет от необходимости устанавливать программное обеспечение на рабочие места пользователей.;
- Наличие средств агрегации любых имеющихся в системе данных — используется для построения отчётов произвольного формата;
- Поддержка средств визуализации агрегатов;
- Собственная система обмена сообщениями — используется для передачи уведомлений организационного характера;
- Механизмы лексического разбора — используются для обеспечения эффективной работы с классификаторами.

Также при создании рассматриваемой системы были определены следующие особенности прикладной реализации:

- Использование международных классификаторы МКБ-10 часть 1 и часть 3;
- Установление кода статистической классификации на основе выбора из части 3;
- Использование регламентированных проверок;
- Разработка собственных уникальных алгоритмов проверки;
- Использование модуля АСМЕ, разработанного ВОЗ для проверки правильности кодирования.

Для обеспечения информационной безопасности Система состоит из двух территориально-распределённых информационных контуров:

- защищенного контура, который предоставляет сервисы для абонентов защищённой сети, объединяющей объекты автоматизации и обеспечивает возможность обработки конфиденциальной информации, не относящейся к персональным данным;
- открытого контура, который предоставляет возможность доступа через глобальную сеть Интернет, операторам данных и другим заинтересованным лицам.
- Доступ пользователей МО и центров сбора статистической информации осуществляется через глобальную сеть Интернет.

Вся информация Системы должна быть расположена в едином хранилище данных, которое должно обеспечивать целостность, актуальность и доступность информации как для внутренних, так и внешних авторизованных участников системы, учитывая роли, делегированные участникам.

Схема построения представлена на рисунке 1.

Обсуждение

При проектировании использован передовой международный опыт информатизации здравоохранения, зафиксированный в отечественных стандартах.

В государственной программе РФ «Информационное общество (2011 - 2020 годы)» к приоритетным задачам отнесено «...создание национальной платформы распределенной обработки данных («облачных вычислений»), включая разработку Интернет-платформы «облачных вычислений», которая бы обеспечивала безопасную работу с типовыми программными приложениями в режиме «программа как услуга», разработку на базе национальной программной платформы набора типовых программных сервисов с целью использования органами государственной власти».

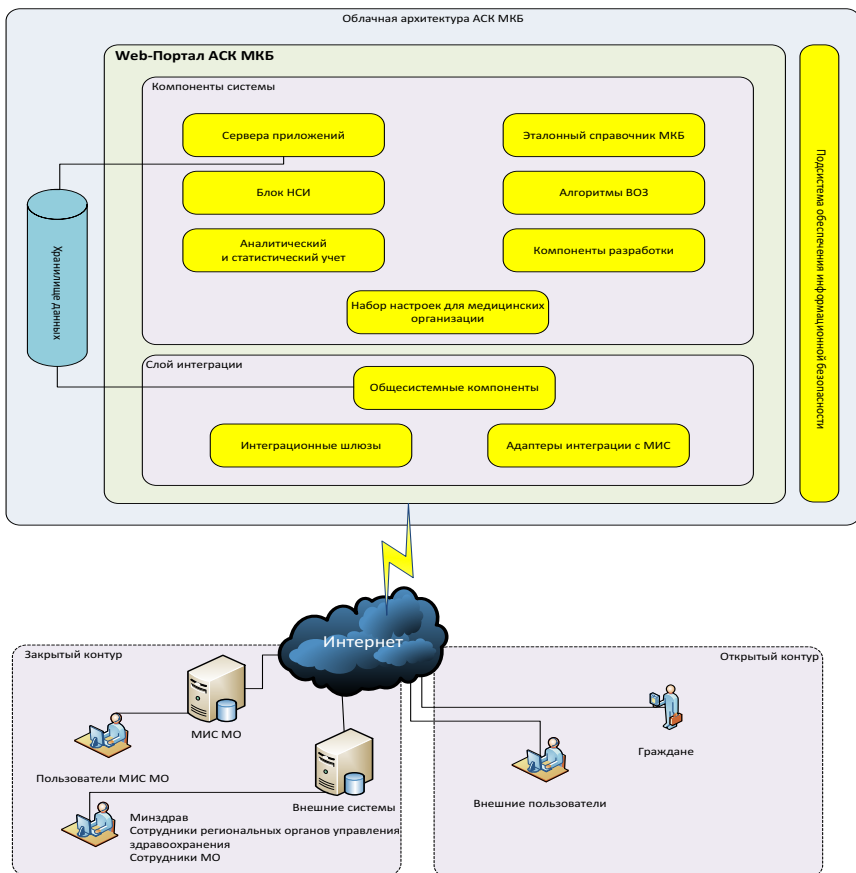


Рисунок 1. Схема построения системы

Принципы построения открытых облачных систем сформулированы некоммерческой организацией Open Cloud Initiative в документе Open Cloud Principles:

Облачные системы обеспечивают возможности обмениваться и различными облачными сервисами и продуктами:

- пользователям предоставляется беспрепятственное подключения к сервису, отсутствие препятствий при импорте и экспорте данных;
- используются форматы в соответствии с открытыми стандартами;
- интерфейсы, предоставляющие функциональные возможности соответствуют открытым стандартам.

Облачной модели присущи следующие основные свойства:

- возможность автоматизированного самообслуживания в высокой степени, в т.ч. по требованию;
- сосредоточение ресурсов для их эффективного распределения;
- широкополосный сетевой доступ;
- предоставление пулов ресурсов;
- быстрая масштабируемость;
- управляемый сервис.

В итоге пользователи получают независимость от какого-либо конкретного местоположения. По их запросам ресурсы (виртуальные и физические) могут выделяться и перераспределяться.

Использование облачной модели имеет следующие преимущества для потребителя:

- высокая скорость и простота развертывания решения;
- гибкость и масштабируемость;
- независимость от поставщиков и возможность перехода на лучшее решение;
- операционный характер затрат и оплата по факту потребления;
- низкие риски пилотных проектов.

Преимущества облачной модели, особенно для сегментов государственной и муниципальной информатизации, делают ее основным вариантом тиражирования типовых программных решений в сфере электронного правительства и информационного общества в России. Кроме того, облачная модель открывает ранее невиданные возможности для разработчиков решений, снимая барьеры в организации сбыта решений и позволяя сосредоточиться на функциональные возможности и качестве решений, а также приводит к снижению стоимости решений для потребителей за счет конкуренции, в том числе со стороны небольших компаний с малыми издержками.

Выводы

Таким образом, Автоматизированная Система Кодирования МКБ-10 представляет собой облачный WEB сервис для медицинских организаций (МО) по подготовке и передаче обязательной

государственной отчетности заполнения статистических форм МКБ заболеваемости и смертности в контролирующие органы.

Сервис предназначен для облегчения работы врачей при кодировании заболеваемости и причин смерти по МКБ, обеспечения достоверности статистической информации, а также предоставления равных качественных условий всем регионам РФ для формирования отчетных статистических форм.

Обеспечение достоверности медицинской статистической информации достигается за счет того, что результатом работы сервиса является создание единой базы первичных документов, получаемых из медицинских учреждений, по заболеваемости и причинам смертности пациентов. Эта информация является основой для построения он-лайн системы мониторинга текущего состояния здоровья населения Российской Федерации.

Услуга должна распространяться по модели SaaS (software as a service — программное обеспечение как услуга), которая подразумевает, что:

- приложение приспособлено для удаленного использования;
- приложением одновременно пользуется сколь угодно много клиентов;
- данные формируются в единой информационной среде, по единому стандарту и протоколу;
- модератор ресурса и технический специалист постоянно следит за роботизированными тестовыми запросами и отработкой их системой; в случае возникновения внештатной ситуации принимаются немедленные действия по устранению ошибок работоспособности сервиса;
- группа экспертов следит за действиями пользователей и за правильностью ввода информации; в случае возникновения ошибок, возможна оперативная обратная связь с пользователем по возникшей неточности/ошибке;
- модернизация и обновление приложения происходит оперативно и прозрачно для клиентов;
- все платформенная архитектура решения.

Системой обеспечивается ввод, сбор, хранение, вывод, обработка, редактирование и доставка информации в многопользовательском режиме в территориально-распределенной информационной сети, при использовании средств защищенного удаленного доступа. Одновременно функционирует большое число разрозненных территориально автоматизированных рабочих мест пользователей. Совместная параллельная работа в системе безопасна, пользователям доступны необходимые данные, работа с информацией ведется в соответствии с нормативными требованиями.

Литература

1. Зайратьянц О.В. Современные требования к формулировке диагноза в соответствие с законодательством Российской Федерации и Международной Статистической Классификации Болезней 10-го пересмотра / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, П.Т. Мальков // Судебная медицина. – 2015. – Т. 1, № 4. – С. 14-20.
 2. Козлов Д.В. Предложения по усовершенствованию правил формулировки диагноза / Д.В. Козлов, Р.Ф. Зибиров // Материалы IV всероссийского съезда патологоанатомов (Белгород, 4-7 июня 2013 год). – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. – С. 383-384.
 3. Улучшение качества оказания медицинской помощи: роль патологоанатомической службы / Н.М. Попова, Н.А. Кирьянов, Е.А. Семеновых [и др.] // Авиценна. – 2017. – № 14. – С. 37-39.
-

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.003

Берсенева Е.А.¹, Михайлов Д.Ю.²

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО КОДИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОДОВ МКБ-10

1. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
им. Н.А. Семашко», г. Москва

2. Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», г.
Москва

Berseneva E.A.¹, Mikhaylov D.Y.²

TOPICAL ISSUES OF STATISTICAL CODING OF PROFESSIONAL PATHOLOGY USING ICD-10 CODES

1. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow

2. Clinical Hospital of Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation
for Moscow, Moscow

Контактная информация:

Михайлов Дмитрий Юрьевич - E-mail: mdudoc@mail.ru

Резюме. Реформирование здравоохранения, направленное на увеличение доступности медицинских услуг, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности трудоспособного населения в государстве, невозможно без реализации эпидемиологического мониторинга по профессиональной патологии, в основе которого лежит статистический учет и анализ данных о заболеваемости и смертности населения. Поэтому унификация системы учета и обработки статистической информации о заболеваемости и смертности населения является основным условием совершенствования организационной структуры, управления системой охраны здоровья, мониторинга эффективности реализации первичной профилактики и т.д.

Именно адаптация рекомендованной ВОЗ системы регистрации и учета данных в сфере профессионального здоровья к особенностям медицинской статистики и профессиональной патологии в России стала целью данного исследования.

В исследовании проанализирована Международная классификация профессиональных заболеваний и «Перечень профессиональных заболеваний» действующий в РФ на основании Приказа № 417н от 27 апреля 2012 г. Изучено применение в них кодов МКБ-10. Проанализированы возможности адаптации кодов профессиональной патологии в соответствии с МКБ-10 и рекомендациями ВОЗ.

Классификация профессиональных заболеваний содержит как категории, определенные согласно этиологическими агентами, так и категории, определенные согласно с медицинского диагноза. В результате, случаи одного и того же заболевания могут подпадать в несколько категорий, также отсутствуют и унифицированные критерии диагностики, системы статистического кодирования и классификации профессиональных заболеваний. Все это значительно затрудняет медико-статистический учет и мониторинг данной группы болезней. Для преодоления этих недостатков, создания и официального принятия отдельной (специализированной) «Статистической классификации профессиональных заболеваний» необходимо использовать основные и дополнительные разделы, предусмотренные МКБ-10.

Унификация системы статистического кодирования профессиональных заболеваний является актуальной задачей, требующей внедрения в медицинскую статистику, что позволит значительно улучшить учет данной группы заболеваний, проводить длительный мониторинг по условиям труда людей, по эффективности первичной профилактики профессиональной патологии. Использование унифицированной системы статистического кодирования патологии позволит также объективно оценивать уровни профессиональной заболеваемости как на национальном, так и на международном уровне, проводить стандартизированный анализ заболеваемости работающих по половозрастным, медико-социальными и географическим группам, а следовательно значительно улучшить управление системой здравоохранения в Российской Федерации и обеспечить эффективную систему профилактики профессиональных заболеваний.

Ключевые слова: профессиональная патология, статистическое кодирование, условия труда, профессиональные заболевания, МКБ-10

Abstract. Health care reform aimed at increasing the availability of medical services, reducing morbidity, disability and mortality of the able-bodied population in the state is impossible without the implementation of epidemiological monitoring of occupational pathology, which is based on statistical accounting and analysis of data on morbidity and mortality. Therefore, the unification of the system for recording and processing

statistical information on morbidity and mortality is the main condition for improving the organizational structure, managing the health care system, monitoring the effectiveness of primary prevention, etc. It was the adaptation of the WHO recommended system for recording and recording data in the field of occupational health to the characteristics of medical statistics and occupational pathology in Russia that became the goal of this study.

The study analyzed the International Classification of Occupational Diseases and the “List of Occupational Diseases” in force in the Russian Federation based on Order No. 417n dated April 27, 2012. The application of the ICD-10 codes in them was studied. The possibilities of adapting professional pathology codes in accordance with ICD-10 and WHO recommendations are analyzed.

The classification of occupational diseases contains both categories determined according to etiological agents, and categories defined according to a medical diagnosis. As a result, cases of the same disease can fall into several categories, and there are no unified diagnostic criteria, statistical coding systems and classification of occupational diseases. All this greatly complicates the medical-statistical accounting and monitoring of this group of diseases.

To overcome these shortcomings, create and officially adopt a separate (specialized) “Statistical Classification of Occupational Diseases”, it is necessary to use the main and additional sections provided for by the ICD-10.

The unification of the system of statistical coding of occupational diseases is an urgent task that requires implementation in medical statistics, which will significantly improve the accounting for this group of diseases, conduct long-term monitoring of the working conditions of people, the effectiveness of primary prevention of occupational pathology. The use of a unified system of statistical coding of pathology will also make it possible to objectively assess the levels of occupational morbidity both at the national and international levels, conduct a standardized analysis of the morbidity of workers by age, sex, medical, social and geographical groups, and therefore significantly improve the management of the healthcare system in the Russian Federation and ensure an effective system for the prevention of occupational diseases.

Keywords: occupational pathology, statistical coding, working conditions, occupational diseases, ICD-10

Введение

Реформирование здравоохранения, направленное на увеличение доступности медицинских услуг, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности трудоспособного населения в государстве,

невозможно без реализации эпидемиологического мониторинга по профессиональной патологии, в основе которого лежит статистический учет и анализ данных о заболеваемости и смертности населения. Поэтому унификация системы учета и обработки статистической информации о заболеваемости и смертности населения является основным условием совершенствования организационной структуры, управления системой охраны здоровья, мониторинга эффективности реализации первичной профилактики и т.д.

В 1989 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) принята и рекомендована к использованию «Международная статистическая классификация болезней и проблем здравоохранения» десятого пересмотра (МКБ-10), целью которой является: систематическая регистрация, стандартный анализ, толкование и сравнение данных о смертности, заболеваемости, собранных в разных странах и в разное время [1, 2].

Статистическая классификация профессиональных заболеваний необходима главным образом для наблюдения за состоянием здоровья и безопасностью труда работающих; контроля за возмещением потерь, которые несут работники в результате воздействия на них вредных профессиональных факторов. Отсутствие унифицированных критериев диагностики, систем кодирования и классификации снижают степень совместимости и возможности сравнения статистических данных относительно профессиональных заболеваний в разных государствах, что может быть преодолено путем осуществления детального и высокоспецифического кодирования патологических состояний и медицинских вмешательств в профпатологии [1, 3].

В мае 1996 Всемирная Ассамблея здравоохранения утвердила «Резолюцию о глобальной стратегии по профессиональному здоровью для всех» (WHA 49.12). Одной из задач этой стратегии является создание систем регистрации и учета данных в сфере профессионального здоровья. В следующем году ВОЗ в сотрудничестве с Национальным институтом профессиональной безопасности и здоровья США (NIOSH) был подготовлен проект документа о применении МКБ-10 в сфере профессионального здоровья. В июле 1998 г. на XIII заседании в Женеве группа экспертов рассмотрела этот проект и предложила некоторые улучшения, которые были учтены Финским институтом профессионального здоровья при подготовке окончательного варианта документа: «International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) in occupational health (WHO/SDE/OEH /99.11) [1, 4, 5].

Использование МКБ-10 в нашей стране началось с 1998 (Приказ Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. № 170), но система статистического

кодирования профпатологических заболеваемости остается сложной, так как в МКБ-10 отсутствует специфический класс патологических состояний, связанных с профессиональными воздействиями. Кроме того, один вредный производственный фактор способен вызвать различные патологические состояния среди работающих, а также при развитии одного профессионального заболевания может выявляться большое количество этиологических факторов. Все это значительно усложняет присвоение статистических кодов каждому патологическому состоянию, ограничивает проведение статистического анализа профпатологической заболеваемости и смертности.

Именно адаптация рекомендованной ВОЗ системы регистрации и учета данных в сфере профессионального здоровья к особенностям медицинской статистики и профессиональной патологии в России стала целью данного исследования.

Материалы и методы исследования

В исследовании проанализирована Международная классификация профессиональных заболеваний (Резолюция МОП № 121, просмотр 1980 года) и «Перечень профессиональных заболеваний» действующий в РФ на основании Приказа № 417н от 27 апреля 2012 г. Изучено применение в них кодов МКБ-10. Проанализированы возможности адаптации кодов профессиональной патологии в соответствии с МКБ-10 и рекомендациями ВОЗ.

Результаты исследования и их обсуждение

Профессиональные заболевания характеризуются не только особенностями локализации систем организма, но и этиологическими причинами. Система международной классификации профессиональной патологии имеет такую иерархию:

1. Заболевания, согласно вызывающих агентов
 - 1.1 Заболевания, вызванные химическими агентами
 - 1.2 Заболевания, вызванные физическими агентами
 - 1.3 Заболевания, вызванные биологическими агентами
2. Заболевания, в соответствии с органом и системой органов
 - 2.1 Респираторные профессиональные заболевания
 - 2.2 Профессиональные заболевания кожи
 - 2.3 Профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата
3. Профессиональный рак
4. Другие профессиональные заболевания.

Таким образом, классификация профессиональных заболеваний содержит как категории, определенные согласно этиологическими агентами (п. 1), так и категории, определенные согласно с медицинского диагноза (пп. 2 - 4). В результате, случаи одного и того же заболевания

могут подпадать в несколько категорий, также отсутствуют и унифицированные критерии диагностики, системы статистического кодирования и классификации профессиональных заболеваний. Все это значительно затрудняет медико-статистический учет и мониторинг данной группы болезней.

Для преодоления этих недостатков, создания и официального принятия отдельной (специализированной) «Статистической классификации профессиональных заболеваний» необходимо использовать основные и дополнительные разделы, предусмотренные МКБ-10.

Общая структура и руководящие принципы кодирования профессиональных заболеваний по МКБ-10

МКБ-10 - это система категорий, к которой относят патологии согласно принятым критериям, применяемая для преобразования описания диагнозов заболеваний и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровой код, позволяющий легко хранить, извлекать и анализировать данные. МКБ-10 фактически считается международной стандартной классификации диагнозов для всех общих эпидемиологических целей и многих целей управления сферой здравоохранения.

База МКБ-10 - это кодированный перечень трехзначных рубрик, который является обязательным при кодировании информации для представления в международную базу данных ВОЗ по смертности, а также для осуществления общего сравнения данных во всем мире. Для других целей рекомендуется также подрубрики из четырех символов, которые не являются обязательными для представления информации на международном уровне.

Для адекватного кодирования профессиональных заболеваний могут быть использованы следующие принципы:

1) расширение 3-значной рубрики в четырехзначные подрубрики путем принятия соответствующих решений на национальном уровне Министерством здравоохранения Российской Федерации;

2) кодирование нескольких патологических состояний, вызванных влиянием одного этиологического фактора, для чего необходимо использовать букву «Х». *Например, кодирование асбестоза (J61) и мезотелиомы плевры (C45.0), вызванных профессиональной экспозицией асбеста – код имеет вид: J61 X C45.0;*

3) для дополнительного кодирования этиологического фактора, который вызвал профессиональное заболевание, необходимо использовать знак «*». *Например, кодирование токсичного в поражения печени с некрозом (K71.1), которое вызвано*

*профессиональной экспозицией бензола (Т52.1) - код имеет вид: К71.1 * Т52.1.*

При этом необходимо помнить, что если у больного выявлено несколько заболеваний или патологических состояний, которые вызвали обращение к врачу и/или снижение функции, изменения морфологии организма, то в первую очередь следует кодировать наиболее тяжелое состояние, то, что является основной причиной развития всех следующих состояний. Первыми кодируются основные состояния (диагнозы), а затем - этиологические причины этих состояний. *Например, у работника вследствие профессиональной острой экспозиции сероводородом (Т59.6) развился токсический ларингит (J04.0), пневмония (J68.1) и острый отек легких (J68.2) - код имеет вид: J68.2 X J68.1 X J04.0 * Т59.6.*

Основное состояние - состояние, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью, по поводу которого главным образом больного обследовали или лечили (основное заболевание, синдром, симптом, причина обращения).

Основное состояние является наиболее вероятной причиной возникновения жалоб, нарушения функций и морфологии органов у больного (в порядке убывания их вклада в эти процессы), или то состояние, которое требует специальных, сложных методов исследования и лечения.

При обращении больного в лечебное учреждение по поводу заболевания, диагноз которого устанавливается при первом осмотре (вибрационная болезнь, пылевой бронхит, лучевая катаракта и т.д.), кодирование острого заболевания или патологического признака проводится при первом обращении к врачу-профпатологу и установления им диагноза. При наличии у больного патологии, требующей дополнительного обследования (пневмокониоз, ХОБЛ, профессиональный рак и т.д.), кодирование заболевания происходит после установления окончательного диагноза.

Состояния больного, которые были в прошлом и не касаются непосредственно нынешнего обращения к врачу-профпатологу, не регистрируются и не кодируются на момент данного обращения. При осмотре больного, проведении диагностических исследований при отсутствии профпатологических заболевания первым кодом может быть код медицинского обследования - рубрика «Z».

Использование кода основного состояния является обязательным в медицинской статистике. При кодировании основного состояния (состояний) необходимо выбирать наиболее специфический код для характеристики такого заболевания, характеризующий его профессиональную этиологию. *Например, при наличии и у больного*

хронического простого бронхита (J41.0), вызванного профессиональной экспозицией кремниевой пыли, его необходимо кодировать и специфическим кодом J68.0, как бронхит, вызванный вдыханием химических веществ.

Если в МКБ-10 отсутствуют специфические коды для кодирования профессионального характера заболевания работника и коды для этиологического фактора, вызывающего заболевание, то следует кодировать заболевание по общим принципам, а этиологический фактор кодировать как Y96 (Факторы, связанные с работой). *Например, у медицинского работника выявлен ранний латентный сифилис (A51.5), вызванный травмой при проведении медицинских манипуляций. Такое положение рекомендовано кодировать и как A51.5 * Y96.*

Если у больного не было установлено заболевания, необходимо провести кодирования основного симптома, побудившего его обратиться к врачу (синдромальный диагноз согласно МКБ-10).

Профессиональные заболевания, проявляющиеся в виде симптомов и синдромов

Иногда возникают проблемы с состоянием здоровья, которые могут быть следствием воздействия факторов рабочей среды. Обычно такие эффекты представляют собой переменную комбинацию симптомов и заболеваний (например, «синдром хронической усталости», «множественная чувствительность к химическим веществам», «аллергия к холоду» и т.п.). Необходимо определенное время для накопления достаточного объема знаний и опыта, требующихся для определения хорошо обоснованных диагностических критериев и этиологии таких эффектов. Но, очень важно (как для наблюдения за заболеванием, так и для других целей) идентифицировать и классифицировать такие «новые» эффекты, наблюдаемые среди работающих. Согласно принципам МКБ-10, необходимо кодировать такие состояния как основной диагноз с использованием данных об этиологическом агенте. Для этого необходимо использовать таблицы, в которых перечислены типичные причинные факторы для таких состояний.

Важно помнить, что экспозиция причинного агента может происходить не только в процессе «обычного» использования в промышленности вещества или фактора, но и быть результатом непредвиденных химических реакций, присутствия примесей и даже процессов, происходящих на соседних рабочих местах.

Так класс XIX МКБ-10 содержит коды относительно травм, отравлений и некоторых других последствий внешних факторов. Большинство из этих кодов касается условий, имеющих отношение

только для определения профессиональных травм. Но, некоторые коды имеют также отношение к профессиональным болезням.

В классе XX в МКБ-10 (V01-Y98) представлена классификация воздействия окружающей среды как причины травмы, отравления и других вредных эффектов. При использовании кодов этого раздела, желательно, чтобы они применялись в качестве приложения к кодам из другого раздела, указывая на природу состояния (болезнь, симптом и т.д.). Раздел содержит коды, которые могут быть использованы для определения причинного агента / воздействия или фактора профессионального риска. Коды, содержащиеся в этом разделе, не являются достаточно подробными для кодирования профессионального заболевания, их можно использовать, но предпочтение следует отдавать более детальным национальным или местным системам кодирования.

Выводы

Унификация системы статистического кодирования профессиональных заболеваний является актуальной задачей, требующей внедрения в медицинскую статистику, что позволит значительно улучшить учет данной группы заболеваний, проводить длительный мониторинг по условиям труда людей, по эффективности первичной профилактики профессиональной патологии.

Использование унифицированной системы статистического кодирования патологии позволит также объективно оценивать уровни профессиональной заболеваемости как на национальном, так и на международном уровне, проводить стандартизированный анализ заболеваемости работающих по половозрастным, медико-социальными и географическим группам, а следовательно значительно улучшить управление системой здравоохранения в Российской Федерации и обеспечить эффективную систему профилактики профессиональных заболеваний.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения // WHO | World Health Organization. [Электронный ресурс]: <http://www.who.int>
2. МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра. [Электронный ресурс]: <http://mkb-10.com> (дата обращения: 20.09.2014).
3. Сеница И.В., Кузьминов О.М., Фетисова В.И. Формализация клинической информации для оптимизации лечебно-диагностического процесса в терапевтической практике // Научные результаты биомедицинских исследований. 2016. Том 2, №2. С.4—10.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA. Classification of Diseases, Functioning, and Disability. [Электронный ресурс]: <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>

5. Moller M., Sonntag D., Ernst P. Modeling the International Classification of Diseases (ICD-10) in OWL // Communications in Computer and Information Science. 2013. Vol. 272. P. 226—240.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.004

Ильинцева Е.О.¹ Ильинцев Е.В.²

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ (обзор литературы)

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, г. Москва

² Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний, г. Москва

Ilyintseva E.O.¹, Ilintsev E.V.²

MEDICAL ETHICS AND HEALTH TECHNOLOGIES

¹National Research Institute of Health Organization, Moscow

²Research Institute of the Federal Penitentiary Service, Moscow

Контактная информация:

Ильинцева Елена Олеговна - научный сотрудник;

E-mail: ieo2@mail.ru

Резюме. В работе рассматривается значение вопросов медицинской этики для ресурсосберегающих технологий. Перечисляются имеющиеся этические проблемы, которые могут оказать негативное влияние на совершенствование ресурсосберегающих технологий. Подчеркивается важность ориентации на приверженности к здоровому образу жизни как пациентов, так и самих медицинских работников. Особое внимание уделяется этической проблеме градиента медицинской помощи между

различными слоями населения и связанными с ней трудностями совершенствования ресурсосберегающих технологий. Авторы делают вывод о необходимости детального изучения этических проблем, сопровождающих совершенствование ресурсосберегающих технологий.

Ключевые слова: медицинская этика; медицинская пропаганда, здоровьесберегающие технологии, здоровый образ жизни; социальный градиент здоровья.

Abstract. The article deals with the importance of medical ethics for resource-saving technologies. The existing ethical problems that can have a negative impact on the improvement of resource-saving technologies are listed. The importance of focusing on adherence to healthy lifestyles of both patients and health professionals is emphasized. Particular attention is paid to the ethical problem of the gradient of medical care between different segments of the population and the associated difficulties of improving resource-saving technologies. The authors conclude that it is necessary to study in detail the ethical problems that accompany the improvement of resource-saving technologies.

Keywords: medical ethics; medical propaganda; health-saving technologies, healthy lifestyle, social gradient of health.

Медицинская помощь является сферой производства, распространения, реализации (продажи) услуг, подобно потребительским товарам, при условии понимания их специфики и соблюдения норм и правил медицинской этики и деонтологии. Технологическое перевооружение современной медицины, спровоцировавшее обострение моральных проблем перед врачом, родственниками больных, медицинским персоналом, произошедшее в результате научно-технического прогресса в медицинской деятельности, явилось причиной активного развития медицинской этики.

На лечебно-диагностический процесс оказывает воздействие индустриализация медицины, которая характеризуется развитием и внедрением в медицинскую практику новых биомедицинских технологий и превращением медицинских услуг в товар. В результате влияния индустриализации медицины меняется мировосприятие врачей, у которых появилось стремление как можно быстрее применить на практике новые технологии для получения экономической выгоды. Одновременно происходит деформация моральных оснований медицинской профессии, что грозит утратой или отказом от моральных основ врачевания (Огурцов А.П., 1994; Силуянова И.В., 2000; Лисицын Ю.П., 2013).

Система здравоохранения современного государства - отрасль, потребляющая значительное количество материальных, финансовых и кадровых ресурсов. В последнее время отмечается устойчивая тенденция к увеличению расходов на поддержание работоспособности системы здравоохранения на должном уровне, что свидетельствует о необходимости дальнейшего перераспределения объема медицинской помощи между догоспитальным этапом и ресурсозатратным стационарным звеном, увеличения в общей структуре оказанной медицинской помощи доли превентивных услуг.

Любая, даже самая теоретически правильная и корректная модель качества оценки медицинской помощи будет функционировать оптимально только при реальной, а не гипотетической заинтересованности в этом всех субъектов системы здравоохранения. При этом в условиях государственного здравоохранения отмечается кардинальное единство интересов пациентов и медицинских работников, заинтересованных, прежде всего, в положительном исходе медицинского вмешательства, излечении болезней и укрепления здоровья. Так как в настоящее время учеными предлагается достаточно много критериев справедливости, принцип справедливости, как другие принципы медицинской этики, не имеет абсолютной силы. Для врача (фельдшера, акушерки, медицинской сестры) главным критерием справедливости по отношению к больному являются состояние пациента и его потребность в медицинской помощи (Филатов В.Б., 2000; Саперов В.Н., 2012; Щепин О.П. с соавт., 2012; Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М., 2014).

Исследователями установлено, что наиболее часто в здравоохранении встречаются конфликты между медицинскими организациями и пациентами, которые связаны с нарушением прав граждан в сфере медицинского обеспечения, оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества и причинением вреда в процессе ее оказания. В большинстве случаев конфликтная ситуация между участниками процесса оказания медицинской помощи возникает вследствие взаимной грубости, некачественного лечения, завышенных требований пациента, самонадеянности врачей, характерологических особенностей пациентов и медицинских работников, недостаточного внимания к больному. Также причиной конфликта может служить отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации, коллегиальности в составлении плана лечения (Шевцова Ю.В., Емелина А.В., Захарова Е.А., 2011; Чернышева М.Л., Чернышев А.В., Горностаева Л.А., 2014; Кузнецова Т.М., Сальникова К.М., 2015).

К снижению риска возникновения конфликтов ведёт улучшение условий труда и жизни людей, а также повышение их материального благополучия и культурного уровня. По данным как отечественных, так и зарубежных организаторов здравоохранения, чем ниже социально-экономическое состояние той или иной социальной группы, тем хуже отношение внутри неё к своему здоровью, меньше мотивация для проведения мероприятий по сохранению здоровья (Ласский И.А., 2014; Жилыева Е.П., Нечаев В.С, 2015; Glorioso V., Pisati M., 2014; Рощина Я.М, 2016).

Кризисные явления в обществе не позволяют добиться устойчивой профилактической ориентации здравоохранения. Отсутствие стабильности и ограничение возможности оплаты медицинской помощи должны ориентировать население на предупреждение заболеваний.

Задолго до появления термина «здоровьесбережение» в Российской Империи возникла медицинская пропаганда, интересовавшая не только врачей и других медицинских работников, но и многих ученых других областей знаний, купцов, промышленников, известных писателей. Интерес к вопросам сохранения здоровья определялся не столько любознательностью, сколько практической потребностью: недостаточное количество врачей заставляло людей, не имеющих медицинского образования, оказывать помощь при болезнях, повреждениях, отравлениях.

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) всего населения Российской Федерации и его отдельных групп является актуальной задачей, стоящей перед отечественным здравоохранением. Мотивация к ЗОЖ - это совокупность внешних и внутренних мотивов, побуждающих к деятельности по сохранению здоровья, и условий, способствующих реализации здоровьесберегающего поведения. Одним из факторов, повышающих качество медицинской помощи, является следование пациента основным требованиям ЗОЖ. Забота о сохранении и укреплении здоровья должна стать ценностным мотивом, формирующим, контролирующим и регулирующим образ жизни человека. Структура мотивации к ЗОЖ меняется в зависимости от возраста, состояния здоровья, социального статуса и других факторов. Показано, что традиционные медицинские технологии, не в полной мере ориентированные на первичную и вторичную профилактику, неспособны обеспечить достижение максимально возможного уровня здоровья (Баламутова Н.М с соавт., 2005; Ефремов Д.В., 2010; Евстифеева Е.А. , 2011; Югова Е.А., 2011; Щепин О.П., Линденбратен А.Л., Стародубов В.И., Галанова Г.И., 2012; Стольникова И.И. с соавт., 2013; Щепин О.П., 2015, Валитов И.О., 2016).

Вопросы медицинской этики в контексте здоровьесберегающих технологий ранее не привлекали внимание организаторов здравоохранения (Тарасова О.В., 2006; Дорохов Е.В., Жоголева О.А., 2008).

Деятельность медицинских работников связана с обязательной пропагандой ЗОЖ прикрепленному на медицинское обслуживание контингенту, и от настроенности приверженности врачей (фельдшеров, акушеров, медицинских сестер) к жесткому контролю собственных факторов риска зависит формирование их мотивации к коррекции факторов риска у пациентов. При этом около половины медицинских работников (в сельской местности – 70%) сами оценивают свой образ жизни как нездоровый, что вызывает у нас сомнения как в эффективности мероприятий по медицинской пропаганде, так и в эффективности усовершенствования существующей системы санитарно-гигиенического просвещения без проведения первоочередных мероприятий по приверженности к ЗОЖ самих медицинских работников (Синельникова М.В., 2010; Дьяченко В.Г., Костакова Т.А, Пчелина И.В., 2012).

Тем самым, активное внедрение в повседневную практику здравоохранения здоровьесберегающих технологий должно учитывать этические аспекты взаимоотношений между врачом и пациентом в процессе предоставления (получения) санитарно-гигиенических знаний. Необходимо обратить особое внимание на проблему социального градиента приверженности основным принципам здорового образа жизни, вытекающего из феномена социального градиента здоровья (Щепин О.П., 2006; Максимова Т.М., Лушкина Н.П., 2012).

Кроме этого, наблюдающееся ухудшение состояния здоровья детей и подростков связано в значительной степени с низкой валеологической культурой населения; исследователями также обращается внимание на градиент качества оказания медицинской помощи между городскими жителями и лицами, проживающими в сельской местности (Ларионов Ю.К., 2007; Макарова Л.П., Буйнов Л.Г., Плахов Н.Н., 2017). Уместно заострить внимание на запуске своеобразного «порочный круга»: низкая медицинская активность подрастающего поколения – высокий уровень заболеваемости (в том числе репродуктивной сферы) - низкий уровень здоровья, детей - низкий уровень медицинской активности подрастающего поколения; причём «передача нездоровья» из поколения в поколения от родителей к детям скорее произойдёт в сельской местности, чем в городских условиях. Таким образом, здоровьесберегающие технологии для

детского и взрослого населения не должны вступать в конкурентную борьбу между собой за имеющиеся ресурсы здравоохранения.

Успешная реализация здоровьесберегающих технологий на любом иерархическом уровне организации медицинской помощи представляется дискуссионной без решения такой этической проблемы, как фактическая незаинтересованность частного здравоохранения в достижении максимально возможного уровня здоровья населением, следствием чего является откровенная дегуманизация медицины (Филатов В.Б., 2000; Айламазян Э.К., Цвелёв Ю.В., 2005).

Резюмируя сказанное, можно отметить актуальность углублённого изучения этических проблем, связанных с совершенствованием здоровьесберегающих технологий.

Литература

1. Айламазян Э.К., Цвелёв Ю.В. Права пациента, медицинская этика и юридическая ответственность акушеров-гинекологов (итоги дискуссии) // Ж. акуш. и жен. болезн. 2005. Т. LIV. Вып. 4. С.93-99.

2. Баламутова Н.М с соавт. Исследования мотивации и эффективности оздоровительной тренировки дляженщин, занимающихся в физкультурно-оздоровительных группах по плаванию. Физическое воспитание студентов творческих специальностей //2005; 1: 79—85.

3. Валитов И.О. Формирование этической и медицинской активности как предпосылок самоопределения здоровья и здорового образа жизни людей // Вестник Башкирского университета. 2016. № 3. С. 803-808.

4. Дорохов Е.В., Жоголева О.А. Современные здоровьесберегающие технологии // Здоровье и образование в XXI веке. 2008. Т. 10, № 3.С. 504-505.

5. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А, Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса: моногр. Хабаровск: ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. С. 282–320.

6. Жилыева Е.П., Нечаев В.С. Некоторые тенденции современной медицинской этики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. № 2. С.43-46.

7. Евстифеева Е.А. Перспективные направления исследований в психоло-гии здоровья и жизнедеятельности //Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. Тверь. 2011. Вып. № 1 (56).С. 17-28

8. Ефремов Д.В. Научное обоснование совершенствования работы врача по формированию здорового образа жизни у пациентов. - Автореф. дисс. ... к.м.н. - М., 2010. - 24 стр.
9. Кузнецова Т.М., Сальникова К.М. Конфликты в сфере здравоохранения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. вып. 5. С. 578.
10. Ларионов Ю.К. Влияние демографических и экономических факторов на совершенствование организации медицинской помощи населению региона Российской Федерации. – Автореф. дисс. ... д.м.н. – М., 2007. – 48 с.
11. Ласский И.А. Социальная ориентированность администрации на сохранение здоровья медицинских работников // Современное общество: идеи, проблемы, инновации. 2014. Т.2. № 3. С35-37.
12. Лисицын Ю.П. Здравоохранение и медицинская наука: вызовы современности и пути преодоления // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С.3-4.
13. Макарова Л.П., Буйнов Л.Г., Плахов Н.Н. Гигиенические основы формирования культуры здорового образа жизни школьников. Гигиена и санитария. 2017; 96 (5): 463-466.
14. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения // М.: Персэ, 2012. – 224 стр.
15. Огурцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы // Вопросы философии. 1994. № 3.
16. Рощина Я.М. Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство // Экономическая социология. 2016: 17(3); 13-36.
17. Саперов В.Н. Биоэтика или медицинская (врачебная) этика? Основные принципы медицинской этики // Клиническая медицина. 2012. № 8. С.69-72
18. Силуянова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // «Экономика здравоохранения». 2000. № 1(42). С. 5-8.
19. Синельникова М.В. Современные аспекты санитарного просвещения в условиях сельского района. – автореф. дисс. ... к.м.н. – М., 2010. – 24 С.
20. Стольникова И.И., Евстифеева Е.А., Борисова Е.В., Филиппченкова С.И., Ботвинева Ю.А. Риски репродуктивного здоровья женщины: проектный подход и здоровьесберегающие технологии // Медицинский альманах. 2013. № 6 (30). С. 30-32.

21.Тарасова О.В. Теоретические основы превентивных здоровьесберегающих технологий в школьной медицине // Экология человека. 2006. № 11.С. 25-28.

22.Толстов С.Н. Развитие творческой готовности организатора здравоохранения к профессиональной деятельности: дис. ... д.пед.н.: Шуя. - 2004. – 527 С.

23.Филатов В.Б. Концептуальное планирование здравоохранения: теория и практика/ под ред. О.П. Щепина. М. 2000.193 С.

24.Хабриев Р.У., Линденбрaten А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основы социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.

25.Шевцова Ю.В., Емелина А.В., Захарова Е.А. К вопросу о конфликтах между врачами и пациентами и психологической готовности врачей к работе // Медицинский альманах. 2011. № 5. С. 36-39.

26.Щепин О.П. Влияние здравоохранения на состояние здоровья населения // Бюллетень ННИИОЗ. 2006. вып. 4. С. 11-19.

27.Щепин О.П. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости населения. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (1): 3—7.

28.Щепин О.П., Линденбрaten А.Л., Стародубов В.И., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи // М., «Медицина». 2002. 176 С.

29.Чернышева М.Л., Чернышев А.В., Горностаева Л.А. Управление конфликтами в медицине: формирование специфических компетенций в процессе подготовки организаторов здравоохранения // Социально-экономические явления и процессы. 2014. Т. 9. № 12. С. 348-352.

30.Югова Е.А. К вопросу об истории развития здоровьесбережения в России // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. 2011. № 9. С. 167-172.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.005

Кудряшова Л.В., Черкасов С.Н., Кондрашова Л.В.

**ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОКАЗАНИЕ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Россия

Kudryashova L.V., Cherkasov S.N., Kondrashova L.V.

**FINANCIAL SUPPORT AND PROVISION OF HIGH-TECH MEDICAL
CARE INCLUDED IN THE BASIC PROGRAM OF COMPULSORY
MEDICAL INSURANCE**

National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Контактная информация:

Кудряшова Лариса Владимировна – научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Черкасов Сергей Николаевич - д.м.н., главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Резюме. Цель исследования: анализ высокотехнологичной медицинской помощи включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования. С 2014 г. высокотехнологичная медицинская помощь включена в базовую программу ОМС (далее - ВМП ОМС). Оплата ВМП за счет средств ОМС осуществляется уже почти четыре года. Все необходимые нормативно-правовые акты по данному вопросу приняты в полном объеме. Для анализа использованы материалы Департамента здравоохранения города Москвы, статистические данные о деятельности медицинских организаций, оказывающих ВМП ОМС, отчеты Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, данные информационно-аналитической системы Минздрава России «Подсистема мониторинга

реализации высокотехнологичной медицинской помощи» [1]. В статье приведены основные результаты данной практики в городе Москве, изложены актуальные вопросы финансового обеспечения и оказания ВМП ОМС в современных условиях.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, обязательное медицинское страхование, заболеваемость

Abstract. The purpose of the study: analysis of high-tech medical care included in the basic program of compulsory health insurance. Since 2014, high-tech medical care has been included in the basic program of CHI (hereinafter - VMP CHI). Payment of the VMP at the expense of the CHI has been carried out for almost four years. All the necessary legal acts on this issue have been adopted in full. Materials of the Department of health of the city of Moscow, statistical data on activity of the medical organizations rendering VMP OMS, reports of the Moscow city Fund of compulsory medical insurance, data of information and analytical system of the Ministry of health of the Russian Federation "Subsystem of monitoring of implementation of hi-tech medical care" are used for the analysis [1]. The article presents the main results of this practice in Moscow, presents the current issues of financial support and provision of VMP CHI in modern conditions.

Key words: high-tech medical care, compulsory medical insurance, morbidity

Одной из основных задач государственной политики в сфере здравоохранения является повышение доступности для населения Российской Федерации медицинской помощи [1-3]. Обеспечение доступности медицинской помощи, достижение высокой эффективности использования ресурсов здравоохранения тесно связано с качеством планирования объемов и структуры медицинской помощи [4,5].

Планирование необходимых объемов медицинской помощи является важнейшим этапом организации медицинского обслуживания населения, а также во многом определяет эффективность всей системы здравоохранения [6,7].

Цель исследования: анализ высокотехнологичной медицинской помощи включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Материалы и методы. Для анализа использованы материалы Департамента здравоохранения города Москвы, статистические данные о деятельности медицинских организаций, оказывающих ВМП ОМС, отчеты Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, данные информационно-аналитической системы Минздрава России «Подсистема мониторинга реализации

высокотехнологичной медицинской помощи» [1]. В статье приведены основные результаты данной практики в городе Москве, изложены актуальные вопросы финансового обеспечения и оказания ВМП ОМС в современных условиях.

С 2014 г. ВМП помощь включена в базовую программу ОМС. Оплата ВМП за счет средств ОМС осуществляется уже почти четыре года. Все необходимые нормативно-правовые акты по данному вопросу приняты в полном объеме.

В 2014 году 459 наиболее растиражированных методов ВМП были погружены в систему ОМС. В итоге существенно увеличилась доступность этой медпомощи, поскольку всем гражданам Российской Федерации при наличии полиса обязательного медицинского страхования оказывается ВМП ОМС, вне зависимости от места регистрации при наличии комплекта документов на оказание ВМП (п. 13 и 14 порядка приказа МЗ РФ от 29 декабря 2014 № 930н [8]), в отличие от ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, которая в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оказывается только жителям города Москвы. Эти методы стали доступны не только для жителей города Москвы, но и для жителей других регионов.

В случаи оказания медицинскими организациями ВМП лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации (вне территории месторасположения медицинской организации), предусмотрена возможность расчетов между территориальными фондами ОМС по тарифам, установленным на территории оказания медицинской помощи.

С 2015 года оплата ВМП осуществляется в регионах по тарифам, единым для всех медицинских организаций, оказывающих ВМП на территории субъектов Российской Федерации, вне зависимости от их организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности.

Талон на оказание ВМП, включенную в базовую программу ОМС обеспечивает принимающая медицинская организация, согласно пункту 17 порядка приказа МЗ РФ от 29 декабря 2014 № 930н [8], что облегчает процедуру оформления «квоты».

При этом Талон на оказание ВМП, не включенную в базовую программу ОМС оформляет тот орган управления здравоохранением, где у пациента имеется постоянная регистрация, дети до 14 лет оформляются по паспорту одного из родителей (законного представителя пациента).

Наиболее востребованные методы были погружены в ОМС, динамика погружения методов ВМП в ОМС представлена в таблице 1.

Таблица №1 Динамика количества методов высокотехнологичной медицинской помощи включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования по профилям с 2014 по 2018 годы.

№ п/п	Профиль	Годы				
		2014	2015	2016	2017	2018
1.	абдоминальная хирургия	23	23	37	35	36
2.	акушерство гинекология	19	13	13	10	10
3.	гастроэнтерология	2	2	2	2	2
4.	гематология	10	10	11	10	10
5.	дерматовенерология	8	8	8	8	8
6.	комбустиология	0	0	0	0	3
7.	нейрохирургия	33	33	34	34	36
8.	неонатология (детская хирургия в период новорожденности)	14	14	16	16	16
9.	онкология	253	251	251	251	251
10.	оториноларингология	16	16	16	16	16
11.	офтальмология	27	27	36	33	36
12.	педиатрия	6	6	6	7	7
13.	ревматология	2	2	2	2	2
14.	сердечно-сосудистая хирургия	2	2	4	5	10
15.	торакальная хирургия	5	4	4	4	4
16.	травматология и ортопедия	15	15	15	15	16
17.	урология,	10	10	22	15	24
18.	челюстно-лицевая хирургия	11	11	11	11	11
19.	эндокринология	3	3	5	4	4
ИТОГО методов ВМП ОМС		459	450	493	478	502

В 2015 году - виды ЭКО, неонатология, эндопротезирование тазобедренных суставов. В 2016 году – 54 метода, в том числе по профилю «абдоминальная хирургия» - 23 метода, по профилю «акушерство и гинекология» - все виды ЭКО, по профилю «неонатология» - 3 метода, по профилю «офтальмология» - 3 методов, по профилю «эндокринология» - 2 метода.

Дополнительно включены сложнейшие операции и методы лечения заболеваний поджелудочной железы, печени, желудочно-кишечного тракта, хирургическое лечение заболеваний надпочечников, медицинская помощь по офтальмологии, урологии, лечению эндокринологических заболеваний. Кроме того, дополнительно введен новый хирургический профиль: детская хирургия в период новорожденности.

В 2017 году – 4 метода, в том числе по профилю «акушерство и гинекология» - удаление опухоли в пределах здоровых тканей с использованием лапароскопического и комбинированного доступа, с иммуногистохимическим исследованием удаленных тканей; по профилю «педиатрия» - поликомпонентное лечение метаболических нарушений в миокарде и нарушений нейровегетативной регуляции; по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» - имплантация частотно-адаптированного двухкамерного кардиостимулятора; по профилю «урология» - петлевая пластика уретры с использованием петлевого, синтетического, сетчатого протеза при недержании мочи.

В 2018 году – 6 методов, в том числе по профилю «комбустиология» - термические, химические и электрические ожоги I - II - III степени от 30 до 49 процентов и более 50 процентов поверхности тела, в том числе с развитием тяжелых инфекционных осложнений, в том числе термоингаляционными травмами; по профилю «нейрохирургия» - дегенеративно-дистрофическое поражение межпозвонковых дисков, суставов и связок позвоночника с формированием грыжи диска, и артериальная аневризма в условиях разрыва или артериовенозная мальформация головного мозга; по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» - коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни и различных формах сочетанной патологии ишемическая болезнь сердца; по профилю «травматология и ортопедия педиатрия» - переломы позвонков, повреждения (разрыв) межпозвонковых дисков и связок позвоночника, деформации позвоночного столба.

Доля метод ВМП за счет средств ОМС ежегодно увеличивается (рисунок 1) и составляет от 31,2% в 2014 году до 34,4% в 2018 году.

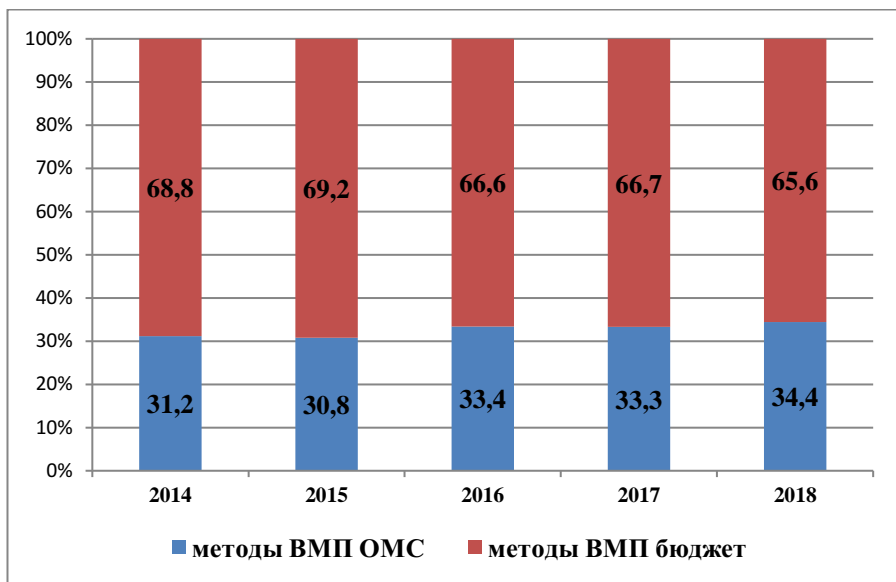


Рисунок 1. Динамика удельного веса методов, оказываемых по ВМП за счет средств ОМС и бюджета с 2014 по 2018 годы (в %).

В связи с погружением в ОМС, увеличилась доступность, если в городе Москве в 2013 году ВМП была оказана 42 287 москвичам (в том числе в федеральных (ведомственных) медицинских организациях – 35 297 москвичам и в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы 6 990 москвичам), то за 2014 год было пролечено 81 066 человек (34 717 и 46 349 соответственно), Прирост составил 91,7% (почти в 2 раза) — это очень высокий показатель.

Динамика оказанной ВМП с 2013 по 10 мес. 2018 год (рисунок 2) показала, что отмечается стойкое увеличение количества пролеченных пациентов по ВМП, что способствует увеличению доступности ВМП, особенно в рамках ОМС.

Доля оказанной ВМП, включенной в базовую программу ОМС, от общего числа ВМП ежегодно увеличивается (рисунок 3), и составляет от 44% в 2014 году до 52,5% за 10 месяцев в 2018 году.

С 2014 г. оплата ВМП осуществляется по нормативам финансовых затрат, устанавливаемых комиссиями по разработке территориальных программ ОМС, созданными в каждом регионе страны.



Рисунок. 2. Динамика оказанной ВМП с 2013 по 10 мес.2018 года в городе Москве в целом, в том числе в федеральных (ведомственных) медицинских организациях и в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, (количество случаев госпитализаций).

С 2015 г. перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, установлен нормативным правовым актом Правительства РФ. Впервые указанный перечень определяет нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе 30 групп ВМП.

Федеральные нормативы финансовых затрат на 1 случай ВМП учитывают среднюю стоимость одного случая лечения и потребность населения в ее получении, в том числе затраты медицинских организаций на закупку дорогостоящих медикаментов и материалов в

целях недопущения их приобретения за счет личных средств граждан. При этом размер финансового обеспечения указанных затрат определен исходя из частоты применения данных препаратов в разрезе каждого вида ВМП (содержащего в т. ч. методы лечения) и стоимости курса лечения на одного пациента.

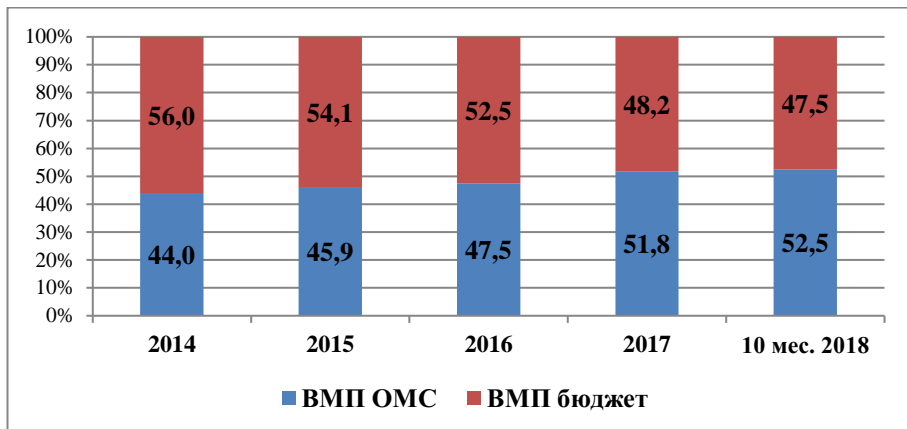


Рисунок. 3. Динамика удельного веса с 2014 по 10 месяцев 2018 года, оказанной ВМП включенной в базовую программу ОМС, от общего числа ВМП (в %).

Федеральные нормативы стоимости 1 случая ВМП, установленные ежегодно утверждаемой Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предусматривают покрытие расходов медицинских организаций на оказание ВМП в полном объеме.

Для каждого субъекта РФ рассчитывается дифференцированный коэффициент, учитывающий обоснованные различия уровней заработной платы в регионах, а также уровень индекса бюджетных расходов субъекта Российской Федерации, характеризующего бюджетную обеспеченность регионов. Ежегодно в рамках базовой программы ОМС предусматривается увеличение объемов оказываемой населению ВМП.

Объем финансирования ВМП ОМС для города Москвы ежегодно увеличивается и составил: в 2014 году - 4 387,5 млн. руб., в 2016 - 6 743,3 млн. руб., в 2017 году - 9 721,6 млн. руб., в 2018 году - 13 397,6 млн. руб.

В структуре выполненных объемов ВМП за 2017 год по профилям оказания медицинской помощи в целом городе Москве, лидирующее место занимают такие профили, как «сердечно-сосудистая хирургия» (28,7% от общего количества госпитализаций), «онкология» (20,8%), «травматология и ортопедия» (16,7%), «офтальмология» (7,2%), «нейрохирургия» (6,0%), «урология» (4,7%).

В структуре выполненных объемов ВМП ОМС более половины случаев также представлены именно теми методами лечения, которые являются экстренными и применяются при заболеваниях, которые являются основными причинами смертности населения, по данным за 2017 год: баллонная вазодилатация с установкой стентов в сосуды (стентирование до трех коронарных артерий) при ишемической болезни сердца (26%); имплантация частотно-адаптированного однокамерного или двухкамерного кардиостимулятора (7,3%); имплантация эндопротеза тазобедренного сустава (5,8%); комплексная терапия таргетными лекарственными препаратами и химиопрепаратами с поддержкой ростовыми факторами и использованием антибактериальной, противогрибковой и противовирусной терапии (5,7%); комбинированное и последовательное использование чрескостного и блокируемого интрамедуллярного или накостного остеосинтеза (4,4%); реконструктивные вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий (3,3%), реконструктивно-пластическое хирургическое вмешательство на костях стоп с использованием ауто- и аллотрансплантатов, имплантатов, остеозамещающих материалов, металлоконструкций (2,0%); восстановление формы и функции межпозвонкового диска путем пункционной декомпрессивной нуклеопластики с обязательной интраоперационной флюороскопией (2,0%); широкое иссечение опухоли кожи с реконструктивно-пластическим компонентом (1,9%).

Таким образом, показано, что погружение методов ВМП в базовую программу ОМС является эффективным, увеличивает доступность оказания ВМП населения. Необходимо и дальше погружать наиболее востребованные методы лечения.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 29Н от 30 января 2015 «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их

заполнения и сроках представления» (в редакции от 13.07. 2015 № 436Н)

2. Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.

3. Егiazарян К.А., Черкасов С.Н., Аттаева Л.Ж. Мониторинг эффективности мероприятий, проводимых в рамках государственной политики в сфере профилактики травматизма в России // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016. № 9-10. С. 19-25.

4. Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Берсенева Е.А., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Пути совершенствования технологии планирования объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 5. С. 95-104.

5. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Современные методические подходы к планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 4. С. 95-109.

6. Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Сопова И.Л. Использование демографического анализа при планировании объемов медицинской помощи // В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере сборник научных трудов VI-го Конгресса с международным участием. Под редакцией Петрова П.Г.. 2016. С. 601-605.

7. Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Сопова И.Л. Возможности моделирования объемов медицинской помощи по данным демографического анализа // В сборнике: Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе 2015. С. 309-312. 7. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9. № 4. С. 15-20.

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Макаров В.Ю., Шильникова Н.Ф., Громов П.В.

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
(БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ) КАК ОСНОВА ПЛАНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ В СУБЪЕКТЕ РФ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» (ФГБОУ ВО «ЧГМА») Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита

Makarov V.U., Shilnikova N.F., Gromov P.V.

**ANALYSIS OF MORBIDITY OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM
DISEASES (DISEASES OF THE BONE-MUSCULAR SYSTEM AND
CONNECTIVE TISSUE) AS THE BASIS OF MEDICAL REHABILITATION
PLANNING IN A SUBJECT OF THE RUSSIAN FEDERATION**

Chita State Medical Academy, Chita.

Контактная информация:

Макаров Владимир Юрьевич - E-mail: makarov7878@gmail.ru

Резюме. Планирование объемных показателей медицинских организаций, в том числе занимающихся медицинской реабилитацией, в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется с учетом потребности территории, формирующейся на основе уровня и структуры заболеваемости населения. В данном исследовании проведен анализ заболеваемости по обращаемости и госпитализированной заболеваемости населения Забайкальского края за период 2011-2017 гг. по классу заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. Изучены динамика и структура заболеваемости данной патологией в отдельных возрастных группах. В результате анализа выявлена возрастающая потребность населения в медицинской помощи по данному профилю.

Ключевые слова: заболеваемость, планирование медицинской реабилитации, уровень и половозрастная структура заболеваемости

Abstract. The planning of volume indicators of medical organizations, including those involved in medical rehabilitation, within the framework of territorial programs of compulsory medical insurance is carried out taking into account the needs of the territory, which is formed on the basis of the level and structure of the morbidity. In this study, an analysis of the musculoskeletal system and connective tissue diseases morbidity rate by the reversibility and hospitalized incidence rate of the population of the Zabaykalsky Krai for the period 2011-2017 is carried out. The dynamics and structure of the morbidity of this pathology in individual age groups are studied. The analysis revealed an increasing need of the population for medical care in this profile.

Keywords: morbidity, medical rehabilitation planning, morbidity rate and age and gender structure

Введение

Планирование объемных показателей медицинских организаций, в том числе занимающихся медицинской реабилитацией, в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется с учетом потребности территории, формирующейся на основе уровня и структуры заболеваемости населения.

Совершенствование системы планирования объемов медицинской помощи позволяет рационально распределить ресурсы здравоохранения и снизить экономические затраты на лечение [1].

Обращаемость населения за медицинской помощью в медицинские организации амбулаторного профиля наиболее полно отражает структуру и распространенность острых и хронических заболеваний, а также позволяет сделать вывод о доступности и уровне организации первичной медико-санитарной помощи населению [2-5].

Заболеваемость по данным госпитализаций позволяет судить о характере и объеме медицинской помощи, продолжительности лечения, отражает преемственность больничной и внебольничной помощи и позволяет планировать специализированную медицинскую помощь соответственно виду и профилю заболевания [6,7].

Методы исследования

Проведен анализ заболеваемости по обращаемости и госпитализированной заболеваемости населения Забайкальского края за период 2011-2017 гг. по классу заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. Изучены динамика и структура заболеваемости данной патологией в возрастных группах детей с 0 до 14 лет включительно, подростков с 15 до 17 лет включительно, взрослых 18 лет и старше. Анализ показателей осуществлялся с

использованием интенсивных, экстенсивных показателей, динамических рядов, критерия Стьюдента с указанием порогового уровня статистической значимости. Обработка информации проведена с использованием Microsoft Office Excel 2010 для работы с электронными таблицами и Statistica версия 6.1.

Результаты

Уровень заболеваемости населения Забайкальского края по классу костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2017 году составил 106,4 на 1000 населения, что ниже показателей по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу на 18,9% и 29,91% соответственно. Из них впервые выявленных – 22,4 по Забайкальскому краю, что ниже показателей по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу на 24,07% и 44,28% соответственно.

В динамике за период с 2011-2017 гг. отмечается тенденция к повышению уровня общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 4,8% по сравнению с уровнем 2011 года (101,5 на 1000 населения).

При анализе уровня первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани за тот же период также отмечается ее увеличение – на 3,7% по сравнению с уровнем 2011 года (21,6 на 1000 населения).

В структуре общей заболеваемости населения Забайкальского края по классу заболеваний костно-мышечной системы за период 2011-2017 гг. на первом месте находятся деформирующие дорсопатии (49,85%), на втором – артропатии (26,56%), на третьем – артрозы (17,86%). В структуре заболеваемости ревматоидный артрит составил 2,11%, остеопатии и хондропатии – 1,79%, поражения синовиальных оболочек и сухожилий – 0,75%, спондилопатии – 0,52%, системные поражения соединительной ткани – 0,44%, юношеский (ювенильный) артрит – 0,12%.

В структуре первичной заболеваемости населения Забайкальского края по классу заболеваний костно-мышечной системы за период 2011-2017 гг. на первом месте также находятся деформирующие дорсопатии (45,21%), на втором – артропатии (31,47%), на третьем – артрозы (18,38%). В структуре заболеваемости остеопатии и хондропатии составили 1,76%, поражения синовиальных оболочек и сухожилий – 1,12%, ревматоидный артрит – 0,79%, системные поражения соединительной ткани – 0,73%, спондилопатии – 0,47%, юношеский (ювенильный) артрит – 0,07%.

При анализе структуры общей заболеваемости населения Забайкальского края по классу заболеваний костно-мышечной системы в сравнении с другими регионами выявлена значительно меньшая доля

артропатий при одновременном преобладании деформирующих дорсопатий (таблица 1).

Таблица 1. – Структура общей заболеваемости населения Забайкальского края по классу заболеваний костно-мышечной системы за период 2011-2017 гг. в сравнении с другими регионами.

	Московская область	Ставропольский край	Красноярский край	Забайкальский край
Артропатии	34,57%	28,06%	34,69%	26,56%
Ревматоидный артрит	1,91%	1,12%	1,25%	2,11%
Юношеский (ювенильный артрит)	0,12%	0,11%	0,09%	0,12%
Артрозы	18,89%	21,58%	16,46%	17,86%
Системные поражения поражения соединительной ткани	0,32%	0,22%	0,27%	0,44%
Деформирующие дорсопатии	40,72%	45,87%	44,73%	49,85%
Спондилопатии	0,68%	0,43%	0,67%	0,52%
Поражения синовиальных оболочек и сухожилий	0,74%	0,55%	0,48%	0,75%
Остеопатии и хондропатии	2,06%	2,05%	1,35%	1,79%

В структуре первичной заболеваемости также отмечаются региональные особенности: значительно меньшая доля артрозов по сравнению со Ставропольским краем, артропатий – по сравнению с Московской областью и Красноярским краем, при наибольшей частоте встречаемости деформирующих дорсопатий среди исследуемых регионов (таблица 2).

При изучении влияния ряда медико-организационных и социально-экономических факторов на уровень общей и первичной заболеваемости болезнями ОДА среди населения Забайкальского края статистически значимые корреляционные зависимости не выявлены (Таблица 3).

Таблица 2. – Структура первичной заболеваемости населения Забайкальского края по классу заболеваний костно-мышечной системы за период 2011-2017 гг. в сравнении с другими регионами.

	Московская область	Ставропольский край	Красноярский край	Забайкальский край
Артропатии	42,98%	30,64%	50,41%	31,47%
Ревматоидный артрит	1,30%	1,08%	0,83%	0,79%
Юношеский (ювенильный артрит)	0,10%	0,10%	0,06%	0,07%
Артрозы	15,20%	30,88%	16,55%	18,38%
Системные поражения соединительной ткани	0,24%	0,18%	0,15%	0,73%
Деформирующие дорсопатии	36,89%	32,52%	29,82%	45,21%
Спондилопатии	0,57%	0,43%	0,41%	0,47%
Поражения синовиальных оболочек и сухожилий	1,23%	1,37%	0,83%	1,12%
Остеопатии и хондропатии	1,47%	2,80%	0,95%	1,76%

При анализе уровня общей заболеваемости по возрастным группам в группе детей 0-14 лет отмечается ее повышение – на 9,6% по сравнению с уровнем 2011 года (57,2 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 58,2 на 1000 населения при Тпр= +1,9%, в 2013 – 52,3 (Тпр = -10,2%), в 2014 – 55,9 (Тпр = +6,8%), в 2015 – 59,3 (Тпр = +6,1%), в 2016 – 53,5 (Тпр = -9,8%), в 2017 – 62,7 (Тпр=+17,1%). В группе подростков 15-17 лет отмечается ее повышение – на 15,3% по сравнению с уровнем 2011 года (165,2 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 168,4 на 1000 населения при Тпр= +2,0%, в 2013 – 172,0 (Тпр = +2,1%), в 2014 – 172,9 (Тпр = +0,5%), в 2015 – 164,1 (Тпр = -5,1%), в 2016 – 176,2 (Тпр = +7,4%), в 2017 – 190,4 (Тпр = +8,1%).

Таблица 3. – Оценка влияния некоторых медико-организационных и социально-экономических показателей на уровень общей и первичной заболеваемости болезнями ОДА

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Г _{xy} (общая заболеваемость болезнями ОДА)	Г _{xy} (первичная заболеваемость болезнями ОДА)
Общая заболеваемость болезнями ОДА на 1000 населения	101,5	102,3	103,2	104,9	102,9	101,0	106,4	-	-
Первичная заболеваемость болезнями ОДА на 1000 населения	21,6	23,1	23,5	24,9	23,8	22,7	22,4	-	-
Обеспеченность врачами на 10 000 населения	57,2	58,3	52,8	52,2	48,8	47,9	46,7	-0,392 (t=0,95, p<95%)	-0,069 (t=0,12, p<95%)
Общая заболеваемость на 1000 населения	1449	1475	1488	1514	1438	1478	1485	0,463 (t=1,17, p<95%)	0,408 (t=1,00, p<95%)
Первичный выход на инвалидность на 10 000 населения	75,2	68,6	55,0	65,2	62,8	64,3	65,7	-0,144 (t=0,33, p<95%)	-0,581 (t=1,60, p<95%)
Обеспеченность койками на 10 000 населения	111,3	111,7	111,3	109,5	101,4	100,3	98,2	-0,232 (t=0,53, p<95%)	0,261 (t=0,61, p<95%)
Реальные располагаемые денежные доходы (в % к предыдущему году)	102,1	101,3	104,1	94,5	96,8	97,2	98,4	-0,353 (t=0,84, p<95%)	-0,337 (t=0,80, p<95%)
Индекс потребительских цен на товары и услуги (%)	107,8	105,5	108,2	111,2	114,2	116,1	117,3	0,339 (t=0,81, p<95%)	-0,134 (t=0,30, p<95%)
Уровень безработицы (%)	10,6	10,6	10,5	10,0	10,4	10,2	10,3	-0,427 (t=0,81, p<95%)	-0,240 (t=0,55, p<95%)

В группе пациентов 18 лет и старше отмечается повышение показателя – на 3,7% по сравнению с уровнем 2011 года (111,2 на 1000

населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 110,9 на 1000 населения при Тпр = -0,3%, в 2013 – 111,5 (Тпр = +0,5%), в 2014 – 112,3 (Тпр = +0,8%), в 2015 – 111,9 (Тпр = -0,4%), в 2016 – 111,1 (Тпр = -0,8%), в 2017 – 115,3 (Тпр = +3,7%).

При анализе уровня первичной заболеваемости по возрастным группам в группе детей 0-14 лет отмечается ее повышение – на 6,0% по сравнению с уровнем 2011 года (28,2 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 27,4 на 1000 населения при Тпр = -2,9%, в 2013 – 29,2 (Тпр = +6,3%), в 2014 – 29,0 (Тпр = -0,6%), в 2015 – 30,4 (Тпр = +4,7%), в 2016 – 27,7 (Тпр = -8,9%), в 2017 – 29,9 (Тпр = +8,0%). В группе подростков 15-17 лет отмечается ее повышение – на 9,7% по сравнению с уровнем 2011 года (66,0 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 66,3 на 1000 населения при Тпр = +0,4%, в 2013 – 66,0 (Тпр = -0,4%), в 2014 – 67,3 (Тпр = +2,0%), в 2015 – 66,4 (Тпр = -1,3%), в 2016 – 66,7 (Тпр = +0,3%), в 2017 – 72,4 (Тпр = +8,7%). В группе пациентов 18 лет и старше отмечается ее снижение – на 9,1% по сравнению с уровнем 2011 года (19,8 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 19,2 на 1000 населения при Тпр = -3,1%, в 2013 – 20,0 (Тпр = +4,2%), в 2014 – 19,8 (Тпр = -0,6%), в 2015 – 20,0 (Тпр = +0,9%), в 2016 – 19,2 (Тпр = -3,8%), в 2017 – 18,0 (Тпр = -6,4%).

Анализ заболеваемости по обращаемости по возрастным группам показал ее увеличение в группе детей 0-14 лет – на 14,7% по сравнению с уровнем 2011 года (65,2 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 71,7 на 1000 населения при Тпр = +10,0%, в 2013 – 60,4 (Тпр = -15,8%), в 2014 – 66,9 (Тпр = +10,8%), в 2015 – 75,9 (Тпр = +13,4%), в 2016 – 72,5 (Тпр = -4,5%), в 2017 – 74,8 (Тпр = +3,2%). В группе подростков 15-17 лет отмечается ее снижение – на 2,5% по сравнению с уровнем 2011 года (158,8 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 155,3 на 1000 населения при Тпр = -2,2%, в 2013 – 156,5 (Тпр = +0,8%), в 2014 – 152,7 (Тпр = -2,4%), в 2015 – 151,6 (Тпр = -0,7%), в 2016 – 153,7 (Тпр = +1,4%), в 2017 – 154,9 (Тпр = +0,8%). В группе пациентов 18 лет и старше отмечается ее повышение – на 11,7% по сравнению с уровнем 2011 года (41,0 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 42,6 на 1000 населения при Тпр = +3,9%, в 2013 – 47,9 (Тпр = +12,4%), в 2014 – 44,4 (Тпр = -7,3%), в 2015 – 43,8 (Тпр = -1,4%), в 2016 – 45,2 (Тпр = +3,2%), в 2017 – 45,8 (Тпр = +1,3%).

Анализ госпитализированной заболеваемости по возрастным группам показал ее увеличение в группе детей 0-14 лет – на 9,3% по сравнению с уровнем 2011 года (5,4 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 5,8 на 1000 населения при Тпр =

+7,4%, в 2013 – 5,5 (Тпр = -5,2%), в 2014 – 5,0 (Тпр = -9,1%), в 2015 – 5,9 (Тпр = +18,0%), в 2016 – 5,8 (Тпр = -1,7%), в 2017 – 5,9 (Тпр = +1,7%). В группе подростков 15-17 лет отмечается ее повышение – на 4,7% по сравнению с уровнем 2011 года (16,9 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 17,1 на 1000 населения при Тпр = +1,2%, в 2013 – 17,4 (Тпр = +1,8%), в 2014 – 17,6 (Тпр = +1,2%), в 2015 – 17,8 (Тпр = +1,1%), в 2016 – 17,5 (Тпр = -1,7%), в 2017 – 17,7 (Тпр = +1,1%). В группе пациентов 18 лет и старше отмечается ее повышение – на 2,5% по сравнению с уровнем 2011 года (12,1 на 1000 населения). В 2012 году уровень заболеваемости составил 12,0 на 1000 населения при Тпр = -0,8%, в 2013 – 12,3 (Тпр = +5,0%), в 2014 – 12,6 (Тпр = -4,8%), в 2015 – 12,0 (Тпр = -4,8%), в 2016 – 12,2 (Тпр = +1,7%), в 2017 – 12,4 (Тпр = +1,6%).

Обсуждение

Проведенный анализ позволил установить, что на территории Забайкальского края в настоящее время отмечается тенденция к повышению уровня общей и первичной заболеваемости, а также госпитализированной заболеваемости по классу заболеваний костно-мышечной системы. При этом уровень общей и первичной заболеваемости ниже аналогичных показателей по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу. Выявленная тенденция свидетельствует о повышении числа обращений населения за первичной медико-санитарной помощью, об улучшении качества диагностики (особенно в возрастных группах 0-14 и 15-17 лет). Однако уровень показателя остается ниже, чем по стране в целом, также отмечается, что уровень и структура заболеваемости по обращаемости варьируют в различных возрастных группах населения.

Выводы

В результате анализа общей и первичной заболеваемости населения Забайкальского края болезнями костно-мышечной системы выявлена возрастающая потребность в медицинской помощи по данному профилю. Анализ заболеваемости по данным госпитализаций свидетельствует о сохраняющейся тенденции высокого уровня госпитализации в возрастных группах, характеризующейся наибольшей экономической активностью.

Литература

1. Макаров В.Ю. Определение потребности во втором этапе медицинской реабилитации в стационарных условиях на уровне субъекта Российской Федерации / В. Ю. Макаров, Н. Ф. Шильникова // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке/ – 2016. – Т. 18. – № 11. – С. 73–77.

2. Прусакова А.В. Оценка риска для здоровья населения по показателям заболеваемости / А. В. Прусакова // Современные технологии и научно-технический прогресс – 2015. – Т. 1. – № 1. – С. 104–106.
 3. Черкасов С.Н. Подходы к планированию потребности в специализированной стационарной медицинской помощи / Черкасов С.Н., Егиазарян К.А., Курносиков М.С., Федяева А.В., Олейникова В.С. // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2017. – № 5. – С. 78-86.
 4. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Современные методические подходы к планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 4. С. 95-109.
 5. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9. № 4. С. 15-20.
 6. Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Берсенева Е.А., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Пути совершенствования технологии планирования объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 5. С. 95-104.
 7. Черкасов С.Н., Кудряшова Л.В., Егиазарян К.А. Анализ потребности как основа планирования объемов высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы в городе Москве // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 4-5. С. 199-204.
-

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.007

Макаров В.Ю., Шильникова Н.Ф., Громов П.В.

**СТРУКТУРНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» (ФГБОУ ВО «ЧГМА») Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита

Makarov V.U., Shilnikova N.F., Gromov P.V.

**STRUCTURAL AND ORGANIZATIONAL ANALYSIS OF THE MEDICAL
REHABILITATION SYSTEM OF PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL
SYSTEM DISEASES IN THE ZABAYKALSKY KRAI**

Chita State Medical Academy, Chita.

Контактная информация:

Макаров Владимир Юрьевич - E-mail: makarov7878@gmail.ru

Резюме. Изучение структуры и организации существующей в Забайкальском крае системы медицинской реабилитации является необходимым для разработки и внедрения современных организационных технологий медицинской реабилитации в условиях регионального здравоохранения. В статье проанализированы основные показатели, характеризующие этапы медицинской реабилитации по профилю «травматология и ортопедия». Изучено влияние медико-организационных факторов на уровень госпитализации и число амбулаторных посещений. Проведен анализ основных показателей, характеризующих состояние кадровых ресурсов системы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на территории Забайкальского края.

Ключевые слова: планирование медицинской реабилитации, структура системы медицинской реабилитации, организация медицинской реабилитации

Abstract. The study of the structure and organization of the system of medical rehabilitation existing in the Zabaykalsky Krai is necessary for the

development and implementation of modern organizational technologies for medical rehabilitation in the context of regional health care. The article analyzes the main indicators characterizing the stages of medical rehabilitation in the area of traumatology and orthopedics. The influence of medical and organizational factors on the level of hospitalization and the number of outpatient visits is studied. The analysis of the main indicators characterizing the state of human resources of the medical rehabilitation system of patients with musculoskeletal system diseases in the Zabaykalsky Krai is carried out.

Keywords: medical rehabilitation planning, structure of medical rehabilitation system, medical rehabilitation organization

Введение

Приоритетным направлением деятельности медицинских организаций, оказывающих услуги по профилю «медицинская реабилитация» в субъектах Российской Федерации является укрепление здоровья и сохранение высокого жизненного статуса пациентов, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях [1-4]. Важнейшими условиями эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата являются раннее начало, персонализация, а также непрерывность и преемственность между учреждениями, осуществляющими реабилитацию [5-7]. На территории Забайкальского края в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сформирована трехэтапная система медицинской реабилитации, представленная медицинскими организациями различных форм собственности, имеющими лицензию на предоставление услуг по профилю «медицинская реабилитация». Изучение структуры и организации существующей системы медицинской реабилитации является необходимым для разработки и внедрения современных организационных технологий медицинской реабилитации и планирования в условиях регионального здравоохранения [8-10].

Методы

Для характеристики первого и второго этапа медицинской реабилитации проведен анализ показателей работы коечного фонда по профилю «травматология и ортопедия» в Забайкальском крае за период 2013-2017 гг.

Для характеристики третьего этапа медицинской реабилитации проведен анализ показателей деятельности амбулаторной службы, в состав которой входят: кабинеты врачей травматологов и ортопедов, залы и кабинеты ЛФК, расположенных в поликлиниках и

травматологических пунктах на территории Забайкальского края. Проанализированы основные показатели, характеризующие первичную медико-санитарную специализированную помощь по профилю «травматология и ортопедия».

Изучено влияние медико-организационных факторов на уровень госпитализации и число амбулаторных посещений по профилю «Травматология и ортопедия» на территории Забайкальского края. В качестве медико-организационных факторов применены: показатель обеспеченности койками и число медицинских организаций амбулаторного профиля 3 этапа медицинской реабилитации.

Проведен анализ основных показателей, характеризующих состояние кадровых ресурсов системы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на территории Забайкальского края.

Анализ показателей осуществлялся с использованием интенсивных, экстенсивных показателей, динамических рядов, критерия Стьюдента с указанием порогового уровня статистической значимости. Обработка информации проведена с использованием Microsoft Office Excel 2010 для работы с электронными таблицами и Statistica версия 6.1.

Результаты

Система медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в Забайкальском крае представлена тремя этапами. Базой проведения первого этапа медицинской реабилитации являются медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в острый период заболевания: ГУЗ «Краевая клиническая больница», ГУЗ «Краевая клиническая больница №4», ГУЗ «Городская больница №1», ГУЗ «Краевая детская клиническая больница», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО «РЖД» и травматологические центры края. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется на базе ГАУЗ «ЦМР Дарасун», ГУЗ «КЦМР Ямкун», центра восстановительной медицины и реабилитации «Карповка» НУЗ «ДКБ на ст. Чита-2 ОАО «РЖД», ГАУЗ «Забайкальский краевой госпиталь ветеранов войн». Коэффициент по профилю «травматология и ортопедия» в вышеперечисленных учреждениях в 2017 год представлен 232 специализированными травматологическими койками, для взрослых 192 коек, для детей – 36 коек, в том числе 36 ортопедических коек, для взрослых 26 коек, для детей – 10 коек. Обеспеченность травматологическими койками в Забайкальском крае на 10000 населения составила 2,15, ортопедическими – 0,33, по Сибирскому округу 2,59 и 0,65 и по РФ – 2,60 и 0,62 соответственно.

Анализ обеспеченности травматологическими койками за период с

2013 по 2017 годы выявил негативные тренды, представленные $y=321,4e^{-0,06x}$ ($R^2 = 0,957$) и $y=22,863e^{-0,54x}$ ($R^2=0,8042$). Показатели среднего числа дней занятости койки в году и оборота койки увеличились с 308 до 327,7 и с 23,2 до 25,1 за период с 2013 по 2017 год соответственно. Средняя длительность одной госпитализации в исследуемый период не показывают значительных изменений, сохраняясь на уровне 13,0-13,8, показатель летальности в динамике имеет четкую тенденцию к снижению (Рисунок 1).

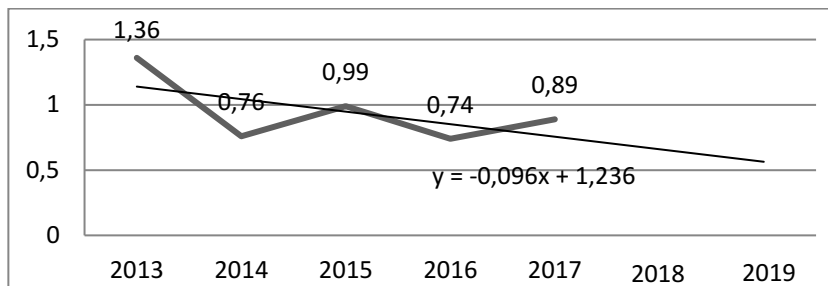


Рисунок 1. – Летальность (профиль «Травматология») в Забайкальском крае 2013-2017 гг.

Анализ обеспеченности койками по профилю «Ортопедия» за период с 2013 по 2015 год выявил позитивные тренды, представленные $y=22,167e^{0,1177x}$ ($R^2=0,512$) и $y=0,199e^{0,1223x}$ ($R^2=0,4785$). При этом показатели среднего числа дней занятости койки в году и средней длительности одной госпитализации за период с 2013 по 2015 год снизились с 337 до 327,7 и с 15,9 до 13,0, увеличился показатель оборота койки с 21,2 до 23,6, а показатель летальности в динамике сохраняется без изменений (Рисунок 2).

Третий этап реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в Забайкальском крае проводится в 11 медицинских организациях: ГУЗ «Краевая больница №3», ГУЗ «Шилкинская ЦРБ», ГУЗ «Краевая больница №3», ГУЗ «Петровск-Забайкальская ЦРБ», ГАУЗ «Забайкальский краевой госпиталь ветеранов войн», ГУЗ «Читинская ЦРБ», ГУЗ «Агинская окружная больница», ГУЗ «Нерчинская ЦРБ», ГУЗ «Сретинская ЦРБ», ГУЗ «Краевая больница №4», ООО «Реабилитационный центр кинезитерапии».

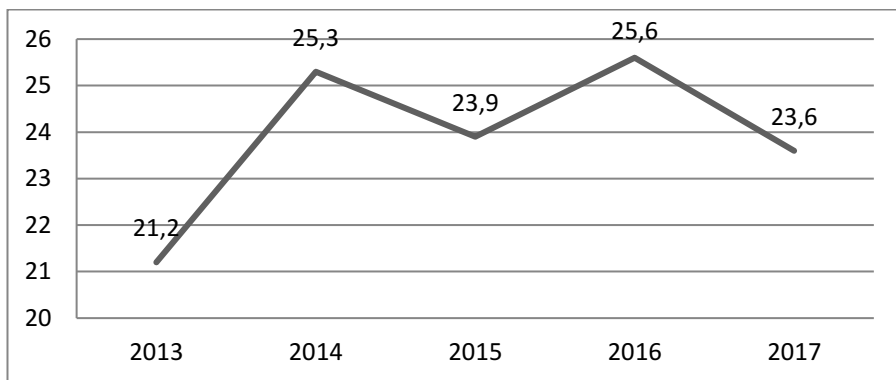


Рисунок 2. – Летальность (профиль «Ортопедия») в Забайкальском крае 2013-2017 гг.

Анализ показателя среднего числа посещений на одного жителя в год в динамике выявил позитивный тренд, представленный $y=0,2807e^{0,056x}$ ($R^2=0,5303$).

При изучении влияния медико-организационных факторов на уровень госпитализации и число амбулаторных посещений по профилю «Травматология и ортопедия» на территории Забайкальского края установлена сильная обратная статистически значимая ($p \geq 95\%$) корреляционная зависимость между показателем обеспеченности койками в регионе и числом посещений по профилю «Травматология и ортопедия», выявлена слабая прямая статистически значимая ($p \geq 95\%$) корреляционная зависимость между уровнем госпитализации больных по профилю «Травматология и ортопедия» и числом амбулаторных посещений по данному профилю (Таблица 1). Установлена слабая прямая статистически значимая ($p \geq 95\%$) корреляционная зависимость между числом медицинских организаций 3 этапа медицинской реабилитации и числом амбулаторных посещений по профилю травматология и ортопедия.

Показатель обеспеченности врачевными кадрами по специальности «Травматология и ортопедия» в динамике имеет тенденцию к незначительному снижению на 6,5% с 0,61 в 2013 году, до 0,57 в 2017 году на 10000 населения, что ниже аналогичных показателей по Сибирскому федеральному округу (0,74) и Российской Федерации (0,84) на 22,97 %, и 32,14% соответственно.

Таблица 1. – Оценка влияния медико-организационных показателей на число посещений на 1 жителя в год по профилю «Травматология и ортопедия»

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017	г _{xy} (число посещений на 1 жителя в год)
Число посещений на 1 жителя в год по профилю «Травматология и ортопедия»	0,32	0,28	0,35	0,33	0,39	-
Обеспеченность койками профилю «Травматология и ортопедия»	0,23	0,20	0,39	0,33	0,33	-0,708 (t=4,41, p<95%)
Уровень госпитализации по профилю «Травматология и ортопедия»	14351,6	14523,6	14831,7	15151	14889,9	0,498 (t=1,36, p<95%)
Число медицинских организаций 3 этапа медицинской реабилитации	1	1	2	3	11	+0,430 (t=2,39, p<95%)

Показатель аттестованности врачей травматологов-ортопедов в Забайкальском крае в 2017 году составил 63,9%, сертификат специалиста имеют – 98,4%. Показатель аттестованности по Сибирскому округу (58,4%), Российской Федерации (49,2%) что ниже показателя Забайкальского края на 5,5% и 14,7% соответственно.

Обсуждение

Показатель обеспеченности травматологическими койками в Забайкальском крае в 2017 году ниже такового по Сибирскому округу на 16,9%, ортопедическими койками – на 49,23% и ниже показателя по РФ на 17,3% и 46,77%, что свидетельствует о необходимости определения потребности и адекватном планировании объемов медицинской помощи по данному профилю.

В рамках региональной программы оптимизации медицинских организаций в период с 2014 по 2016 годы в соответствии с объемными показателями территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, количество специализированных травматологических коек было сокращено на 24,9% (с 309 до 232 коек). На фоне сокращения коечного фонда по профилю «Травматология и ортопедия» получили развитие

внебольничные формы оказания медицинской помощи, осуществляющие функцию 3 этапа медицинской реабилитации.

Тенденция к увеличению среднего числа посещений на одного жителя в год обусловлена снижением числа специализированных коек по профилю «Травматология и ортопедия» и значительным увеличением в период с 2013 по 2017 гг. числа медицинских организаций, участвующих в третьем этапе медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (с 1 в 2013 г. до 11 в 2017 г.).

Важнейшим из структурных компонентов, формирующих качество медицинской помощи, в том числе реабилитационных услуг, является обеспеченность кадровыми ресурсами. Именно поэтому низкая обеспеченность врачами кадрами по специальности «Травматология и ортопедия» в Забайкальском крае в период с 2013 по 2017 год является актуальной проблемой и требует принятия мер организационного характера.

Выводы

Результаты структурно-организационного анализа системы медицинской реабилитации больных с заболеванием опорно-двигательного аппарата в Забайкальском крае определили положительную динамику показателя числа амбулаторных посещений на одного жителя в год по профилю «Травматология и ортопедия», значительный рост числа медицинских организаций третьего этапа медицинской реабилитации, что свидетельствует о улучшении доступности медицинской реабилитации в амбулаторных условиях на территории Забайкальского края. Вместе с тем выявлены низкая обеспеченность врачами кадрами по специальности «Травматология и ортопедия», негативные тренды динамики показателей первого этапа реабилитации, отсутствие второго этапа, что обуславливает необходимость адекватного планирования медицинских объемов и кадровых ресурсов реабилитационной помощи на территории.

Литература

1. Хабриев Р.У., Черкасов С.Н., Егизарян К.А., Аттаева Л.Ж. Современное состояние проблемы травматизма // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. Т. 25. № 1. С. 4-7.
2. Егизарян К.А., Черкасов С.Н., Аттаева Л.Ж. Мониторинг эффективности мероприятий, проводимых в рамках государственной политики в сфере профилактики травматизма в России // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016. № 9-10. С. 19-25.

3. Егиазарян К.А., Черкасов С.Н., Аттаева Л.Ж. Мониторинг реализации государственной политики в области профилактики производственного травматизма // Общественное здоровье и здравоохранение. 2016. № 3. С. 31-35.
4. Горюнова В.В. Основные задачи деятельности и организационная структура медицинского стационара / В. В. Горюнова, Т. И. Горюнова, И. И. Шубин // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – Т. 3. – № 3. – С. 368-370.
5. Данилова Н.В. Проблемы оказания специализированной (реабилитационной) помощи в медицинских организациях / Н. В. Данилова // Менеджмент в здравоохранении. – 2014. – № 10. – С. 33-39.
6. Черкасов С.Н. Пути совершенствования технологии планирования объемов медицинской помощи / С. Н. Черкасов, Д. О. Мешков, Е. А. Берсенева, Л. Ю. Безмельницына, М. В. Лалабекова, А. В. Федяева, В. С. Олейникова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2016. – № 5. – С. 95-104.
7. Шепелева О.И. Реабилитация больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата/ О.И. Шепелева, Т. В. Горячева // в сборнике: Актуальные вопросы и перспективы развития медицины. – Омск: Инновационный центр развития образования и науки, 2016. – С. 32–35.
8. Черкасов С.Н. Подходы к планированию потребности в специализированной стационарной медицинской помощи / Черкасов С.Н., Егиазарян К.А., Курносиков М.С., Федяева А.В., Олейникова В.С. // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2017. – № 5. – С. 78-86.
9. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Современные методические подходы к планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 4. С. 95-109.
10. Черкасов С.Н., Кудряшова Л.В., Егиазарян К.А. Анализ потребности как основа планирования объемов высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы в городе Москве //

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.008

Палевская С.А.¹, Боброва М.В.²

КЛАССИФИКАЦИИ ТИПОВ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ОРГАНИЗАЦИИ (ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

¹Ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Национальный НИИ
общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва, Россия

² Аспирант 2-го года обучения, ФГБНУ «Национальный НИИ
общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва, Россия

Palevskaya S.A.¹, Bobrova M.V.²

CLASSIFICATIONS OF THE TYPES OF CORPORATE CULTURE OF THE ORGANIZATION (HISTORICAL ASPECTS)

¹Senior researcher National Institute of Public Health N.A. Semashko,
Moscow, Russia

²PhD candidate, National Institute of Public Health N.A. Semashko,
Moscow, Russia

Контактная информация:

Палевская Светлана Александровна - доктор медицинских наук,
ведущий научный сотрудник, MBA; E-mail: svetpal1972@gmail.com

Резюме: Культура общества в целом является основой его стабильности, стабильности различных сообществ людей, определяет отношение к окружающей действительности, формирует пути достижения целей, стоящих как перед организацией, так и перед обществом. Сегодня культура рассматривается как некий социальный механизм, который накапливает знания и навыки поведения людей, выполняет задачи идентификации и стабилизации компании в любой стандартной или нестандартной ситуации. В этом контексте понимание роли корпоративной культуры, ее влияния на сотрудников организации, умение управлять корпоративной культурой, являются актуальной

проблемой, в том числе и для медицинских организаций. Работа посвящена анализу существующих классификаций типов корпоративной культуры организации.

Ключевые слова: корпоративная культура, типы корпоративной культуры, элементы корпоративной культуры.

Abstract: The culture of society as a whole is the basis of its stability, the stability of various communities of people, determines the attitude to the surrounding reality, forms ways to achieve the goals facing both the organization and society. Today, culture is seen as a social mechanism that accumulates knowledge and skills of people's behavior, performs the tasks of identification and stabilization of the company in any standard or non-standard situation. In this context, understanding the role of corporate culture, its impact on the organization's employees, the ability to manage corporate culture, are an urgent problem, including medical organizations. The article is devoted to the analysis of existing classifications of types of corporate culture of the organization.

Key words: corporate culture, types of corporate culture, evaluation of corporate culture.

Одной из новых областей знаний, входящих в серию управленческих наук, является корпоративная культура. Сегодня она стала основой для сравнительно новой области знаний – корпоративного управления, предметом которого является изучение общих подходов, принципов, законов и закономерностей в управлении различными организациями (1).

Основная задача корпоративной культуры - содействовать специалистам различных подразделений организации в выполнении их должностных обязанностей в целях получения удовлетворения, признания себя как высококвалифицированного работника. В исследованиях различных ученых показано, что экономическая эффективность работы компании в определенной степени зависит от того, насколько сотрудники удовлетворены своей работой (2).

Одним из трендов развития здравоохранения в мире с середины XX века стало направление на реорганизацию. С одной стороны, в экономически развитых странах в области здравоохранения пересматриваются подходы к технологическому развитию медицины, к вопросу общего старения населения и оптимизации затрат на здравоохранение. Оптимизация здравоохранения особенно обоснована в странах с низким уровнем развития экономики, низким уровнем жизни и высокой смертностью населения, а также угрозы возникновения эпидемий и распространения инфекционных

заболеваний. Ю.П. Лисицын в своих работах говорит о том, что одним из основных достижений современной медицины можно считать развитие «эффективных организационных технологий», результатом которых является «научно обоснованное управление и использование медицинских услуг с целью получения максимальных результатов при наименьших затратах...» (3).

С другой стороны, становится очевидным, что современный мир, опирающийся на технологический прогресс, становится все более динамичным, сложным, и, следовательно, неустойчивым. Внедрение высоких технологий, автоматизация в различных областях деятельности человека, скорость обмена данными и знаниями являются основанием для профессионального развития людей, интеграции полученных знаний в жизнь и практику каждого человека. Работодатель в этой ситуации не имеет права оставаться в стороне, должен управлять изменениями и своевременно внедрять их.

Управленческие кадры, работающие в условиях оптимизации здравоохранения, испытывают определенные трудности, связанные с формированием и развитием корпоративной культуры медицинских организаций (4). Становится очевидным, что для того, чтобы управлять корпоративной культурой, ее нужно сначала идентифицировать, классифицировать, описать основные характеристики, понять, на какие структурные элементы можно влиять с наилучшим результатом, полезным для компании. Все это породило проведение исследований в области корпоративной культуры, многие из которых предлагают различные ее классификации.

Эдгар Шейн был в числе первых американских исследователей, который в 1986 году объяснил строение организационной культуры и предложил ее трехуровневую модель. Часто ее сравнивают с феноменом «айсберга», поскольку внешне мы наблюдаем только незначительную часть организационной культуры, при этом ее глубинные основы скрыты в глубине организации и не очевидны на первый взгляд. Трехуровневая модель состоит из поверхностного, внутреннего и глубинного уровней. Элементы и основные характеристики каждого уровня организационной культуры представлены в таблице 1 (5).

Э.Шейн предлагает описывать структуру корпоративной культуры организации по нескольким уровням. При этом, поверхностный уровень представляет объективную культуру, а подповерхностный и глубинный – субъективную культуру.

На первом (поверхностном) уровне видимые особенности культуры легко обнаружить (язык, форма приветствия, внешний вид), но без

знания более глубоких уровней сложно интерпретировать в терминологии организационной культуры организации.

Таблица 1. Уровни корпоративной культуры, предложенные Э.Шейном

Уровни корпоративной культуры	Элементы	Основные характеристики
Поверхностный уровень (уровень артефактов)	Внешние факты	Образы поведения, стиль общения, технологии, принципы и подходы к достижению качества в организации, стиль одежды сотрудников, эмоциональная атмосфера в коллективе, рабочее место, символика, ритуалы и церемонии, принятые в организации
Подповерхностный уровень (уровень провозглашаемых ценностей, только часть которых можно определить снаружи)	Ценностные ориентиры и верования	Моральные взгляды и этические правила организации, стратеги, философия и внутренние ценности, декларация поведения и нормы, миссия и целеполагание
Глубинный уровень (поведенческие архетипы)	Базовые предположения и установки	Ментальность, культурные традиции, отношение к человеку и своей деятельности, взгляды, влияние религии на организационное поведение, понимание себя и организации во времени и пространстве

Второй уровень (подповерхностный), более глубокий, изучает ценности, верования и убеждения, разделяемые всеми членами организации во взаимосвязи с отражением этих ценностей с элементами первого уровня. Ценности второго уровня выполняют функцию внутреннего регулирования поведения членов организации, поскольку поведение сотрудников может не отвечать заявленным ценностям.

Третий (глубинный) уровень описывает неосознаваемые членами коллектива предположения и установки, которые направляют поведение людей. Э. Шейн пишет: «Культура как набор базовых представлений определяет, на что мы должны обращать внимание, в

чем состоит смысл тех или иных предметов и явлений, какие действия следует предпринимать в той или иной ситуации». Глубинный уровень можно наблюдать, но не всегда легко интерпретировать. Значимое влияние на базовые представления оказывает национальная культура.

Также, базовые уровни корпоративной культуры можно классифицировать на внешний, внутренний и скрытый. При этом, внешний уровень касается того, как видят организацию потребители, конкуренты и общество. Внутренний уровень касается ценностей, выраженных в действиях сотрудников. Скрытый уровень описывает основополагающие убеждения компании, которые разделяются всеми членами коллектива.

В 1980-х годах Дж. Зонненфельд, профессор Йельской школы менеджмента, предложил свою концепцию корпоративной культуры (9, 13). Он выделил следующие типы организационных культур: бейсбольная команда, клубная культура, академическая культура и оборонная культура (крепость). Его концепция была разработана для повышения эффективности работы сотрудников крупных компаний. Он предложил классифицировать возникающие и формирующие корпоративную культуру процессы на 4 типа:

1. Бейсбольная команда. Этот тип корпоративной культуры «...встречается в организациях, которые работают на быстрорастущих рынках. В таких компаниях успеха добиваются люди инициативные, обладающие креативным мышлением и готовые брать на себя ответственность...».

2. Клубная культура. Такой тип корпоративной культуры характерен для лояльных, преданных и слаженных между собой сотрудников, их способностью эффективно работать в команде и достигать поставленных целей.

3. Культура по типу Академии. По мнению Д. Зонненфельда, это один из наиболее эффективных типов консервативной корпоративной культуры(9).

В компаниях с «академической» культурой отдают предпочтение молодым сотрудникам, у которых выражена потребность в постепенном развитии в долгосрочной перспективе и горизонтальном росте внутри организации. Среди сотрудников поощряется мастерство и профессионализм, что и служит основанием для поощрения.

4. Оборонная или оборонительная культура. «...формируется между участниками рынка или внутри коллектива, где постоянно идет борьба за выживание. От сотрудников требуется постоянно доказывать их соответствие должности. Карьерный рост возможен только для тех, кто демонстрирует выдающиеся показатели или продуцирует неординарные идеи...».

Исследования в области корпоративной культуры, выполненные Д.Э. Беком и соавт. (2010), позволили сформировать и описать новые типы культур организации (6). Ими была предложена так называемая «ролевая модель» корпоративной культуры, основанная на построении взаимоотношений на правилах и распределении обязанностей. В рамках данной модели каждый сотрудник рассматривается как часть большого механизма. Отличительными признаками модели авторы считают наличие четкой иерархии, обязательное соблюдение «...строгих должностных инструкций, правил, норм, дресс-кода, формальных коммуникаций...».

Важным выводом, сделанным авторами в результате исследования, следует считать указание на то, что тип сложившейся культуры организации напрямую зависит от этапа развития компании (становление, развитие, функционирование). И это, в конечном итоге, определяет ценность компании для каждого ее сотрудника.

Согласно теории Бека Д.Э. и соавт. (6), существуют следующие типы корпоративной культуры:

«...культура принадлежности (коллектив — единая семья, где на первое место ставят комфорт психологического климата);

...культура доминирования (в приоритете сила и власть, данная лидерам); ...культура регламента (в основе - нормы и правила. Для принятия решения требуется целая цепочка согласований, что создает бюрократические проблемы); ...культура успеха (основная ценность — результат. В почете те, кому удастся добиться успеха, демонстрируя высокие показатели и эффективную работу);

...культура согласия (основа — идея синергии, а главная ценность — способность сотрудников достигать консенсуса при решении важных вопросов);

...культура синтеза (сотрудники оценивают с позиций профессионализма и креативности подхода к решению поставленной задачи, умения работать в команде)...».

Сформированная корпоративная этика и корпоративная культура, с одной стороны отражают процессы, протекающие внутри коллектива, с другой - связаны со стратегиями развития, сформулированными и утвержденными руководством.

Согласно Герту Хофштеду культура организаций представляет собой коллективный образ мыслей и поведенческих реакций, которые отличают одну организацию от другой. Для отнесения корпоративной культуры к какому-либо типу, Г. Хофштед (7) выделяет несколько параметров, применяя которые можно определить тип корпоративной культуры с учетом национальных особенностей управления организацией. Так, согласно мнению Г. Хофштеда (7) тип

корпоративной культуры зависит от особенностей, присущих ключевым менеджерам и экспертам. Он описывает такие параметры как: «...индивидуализм — коллективизм. На шкале индивидуализации и коллективизма крайние значения — «абсолютное подчинение существующим интересам коллектива» и «превосходство личных интересов над коллективными». Параметр указывает на тесноту связей между сотрудниками, их готовность к совместной работе для достижения единой цели.

...дистанция власти. Указывает на степень неравенства и влияния при принятии важных решений. Отношение к неопределенности будущего. Чем нейтральнее отношение к неопределенности будущего в социуме, тем проще сотрудники компании переносят ситуации, связанные с определенными рисками.

...мужественность — женственность. Демонстрирует устоявшиеся в определенной культуре социальные роли для представителей разных полов. Это оказывает существенное влияние на восприятие сотрудника как представителя определенной профессии и эффективность его работы.

...временной горизонт ориентации на будущее. Для стабильных и перспективных проектов характерны далеко идущие планы с четким расчетом рисков и возможных успехов. Тогда как нестабильные компании больше ориентированы на сиюминутную прибыль...».

Применяя подходы, предложенные Хофшtedом Г., управленцы «...получают возможность оценить разнородность сформированных в коллективе отношений, перспективы сотрудничества с партнерами из разных стран и грамотно спланировать стратегию развития...».

Изданная в 1982 году книга «Корпоративные культуры: обряды и ритуалы корпоративной жизни», под авторством Терренса Дил и Аллана Кеннеди описывает одну из первых моделей организационной культуры организаций (8). Авторы полагают, что особое значение в формировании культурного климата в организации и отношение к руководству компании представляет взаимосвязь неверно принятых стратегических решений и время, за которое это становится очевидным.

Взяв за основу сочетание степени риска принятых решений и скорости получения обратной связи в организации, Т. Дил и А. Кеннеди составили матрицу для описания отличительных типов организационной культуры (рис. 1).

	Скорость получения обратной связи от рынка	
	Высокая	Низкая
Высокая степень риска	Крутые парни	Ставка на компанию
Низкая степень риска	Хорошего труда и отдыха (трудоголики)	Ставка на процесс

Рис.1. Типы организационной культуры по Т. Дилу и А. Кеннеди

1. Культура «Крутого парня». Этот тип характерен для компаний, которые работают на стремительно развивающихся рынках, связанных с высокими рисками и необходимостью очень быстро и четко анализировать ситуацию и принимать решения.

2. Культура «Ставка на свою компанию». Это культура с долгосрочной стратегией и высокими рисками, которые увидеть и оценить можно только в долгосрочной перспективе. Организации с данной культурой нуждаются в большом объеме ресурсов и времени (например, строительство крупного лечебно-диагностического центра или нового корпуса больницы, или открытие специализированного отделения с дорогостоящим оборудованием).

3. Культура «Хорошего труда и отдыха (трудоголики)». Данный тип корпоративной культуры формируется под влиянием рисков, в то же время сотрудники почти немедленно могут увидеть результаты своей деятельности.

4. Культура «Процесса». Организации с низким риском и медленной обратной связью, в которой существует риск в процессе выполнения задачи уйти от ее первоначальной сути: для сотрудников важно, чтобы работа выполнялась, и уже не так важно – что выполняется. При все при этом, культура процесса привносит порядок и структурированность в деятельность организации и обеспечивает выполнение определенных процедур.

Сотрудники с различным жизненным опытом, уровнем образования, ценностями и убеждениями, отношением к работе и личными ожиданиями достигают разной степени успешности в организациях, с преобладанием того или иного типа культуры. Люди с высокими амбициями и потенциалом, готовые на высокие требования со стороны руководства, высокую интенсивность труда и показывающие быстрые результаты своей работы, будут не готовы к работе в организации, ориентированной на процессный подход. Попадая в культурную среду, отличную от собственных культурных представлений и убеждений, человек может быть демотивирован и потерян для компании. Т. Дил и А. Кеннеди говоря о том, что «культурный шок» может стать причиной

плохой адаптации в коллективе и низкой эффективностью сотрудника при переходе из одной организации в другую (14). Особенности культуры и личностных характеристик сотрудника должны учитываться при процедуре найма.

Определение, формирование и своевременная действия по изменениям в корпоративной культуре позволяет осуществлять прогнозы по развитию персонала, как личного, так и профессионального и таким образом выстраивать стратегию развития организации.

Ирландец Чарльз Хэнди позаимствовал деление культур на четыре типа из исследования Roger Harrison (1972) и проанализировал эти типы более глубоко, чем сам автор. Хэнди справедливо подчеркивал, что культура должна приспосабливаться к людским потребностям и изменениям в окружающем мире. Он предлагал такие понятия как «боги менеджмента» - архетипы, выведенные из классического прошлого Европы и используемые в качестве метафоры культуры организации. Обобщив результаты анализа, Хэнди предложил одну из наиболее популярных классификаций (10), в которой выделил четыре типа, построенные на способах распределения власти, ценностными ориентациями сотрудников, характером отношений между сотрудниками и организацией, и последней -структурой организации и видом ее деятельности:

1. Культура власти («культура Зевса», символ «паутина»). Центральным субъектом компании является лидер, который сосредоточивает в своих руках основные управленческие ресурсы. Такие организации стараются подбирать в штат людей, ориентированных на высокие результаты, готовых брать на себя ответственность и рисковать в принятии решений, достигать поставленные цели в рыночных условиях высокой конкуренции.

2. Культура роли («культура Аполлона», символ «храм»). При таком типе культуры организации компании важны распределение ролей и определенный свод правил. Иными словами, «...каждый член организации занимает определенное место в иерархической лестнице и имеет четкие инструкции. Благодаря этому корпоративная культура способствует эффективному развитию организации при условии правильного распределения ролей и подбора кадров...».

3. Культура задачи («культура Афины», символ «сеть»). Организация ориентирована на эффективную реализацию идей. При этом «...секрет эффективности заключается в групповом кооперативном эффекте и профессионализме каждого участника процесса...».

4. Культура личности («культура Диониса», символ «пчелиный рой»). Является инновационным типом корпоративной культуры, когда индивидуальные качества каждого сотрудника ставятся во главу угла. От сотрудников требуются креативность, нестандартное мышление, готовность продуцировать и внедрять новые идеи для достижения поставленных перед компанией задач.

Французский исследователь Майк Бурке (11) предложил классификацию организационных культур, в основе которой лежит взаимодействие организации с внешней средой, ее структура, размер и степень мотивации персонала (табл. 2).

Таблица 2. Основные типы организационной культуры М. Бурке

	Взаимодействие с внешней средой	Структура организации	Мотивация персонала	Примечания
Культура типа «оранжерея»	Характерна для статичных организаций	Бюрократическая	Низкая мотивация	Характерна для гос. предприятий
Культура типа «собиратель и колосков»	Мелкие и средние организации, деятельность которых зависит от случая	Носит неопределенный характер	Низкая мотивация	Зависит от воли руководителя, существует текучесть кадров
Культура типа «огород»	Отмечается стремление сохранить свои позиции на традиционном рынке	Пирамидальная структура	Низкая мотивация	Использование моделей, проверенных временем, минимальное количество изменений
Культура типа «французский сад»	Сохранение лидирующих позиций на традиционном рынке	Иерархическая структура	Внимательное отношение к людям	Бюрократический подход, направленный на использование людей для работы системы

Культура типа «крупная плантация»	Адаптивность к внешним изменениям	Дивизиональная структура управления (централизованная координация с децентрализованным управлением)	Высокая мотивация	Развитые горизонтальные связи и гибкость персонала
Культура типа «лиана»	Ориентация на достижение общих целей, гибкость	Минимально достаточный управленческий персонал	Высокая мотивация	Использование современных информационных технологий
Культура по типу «косяк рыб»	Характерна высокая маневренность и гибкость	Изменение структуры в соответствии с изменением конъюнктуры рынка	Высокая мотивация	Подбор высококвалифицированного персонала
Культура по типу «кочующая орхидея»	Переход от одного рынка к другому, при исчерпании возможностей первого	Неформальная, изменяющаяся структура с минимальным количеством персонала	Практически отсутствует	Продажа уникального товара максимальному числу потребителей

Исследования различных авторов (12, 13) говорят нам о том, что корпоративная культура организации практически всегда представляет неповторимый набор элементов, имеющих в конкретно взятом учреждении. «Стремление к единым ценностям способно объединять людей в группы» (10), что в свою очередь позволяет руководителям создавать мощную команду для достижения поставленных целей. Выделение типов корпоративной культуры, идентификация элементов, из которых строится корпоративная культура, позволяет руководителю влиять на формирование модели корпоративной культуры организации в каждом конкретном случае, поскольку развитая корпоративная культура является базисом стабильной работы организации и ключевым фактором достижения стратегических целей и задач организации (14,15). Главное предназначение «...понимания корпоративной культуры состоит в том, чтобы уметь своевременно распознавать проблемы и трудности, понимать и обладать

способностями диагностировать организационные проблемы и таким образом находить пути их эффективного преодоления».

Литература

1. Воропаев В.И. Управление проектами в России. / В.И. Воропаев. - М.: Аланс, 1995. – 125 С.
2. Коновалов О. Организационная анатомия. Как управлять компанией с хирургической точностью / О. Коновалов — «РИПОЛ Классик», 2016, стр. 6-7.
3. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В. Важнейшие достижения медицины XX – начала XXI века и их значение для ближайшего будущего // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. - №5. – С. 3-6.
4. Жаворонков Е.П, Ким Ю.О., Куликова Н.В., Николаева Т.Г. Влияние деловой этики менеджмента на развитие организационной культуры медицинской организации // Медицина и образование в Сибири. 2013. №3. С. 17-21.
5. Шейн Э. Организационная культура и лидерство. СПб.: Питер. 2002. 336 с.
6. Бек Дон Эдвард, Койон Кристофер К. Спиральная динамика. Управляя ценностями, лидерством и изменениями в XXI веке. М.: Открытый Мир, BestBusinessBooks: 2010.
7. Hofstede, G. Cultures and Organizations: Software of the Mind, Third Edition / Geert Hofstede, Gert Jan Hofstede, Michael Minkov. – McGraw-Hill, 2010. – 576 p.
8. Deal T. Kennedy A. A. Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life. Harmondsworth : Penguin Books, 1982. P. 37—40
9. Jeffrey Sonnenfeld, The Hero's Farewell: What Happens when CEOs Retire, Oxford University Press, New York, Oxford, 1991, p.39-57)
10. Handy, C. B. Gods of Management: The Changing Work of Organizations / C. Handy. – N. Y. : Oxford University Press, 1995. – 254 p.
11. Третникова И.Ю. Культурные традиции организаций / Управление компанией – 2009. - №2 – 156с.
12. Горина Т.С. Применение типологий для изучения корпоративной культуры [Текст] // Вестник Волгоградского государственного университета, 2013, №2. – 43-44 с.
13. Камерон К. Диагностика и изменения организационной культуры / К. Камерон, Р. Куинн. Пер. с англ. под ред. И.В. Андреевой. СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
14. Deal T. E., Kennedy A. A. Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life . P. 17.

15. Харчишина О.В. Сравнительный анализ современных подходов типологии организационных культур [Текст] // Экономика. Управління. Інновації. 2009, №2. – 281-283 с.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.009

Палевская С.А.¹, Дорошилова А.В.^{1,2}, Лузина Ф.А.²,

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЧИСЛЕННОСТИ И УРБАНИЗАЦИИ
НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ (1926 – 2019 гг.)**

¹ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва, Россия

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», Новокузнецк, Россия

Palevskaya S.A.¹, Doroshilova A.V.^{1,2}, Luzina F.A.²

**ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF NUMBERS AND URBANIZATION
OF THE POPULATION OF THE KEMEROVSK REGION (1926 - 2019)**

¹"National Research Institute of Public Health named. N.A. Semashko", Moscow, Russia

²Federal State Budgetary Scientific Institution "Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases", Novokuznetsk, Russia

Контактная информация:

Палевская Светлана Александровна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

Дорошилова Анастасия Викторовна, аспирант 1-го года обучения, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»; врач первой категории, врач-рентгенолог рентгенологического отделения, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», Новокузнецк, Россия. E-mail: doroshilova_av@mail.ru

Лузина Фаина Анисимовна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории молекулярно-генетических и экспериментальных исследований, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», Новокузнецк, Россия. E-mail: luzina45@mail.ru

Резюме. В статье представлены результаты анализа динамики численности и урбанизации Кемеровской области в сравнении с общероссийскими демографическими тенденциями.

Выявлены особенности демографических процессов Кемеровской области (КО): максимальная численность населения России и КО отмечена в 1989 – 1991 г., но темп прироста за предшествующий 50-летний период в области был выше общероссийского на 49,9%. Сокращение общей численности населения, в том числе и городского, начавшееся в России в начале 90-х годов, в Кемеровской области происходит более быстрыми темпами. Положительная динамика роста населения России, отмеченная в первом десятилетии 2000-х годов, в КО отсутствует – население области ежегодно сокращается с начала 90-х годов. На фоне сокращения абсолютной и относительной численности населения области, уровень урбанизации ее остается высоким и имеет тенденцию роста (2005 – 84,4%, 2019 г. – 86,0%). Кузбасс стал урбанизированным регионом еще накануне Великой Отечественной Войны (1939 г. – 55%), Россия – в 1959 г. (52,1%). Кемеровская область по-прежнему остается самым урбанизированным регионом в СФО. По данным численности городского населения за период 1990-2019 гг. построены уравнения линейного тренда, свидетельствующие о дальнейшем уменьшении численности городского населения области при сохранении высокого уровня урбанизации (2030 г. – 84,5%).

Ключевые слова: численность, урбанизация, миграция, Кемеровская область (Кузбасс).

Abstract. The article presents the results of the analysis of the dynamics of the number and urbanization of the Kemerovo region in comparison with the all-Russian demographic trends.

The features of the demographic processes of the Kemerovo region (KO) were revealed: the maximum population of Russia and KO was recorded in 1989-1991, but the growth rate over the previous 50-year period in the region was 49.9% higher than the all-Russian one. The reduction in the total population, including the urban one, which began in Russia at the beginning of the 1990s, is proceeding more rapidly in the Kemerovo Region. Positive

dynamics of population growth in Russia, noted in the first decade of the 2000s, is absent in KOs - the population of the region has been declining annually since the beginning of the 90s. Against the background of a decrease in the absolute and relative population of the region, its level of urbanization remains high and has a tendency to increase (2005 - 84.4%, 2019 - 86.0%). Kuzbass became an urbanized region on the eve of World War II (1939 - 55%), Russia - in 1959 (52.1%). Kemerovo region is still the most urbanized region in the Siberian Federal District. According to the urban population for the period 1990-2019. linear trend equations are constructed, indicating a further decrease in the urban population of the region while maintaining a high level of urbanization (2030 - 84.5%).

Key words: number, urbanization, migration, Kemerovo region (Kuzbass).

Введение

Одной из важных демографических тенденций последнего столетия является быстрый рост урбанизации населения Земли. По оценкам ООН, численность населения мира на 2019г. составила 7,7 млрд. человек, из них 55% сосредоточено в городах [12]. В 2018 г. в городах было сосредоточено 55% населения мира. Еще в 50-х годах в городских поселениях проживало менее 30% населения мира [11].

В 2007 г. впервые в истории человечества численность горожан превысила численность сельского населения (3345 против 3328 миллионов чел.). По прогнозам экспертов «Департамента по экологическим и социальным вопросам ООН» численность населения мира, несмотря на снижение темпов, продолжает расти и к 2030 году увеличится до 8,5 млрд. человек, из них более 60%, а к 2050 г. – 68% будут жителями городов [11].

Урбанизация – это исторический процесс повышения роли городов, городской культуры, городского образа жизни в развитии общества и увеличение численности городского населения, по сравнению с сельским.

Урбанизация – это всеобщий объективный процесс характерный для большинства стран мира. Рост городов и увеличение численности городского населения в разных регионах Земли происходит не одновременно и разными темпами. Например, уровень урбанизации в экономически развитых странах Европы составляет: Германия – 77,3%, Франция – 80,2%, Испания – 80,3%, Финляндия – 85,3%, в США – 82,3%, в то же время, в странах с неразвитой экономикой еще достаточно много сельских жителей: Эфиопия – 20,8%, Кения – 27,0%, промежуточное положение занимают Индонезия – 34,0%, Сирия 54,2%, Индия 34,0%. Сокращение сельских жителей происходит повсеместно.

По данным ООН, Россия, в рейтинге урбанизации стран мира, занимает (77) 60 место, доля городского населения в общей численности населения страны – 74,4% [8].

Рост городов тесно связан с тремя аспектами устойчивого развития общества (территории): экономическим, социальным и экологическим [11].

Степень урбанизации региона является своеобразным индикатором его социально-экономического, демографического, культурологического состояния.

Цель исследования: провести анализ динамики (показателей) урбанизации Кемеровской области в контексте общероссийских демографических тенденций.

Материал и методы

Изучение динамики урбанизации основано на официальных данных Федеральной службы государственной статистики Росстата и Кемеровостата. Проведен анализ динамика численности городского и сельского населения Кемеровской области в сравнении с общероссийскими показателями за период 1926-2019 годы. Компоненты изменения городского населения области (естественный и миграционный прирост / убыль и изменение административного статуса рассмотрены за период 1990-2018 гг.). Уровень урбанизации измеряется процентным отношением городского населения к общей численности населения страны.

Результаты и обсуждение

В дореволюционной России, по данным Всеобщей переписи населения Российской империи 1897 г., в городах проживало лишь 15% населения. В конце 1930-х годов в городских поселениях была сосредоточена уже треть россиян, к концу 1950-х – половина [6].

В России в начале 1990-х наблюдался некоторый спад относительной численности городского населения. В последующие годы, несмотря на демографический кризис и сокращение абсолютной численности россиян (1993 г. – 148,6 млн.чел., 2009 г. – 142,8 млн.чел.), показатель урбанизации все-таки имел тенденцию к росту и держался на уровне 73% (73,0%-73,5%). В последующее десятилетие, на фоне начавшегося увеличения численности населения России, отмечен абсолютный и относительный рост городского населения (2009 г. – 104,9 млн.чел., 2019 г. – 109,5 млн.чел.). На 2019 г. темп прироста составил 4,9%, уровень урбанизации – 74,6%. (рис. 1).

Известно, что численность городского и сельского населения в стране может меняться за счет трех составляющих: естественного движения населения (соотношения уровней рождаемости и смертности); механического движения населения (миграций); а также

административно-территориальных преобразований сельских населенных пунктов в городские и наоборот.

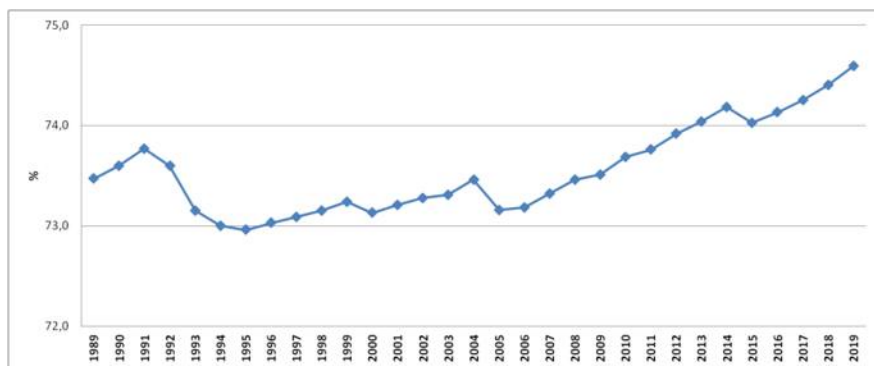


Рис. 1 – Динамика относительной численности городского населения России (1989-2019 гг.)

Рост численности городского населения в России до начала 90-х годов обеспечивался в основном естественным приростом – 1950 г.- 734,5 тыс.чел. (+16,4‰), 1970 – 559,1 тыс. чел. (+6,9‰), 1980 – 565,5 тыс. чел. (+5,8‰), 1990- 245,6тыс.чел. (+2,2‰) и миграционным приростом и частично административно-территориальными преобразованиями.

Начиная 1992 года, естественная убыль населения стала главным долговременным фактором сокращения числа горожан (1995г. – 620,7 тыс. чел., (-5,7‰), 2003 г. –607,0 тыс. чел.(-5,7‰), 2005 г. –558,9 тыс. чел. (-5,3‰). Дополнительно на сокращение городского населения повлияло административно-территориальное преобразование поселков городского типа в сельские населенные пункты: (2003 г. – 24 тыс. чел. (-0,2‰), 2005 г.– 204 тыс. чел. (-2,0‰). Число горожан в незначительной степени уменьшилось и за счет миграционного оттока населения (2003 г. – 128 тыс.чел. (1,2‰), 2005 г.–148 тыс. чел. (1,4‰) [6].

Отрицательное естественное движение городского населения с 2006 года стало компенсироваться положительным сальдо миграции.

Естественный прирост населения России в том числе и городского в 2012 г. впервые за 20 лет стал положительным (0,0 ‰). Позитивная динамика ЕП сохранялась на протяжении последующих пяти лет (2013 +0,3‰, 2016 г. 0,7‰). Темп прироста горожан за этот период составил 2,74%. В 2017 г в городских популяциях смертность вновь превысила рождаемость, естественная убыль населения составила 40,7 тыс.

человек (-0,4‰). В целом в населении России это произошло на год раньше. Численность населения России на начало 2019г. составила 146,8 млн. человек, из них 109,5 млн. человек – городские жители (74,6%).

Россия относится к странам с относительно высоким уровнем урбанизации, при этом разные регионы России существенно различаются по данному показателю, так, например, Магаданская область – 96,1%, Ханты-Мансийский АО – 92,4%, Мурманская область – 92,2%, Чеченская Республика – 36,7%, Республика Алтай – 29,2%.(на 2019г.).

Кемеровская область относится к высоко урбанизированной территории (на 01.01.2019 г. – 86,0%) и занимает первое ранговое место в СФО и четверное – Российской Федерации.

Краткая историческая справка.

Кемеровская область образована в 1943 г. путем выделения ее из состава Новосибирской области (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26.01.1943 г. №5). Кемеровская область включает 2010 муниципальных образований, в том числе 16 городских округов, 18 муниципальных районов, 22 городских и 154 сельских поселения. В городских округах Кемерово и Новокузнецк проживают более одного млн. человек, Прокопьевск и Белово имеют численность более 100 тыс. человек, еще 8 муниципальных образований - от 50 до 100 тыс. человек. Среди регионов СФО Кемеровская область относится к числу территорий с высокой плотностью населения (27,94 чел./км²). Для сравнения: Республика Алтай – 2,36 чел./км², СФО – 3,95 чел./км², Новосибирская область – 15,71 чел./км² [10]

Кемеровская область как территориально-производственный комплекс имеет важное стратегическое значение для промышленного развития СФО и Российской Федерации в целом. На его долю приходится около 16% основных производственных фондов Сибирского Федерального округа [10].

Кузбасс – это флагман угольной, металлургической, химической промышленности не только области, но и России. Однако, большая концентрация промышленных предприятий неблагоприятно сказывается на экологической ситуации региона. По уровню загрязнения окружающей среды Кемеровская область занимает 2 место в СФО после Красноярского края [10]. Загрязнение атмосферного воздуха оценивается как высокое в городах Кемерово, Прокопьевск; очень высокое – в городе Новокузнецке [3].

Высокий уровень антропогенной нагрузки на окружающую природную среду создает угрозу здоровью жителей региона [1, 4, 5], Демографический кризис в Кемеровской области – самой

урбанизированной и экологически неблагополучной в СФО (сверхвысокая смертность мужчин, продолжающийся отрицательный естественный прирост и др.) проявился в большей степени, чем в соседних регионах.

Кемеровская область занимает первое ранговое место по естественной убыли населения в Сибирском Федеральном округе (1992 г.: СФО +0,3‰, КО -2,8‰, 2000 г.: СФО -4,9‰, КО -7,7‰, 2015 г.: СФО +1,2‰, КО -2,0‰, 2018 г.: СФО -1,6‰, КО -4,5‰).

Начавшаяся индустриализация Кузбасса, сделала проблему численности, состава и перемещения населения стратегически важной [2].

Годы Великой Отечественной войны – это время необычайного роста индустриального потенциала Кузбасса. К 1943 году Кузбасс стал первой угольной и второй металлургической базой Советского Союза. Численность населения за военные годы достигла 1898,3 тыс. человек. В 1950-е годы в Кемеровской области вводились в строй новые промышленные предприятия и шахты, что способствовало быстрому росту численности городского населения области [7].

В 60-80 гг. XX столетия численность населения области увеличилась на 14-15%, но темпы роста снизились по сравнению с предшествующими десятилетиями (конец 20-50-х гг.), когда население Кузбасса возросло более чем в 6 раз [9].

С начала 90-х годов общая численность населения Кемеровской области сокращается (1990 г. – 3099,2 тыс. чел., 1999 г. – 2985,4 тыс. чел., 2010 г. 2773,0 тыс. чел.), в том числе за счет уменьшения естественного прироста населения (1985 г. +16968 чел., 1990 г. +4984 чел.) и, начиная с 1992 г., – за счет естественной убыли (1992 г. – 8608 чел., 1994 г. – 24606 чел, 2017 г. – 9837 чел., 2018 – -12208 чел.).

Численность населения Кемеровской области на 01.01.2019 г. составила 2 миллиона 674,3 тыс. человек.

Урбанизированной Кемеровская область стала уже накануне Великой Отечественной Войны (1939 г. – 55%), в то время как в России доминирование городского населения произошло лишь в 1959 г. (52,1%).

Высокими темпами доля городского населения увеличивалась до 1980-х годов (1980 – 86,6%) и на протяжении последующих четырех десятилетий (1980-2019 гг.) удерживалась на уровне 84-87% (рис. 3.).

Степень урбанизации Кемеровской области превышает общероссийский уровень с предвоенного периода (1939 г.) и до настоящего времени в 1,6 и 1,2 раза. Темп роста 1939-1980 гг. составил 282,7%, 1980-2019 гг. – 89,42%.

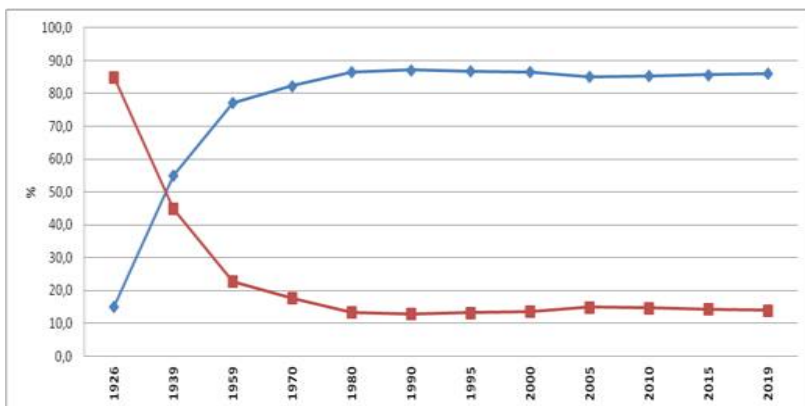


Рис. 2 – Динамика относительной численности городского и сельского населения Кемеровской области (1926-2019 гг.)

Миграционный прирост населения Кемеровской области снижается с 2007 г. (9818 человек), 2010 г. (537 человек) и в 2011 г. зафиксирован миграционный отток населения (-2804 человек), достигающий максимальной убыли -8413 человек в 2018 г. (рис. 3).

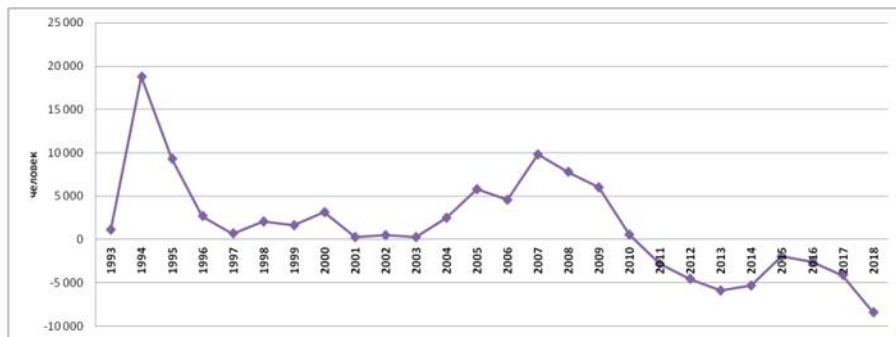


Рис. 3 – Динамика миграционного прироста (убыли) населения Кемеровской области в период с 1993 г. по 2018 г.

Для оценки прогноза динамики численности городского населения Кемеровской области до 2030 г. построен линейный тренд по данным с 1990 г. по 2019 г. (рис. 4).

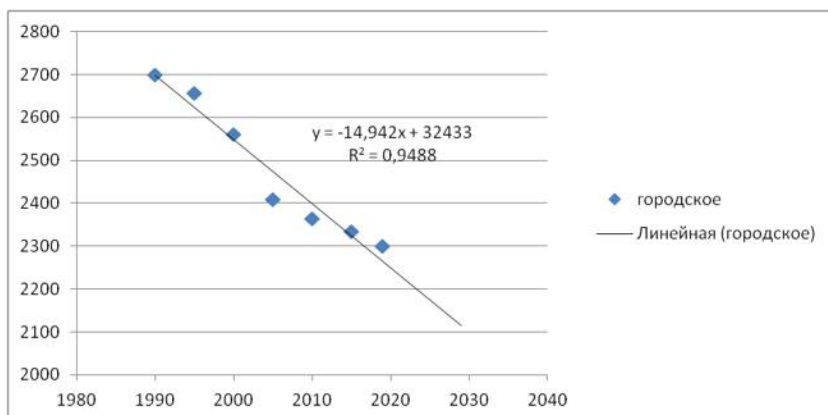


Рис. 4 – Динамика численности городского населения Кемеровской области и линейный тренд.

Величина достоверности аппроксимации равняется 0,9488, что указывает на хорошее совпадение расчетной прямой с исходными данными. Экстраполирование кривой осуществлено достаточно точно.

На основе полученных уравнений вычислены прогнозные значения численности городского населения и уровня урбанизации Кемеровской области. Таким образом, к 2030 г. численность горожан Кузбасса уменьшится до 2100,2 тыс. чел. при уровне урбанизации 84,5%.

Заключение

Кемеровская область, уступая по площади территории большинству областей и краев Сибирского федерального округа, является одной из самых густонаселенных и высоко урбанизированных регионов.

Урбанизированной Кемеровская область стала уже накануне Великой Отечественной Войны (1939 г. – 55%), в то время как Россия достигла подобного уровня урбанизации через 20 лет (1959 г. – 52,1%).

Большинство городов области возникло в период бурного индустриального освоения и мощного миграционного притока населения, что и обусловило высокий уровень урбанизации Кемеровской области (2019 г. – 86,0%).

Бурный рост численности населения Кузбасса в 40-60е годы XX века был вызван необычайным ростом индустриального потенциала региона.

К 1943 году Кузбасс стал первой угольной и второй металлургической базой Советского Союза. Численность населения региона достигла самого большого уровня за военный период – 1 898,3 тыс. человек [10].

С начала 1990-х годов рост численности населения области сменился устойчивой её убылью, продолжающейся в настоящее время.

В 90-е годы сокращение численности населения происходило в основном за счет уменьшения естественного прироста, с 1992 г. – естественной убыли, с 2011 г. – одновременной естественной и миграционной убыли населения.

Получены прогнозные значения численность городского населения Кемеровской области на 2030 г. Уравнения линейного тренда, построенные по данным с 1990 г. по 2019 г., свидетельствуют о том, что численность городского населения Кемеровской области будет постоянно уменьшаться, при сохранении высокого уровня урбанизации (2030 г. – 84,5%).

Выявленные в ходе проведенного исследования тенденции демографических процессов в населении Кемеровской области позволяют определить основные направления совершенствования планирования стратегии социально-экономического развития региона, принятия мер, направленных на улучшение социальной инфраструктуры, создания новых рабочих мест и привлечение инвестиций, улучшение жизненного обустройства населения. Отмеченные в ходе исследования негативные тенденции демографических процессов помогают избежать отрицательных последствий и принять превентивные меры по их предотвращению.

Литература

1. Балабина Н.М. Влияние загрязнения атмосферного воздуха на первичную заболеваемость взрослого городского населения анемиями // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2015. №1. С.116-119.
2. Боровикова З.В. Об изученности социально-демографической ситуации в Кемеровской области в 1946 - 1950-е годы // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. №. 4. С.17-21.
3. Доклад о состоянии и охране окружающей среды Кемеровской области в 2018 году. Администрация Кемеровской области Департамент природных ресурсов и экологии Кемеровской области. Кемерово, 2019. 206 с.
4. Иванов В.К., Цыб А.Ф., Горский А.И., Хаит С.Е. Анализ заболеваемости лейкозами детского населения России в зависимости от загрязнения окружающей среды техногенными источниками // Успехи современного естествознания. №1. 2006. С.78.
5. Максимов Г.Г., Азнабаева Ю.Г., Кириллова Э.В., Липатов О.Н., Ахметов В.М. Эколого-эпидемиологическое сопряжение заболеваемости раком легкого с загрязнением канцерогенами

атмосферного воздуха в регионах нефтехимического профиля // Пермский медицинский журнал. 2018. Т. 15, №3. С. 45-57.

6. Население России 2005: Тринадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский. М., 2007. С. 98.

7. Они строили большой Кузбасс: лидеры региона (1943–1991 гг.). Кемерово. 2017. 158 с.

8. Рейтинг урбанизации стран мира. Гуманитарная энциклопедия: Исследования [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006–2019. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/urbanization-index/info> (дата обращения: 05.10.2019).

9. Реховская Т.А. Население Кузбасса в 60-80-е гг. XX века : автореферат дис. ... канд. ист. Кемерово, 1998. 22 с.

10. Стратегия социально-экономического развития Кемеровской области на период до 2035 года. Кемерово. 2018.

11. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). World Urbanization Prospects. The 2018 Revision: Highlights. 2018.

12. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423), New York: United Nations, 2019.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.010

Сточик А.А.

**ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ КОСМЕТОЛОГИИ В РОССИИ.
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ВРАЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ**

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва, Россия.

Stochik A.A.

**FROM THE HISTORY OF FORMATION OF COSMETOLOGY IN RUSSIA.
FIRST MOSCOW INSTITUTE OF MEDICAL COSMETICS.**

FSBSI «Semashko National Public Health Research Institute»,
Vorontsovo field, Moscow, Russia

Контактная информация:

Сточик Анна Андреевна, к. м. н., ведущий научный сотрудник сектора истории медицины, медицинского музееведения и исторической фактографии ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Воронцово поле 12, Москва, Россия. medpublish@mail.ru

Резюме. Развитие косметологии в России проходило в несколько этапов, чередовались периоды процветания и упадка, в основном связанными с политическими событиями в стране. В данной статье рассказывается о начальном этапе становления отечественной косметологии, первых документах, регламентирующих деятельность «специалистов по уходу за красотой» и о первом институте врачебной косметики в России.

Ключевые слова: история становления косметологии, институт врачебной косметики, руководство по врачебной косметике

Abstract. The development of cosmetology in Russia took place in several stages, alternating periods of prosperity and decline, mainly related to political events in the country. This article talks about the initial stage of the formation of domestic cosmetology, the first documents regulating the activities of "beauty care specialists" and the first institute of medical cosmetics in Russia.

Keywords: history of the development of cosmetology, Institute of medical cosmetics, a guide to medical cosmetics

В начале 19 века, когда представители женской половины Российской аристократии стали активно посещать светские мероприятия, перещегоолять друг друга не только нарядами, но и свежестью лица, красотой фигуры и изысканностью ароматов для дам стало делом принципа. В элитных кругах считалось особой роскошью выписывать специалистов по косметике из-за границы. Особую популярность после войны 1812 года приобрели Парижские мастера - законодатели моды и стиля. Барышням из менее обеспеченных семей приходилось довольствоваться услугами местных цирюльников и парфюмеров, носивших с собой чемоданчики с косметикой. Однако, такая частная практика не была законодательно регламентирована, и на основании многочисленных прошений о выдаче лицензий на занятие врачебной косметикой, вопрос о порядке получения такого документа был рассмотрен Медицинским Советом, (Постановление медицинского Совета от 29 апреля 1907 года за номером 424) и утвержден Министерством Внутренних Дел 14 ноября 1907 года. Этот документ гласил, что право заниматься «уходом за красотой лица и тела» предоставлялось лишь тем, кто окончил школу массажа и врачебной гимнастики, в программу же самих школ должны быть включены уроки по физике («об электрической энергии») и по первой помощи («о ранах и об опасности их загрязнения», язвах, кожных заболеваниях и др. Обладатели дипломов «по уходу за красотой лица и тела», получившие их за границей или в Финляндии обязаны были предоставлять свидетельства об окончании 4 классов правительственной гимназии и по всем предметам сдавать экзамены в русской школе массажа. 16 мая 1908 года Управление Главного Врачебного Инспектора разослало Врачебным Управлениям циркуляр, содержащий порядок получения свидетельств на право заниматься врачебной косметикой, а так же программу ее для школ массажа, по которой должно проводиться обучение.

Осенью 1908 года в Москве обществом врачей и химиков был создан кружок, в скором времени преобразованный в Первый Московский Институт Врачебной косметики (1909). Его создатели ставили перед собой задачу дать возможность русской публике получать на Родине те продукты, за которыми приходилось ездить за границу, и развить те способы гигиенического ухода за красотой тела, которые бы имели научное обоснование. Ими выделялись: гигиеническая косметика, целью которой было сохранять чистоту тела, врачебная косметика - нечто среднее между гигиеной и лечением, и «научная косметика» -

искусство сохранять и улучшать природную красоту не вредя никакой ткани организма». Сформировавшееся общество единомышленников, располагавшее достаточными средствами для приобретения лучших косметических приборов и косметической продукции за границей, приняло решение создать институт, в связи с чем был составлен и утвержден Устав Первого Московского Института Врачебной косметики. Трое из его учредителей были командированы Правлением института за границу, для изучения « из первоисточников все научно обоснованные приемы ухода за волосами, лицом, руками, бюстом и другими частями тела ». Были приобретены исключительные права на ввоз, производство и продажу в России «лучших веществ от крупнейших фирм Англии и Франции». 1 октября 1909 года институт начал функционировать в полную силу, распахнув свои двери для посетителей на Садовой Триумфальной улице в доме номер 205. Каково же было устройство института? Он располагал несколькими специализированными кабинетами:

1.Смотровой зал включал в себя: стеклянный шкаф, для хранения применявшихся здесь средств и литературы, издаваемой институтом; Вариостат Коха, дающий различные виды тока, с помощью которых проводились прижигания бородавок и заусенцев, электролиз излишних волос и родимых пятен, сокращение расслабленных мышц на лице (гусиные лапки, мешки под глазами), а также сокращения стенок отвисших животиков, а синусоидальный ток вариостата использовался для усиления перистальтики кишечника при запорах; паровой душ для лица Заальфельда (рис.5) в сочетании с мельчайшей пылью мыльного раствора использовался при себорее и черных точках, прекрасно обезжиривал лицо и избавлял от комедонов, а также Эргостат Швабе – аппарат для гимнастики при недоразвитии мускулатуры рук, плечей и бюста.

2.В лечебном кабинете N1 на специальном кресле проводились массажи лица по системам Л. Жаке (L. Jacquet) и Р. Леруа (R. Leroy) «для поднятия тонуса отвисших жировых и кожных складок у пожилых и поживших лиц», а так же для улучшения кровообращения при угрях, исчезающих при данной манипуляции полностью через 6-8 недель. Вибратор Рейнигера предназначался для поднятия тонуса мышц лица, а вибратор Арнольда - для удаления бородавок и мозолей. Особо следует отметить Пневматический вибрационный аппарат с насосом Лева (Lowe), имевший 3 хода: нагнетающий, всасывающий и толкающий взад и вперед. Прибор применялся для придания бледности и избавлении от венозного застоя у пациентов « при красном лице с налитыми подкожными венами», у дам с женскими болезнями и у лиц страдающих запорами.

3. Лечебный кабинет N2 был оснащен самым современным маникюрным столиком V. Helten, а все средства и инструменты для маникюра и уходом за кожей рук поступали по спец заказу Института из Парижа от Мэр (M.Maire) и Берлина от Симонс (H. Simons). При помощи пневматического вибратора Заблудовского проводились массажи волосистой части головы при алопеции, а специальная насадка вибратора использовалась для увеличения «недоразвитых грудных желез у малокровных дам». В арсенале кабинета также имелись 2 аппарата, (один - в виде ванны с калильными лампами , а другой - в виде воздушного душа), для лечения сухим горячим воздухом «ожирелых животов, поясниц, груди и пр.». После разогрева кожных покровов пациентам проводился массаж с йодистой мазью проф. Пашкиса (H.Paschkis), пролонгирующей тепловой эффект процедуры.

Правление Института сделало все возможное для удовлетворения нужд самой взыскательной и капризной публики, его создателей не сомневались в том, что «все косметические изъяны, не порядки и уклонения от нормы, касающиеся лица, волос, бюста и рук – всегда могут быть устранены..», Девизом Института стали слова Шекспира: «...И возраст самый ничего не может сделать с ней!»

В 1909 году вышло в свет одно из первых русских руководств по врачебной косметике и массажу «Курс врачебной косметики для врачей, массажисток и публики», автором которого был врач, специалист по мануальной терапии Н.В. Слетов. В этой книге, (второе издание которой датируется 1910 годом, и именно эта дата издания упоминается, например в БМЭ, издание 3, том 11 стр. 414, статья Косметология, А.Ф. Ахабадзе), отражена программа и список руководств для слушателей курса врачебной косметики, открытой автором школы массажа в 1909 году. Руководство содержит анализ десяти иностранных источников с 1893 по 1907 г., 30 рисунков и несколько разделов. В разделе «Красота и здоровье» автор, анализируя красоту лица и тела человека связывает ее с состоянием здоровья, питанием, косметическим уходом и гигиеническими процедурами. Из всех отклонений форм тела автор обращает особое внимание на ожирение и исхудание, причины которых он усматривает в образе жизни человека. Средневековая поговорка гласит: « Единожды в день есть – ангелов свойство, дважды - людей, а чаще – скотов», а старинная формула утверждает: «нужно есть, чтобы жить; но не стоит жить, чтобы есть». Слетов пишет: «все, что вводится в тело после утоления голода есть уже вред и излишество. Излишние вещества, если они состоят из жира, сахара и алкоголя, ведут за собой ожирение, а если из белков - подагру». Автор рекомендует во

избежание ожирения выбирать курицу, телятину и рыбу на обед, а вечером употреблять в пищу овощи, кислы фрукты (смородина, апельсины, лесные яблоки) и зелень. При ожирении необходимыми условиями лечения являются: диета (отказ от содержащей жиры пищи: орехов, маслин, масла, мучного, сладкого), «подвод O_2 в ткани, что скорее всего выполняется движением, особенно на свежем воздухе», упражнения с гирями, гимнастика, фехтование, гребля, «участие в полевых работах крестьян, не знающих ожирения», плавание в «открытой воде», восхождение на гору или пассивная гимнастика для ленивых людей. Ко всему перечисленному было весьма полезно добавить массаж и «методы физического лечения высокими температурами света и пара». Тучным людям не рекомендуется пить более 1 стакана легкого вина и 1 литра воды в день, а во время еды употребление любой жидкости категорически запрещается. Белое вино способствует диурезу и является единственным алкогольным напитком, разрешенным при лечении ожирения, но только в указанной выше дозировке. В виде питья также подходят к употреблению нежирный бульон и особенно английский чай. В Англии он считается напитком жокеев, вечно стремящихся похудеть. Интересна позиция автора по поводу «худобы», которая, по его словам, гораздо хуже поддается лечению и может быть вызвана не только хроническими заболеваниями и врожденной предрасположенностью, но и бурной жизнью, печалью и скорбями, и приводит к появлению раздражительности, слабости, нарушению аппетита и сна. Худоба в то время была явно не в чести, Лермонтов отмечал, что «прелесть бледности и худобы существуют в одном дамском воображении; и если мужчины потакают им, то только из желанья избегнуть упреков в казарменности».

Слетов особо подчеркивает важность гигиены для поддержания красоты. У древних народов это искусство было очень развито, например, Клеопатре приписывают трактат «о лекарствах для лица», в последствии сгоревший при пожаре в Александрии. Гигиенические средства призваны укреплять здоровье, поэтому Слетов резко отрицательно высказывается в своей книге о средствах «заставляющих быстро худеть», к которым относит: уксус, лимонный сок, препараты щитовидной железы, а так же ограничение питья, частые суховоздушные ванны и др. Автор считает «медициной будущего - гигиену, но не аптеку, а научной косметикой - искусство сохранить и улучшить данную от природы красоту, не вреда никакой ткани». Он сетует на то, что люди в «наше лицемерное время» стыдятся всякой заботе о своей красоте, (как непохоже это на современные воззрения !) считая, что красота это Божий дар, и что она так же свободно

расцветает, как цветы на лугу. Однако косметика стала другой, она перестала быть только «маскировочной», но стала заботиться о красоте и здоровье лица и тела. Автор дает множество рекомендаций по уходу за собой. Так подробно разбирая красоту бюста, он считает хорошим средством ухода за ним – корсет и специальные массажи для поддержания красоты и молодости этой немаловажной части тела. Для красоты фигуры помимо прогулок и массажа полезны упражнения на эргостате, вращение которого укрепляет мышцы «передней поверхности туловища», катание на искусственных комнатных лодках для развития мышц плечевого пояса и спины. Также полезными для фигуры являются употребление внутрь рыбьего жира, препаратов мышьяка и железа, а для сохранения правильной формы живота (например после беременности) - бинтование, специальные техники массажа и «электризация».

В следующем разделе «Кожа, ее жизнь и косметика» обсуждается строение кожи и уход за ней. Автор делит все косметические средства на 2 большие группы:

1. Служащие гигиене и чистоте тела: вода, пар, различные по составу мыла, жиры – кремы, пасты и эмульсии, глицерин, алкоголь, щелочи – бура, соли натрия и калия, кислоты
2. Закрывающие недостатки, по выражению автора, «обманывающие себя или других»

Большое внимание уделено воде – древнейшему и лучшему из косметических средств, по мнению Слетова. Важна и ее температура и частота и правила проведения водных процедур: не следует оставлять лицо влажным после умывания, а также выходить на воздух сразу после водной процедуры. О любителях умываний холодной водой знаменитый австрийский врач и основоположник научного водолечения Вильгельм Винтерниц (1835 -1917) писал: «Их кожа суха как ремень; неэластична, лишена жира, бедна кровью и производит впечатление безжизненной». Поэтому фанатикам ледяных омовений рекомендуется завершать их тщательным растиранием лица до красноты. Однако грамотное применение разнообразных контрастных водных процедур существенно улучшает качество кожи и способствует улучшению здоровья, и в книге Слетов посвящает описанию этих процедур несколько страниц. Он также выделяет некороткие виды массажей лица: массаж и гимнастика лица, косметический массаж по Лангеру, противосеборейный лечебный массаж, массаж Заблудовского. Этот раздел книги содержит также сведения о лечении себореи, профилактики угрей, уходе за жирной кожей, морщинистой кожей, правильном загаре, борьбе с черными точками и веснушками и др. В разделе «Волосы» обсуждается мытье волос, удаление волос, борьба

с выпадением, грибковое поражение волос. В начале 20 века, вопрос о частоте мытья волос мог поставить обывателя в тупик. В ответ вы могли бы услышать : раз или два в год, голову вообще не нужно мыть во избежании простуды, а только вычесывать мелким гребнем, отшелушивая грязевые корочки, поэтому в руководстве подобные господа и дамы с удивлением обнаруживали, что оказывается голову нужно мыть 2 раза в неделю, да еще и с мылом. В книге подробно рассмотрены лечение себореи, включая формулы применяемых настоек для протирания и средств мытья, а также лечение выпадения волос и «уменьшение плеши». Интересно, что уже существовали средства удаления волос на лице. Слетов описывает 3 способа удаления волос и оценивает их преимущества и недостатки:

1. химический (например, сернокислым мышьяком, который всасываясь в кровь мог вызвать отравление)
2. механический (выдергивание щипчиками – болезненное и могло спровоцировать рожу, особенно при удалении волос из носа)
3. электролиз (через вколотую в волосяной мешочек иглу пропускается ток)

Раздел «Руки и ноги» повествует о форме ног и рук, потливости, отморожении, вросших ногтях, мозолях и др.

Какой же переворот в сознании публики относительно ухода за собой и сохранения красоты произвело это руководство, с которым и в настоящее время интересно ознакомиться.

В 1911 году С.И. Маржецкий публикует на основе лекций, прочитанных им в аудиториях Московского Политехнического музея «Руководство по врачебной косметике и лечению волос». Издателем этой книги стал Московский Институт Врачебной Косметики провизора А.М. Остроумова, известного парфюмера и весьма неординарной бизнесмена, обладавшего широкими связями и использовавшего в рекламе своей парфюмерной продукции прим балерин и театральных звезд, становившихся ее преданными поклонницами и не выходившими на сцену не надев аромат «Остроумова». Этот институт, открытый 8 октября 1910 года, обладал уникальной лабораторией и стал крупнейшим и по тем временам институтом врачебной косметики в России. История этого учреждения и его создателей требует отдельного повествования, и читатель сможет ознакомиться с ней в следующей статье.

Литература

1. Первый Московский институт врачебной косметики. – М: Скоропеч. Левенсон, 1909

2. Архив Московского Врачебного управления , ЦИАМ, Ф.1, Оп.2,
 3. Д.3488: Прощение массажистки О.Я. Лурье о разрешении открыть косметический кабинет в г. Москве
 4. Д.3555: Прощение массажистки Ю.А. Шуруповой о разрешении открыть в г. Москве кабинет массажа по уходу за красотой лица и тела
 5. Д.3556: Прощение массажистки М.О. Осиповой о разрешении открыть кабинет массажа в г. Москве
 6. Д. 3558: Прощение массажистки О.П. Саниной о разрешении открыть кабинет массажа в г. Москве
 7. Д.3652: Прощение массажистки М.Д. Яблонек о разрешении открыть кабинет массажа
 4. Гусарова К.О. Каноны красоты и гигиенические стандарты в культуре России 1890 -1910 –х годов: диссертация, М: 2010
 8. Слетов Н.В. Курс врачебной косметики для врачей, массажисток и публики. – М: 1909
 9. Слетов Н.В. Курс врачебной косметики для врачей, массажисток и публики. - М: 1910
 5. Ахабадзе А.Ф.. Косметология, БМЭ:11;414 –М:1979
 6. Маржецкий С.И. Руководство по врачебной косметике и лечению волос.- М:1911
 7. Винтерниц Вильгельм. Перевод с немецкого доктор А.Г. Фейнберг. Гидротерапия, ее физиологическое действие,показания и техника. «Практическая медицина» - Санкт – Петербург:1900
 8. Московский Институт Врачебной Косметики провизора А.М. Остроумова. Товарищество типографии А.И. Мамонтова: 1910
-

*Харисов А.М.¹, Сухотерин А.Ф.¹, Селезнев П.С.²,
Качкова О.Е.², Чаленко Н.Н.²*

ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ

1. ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого»
2. Финансовый университет при Правительстве РФ

*Kharisov A.M.¹, Sukhoterin A.F.¹, Seleznev P.S.²,
Kachkova O.E.², Chalenko N.N.²*

HEALTH TRANSFORMATION TO A PATIENT-ORIENTED MODEL

1. Federal State Budgetary Institution "3 TsVKG im. A.A. Vishnevsky "
2. Financial University under the Government of the Russian Federation

Контактная информация:

Харисов А.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы, начальник филиала №3 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого»

Сухотерин А.Ф., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы, заместитель начальника филиала №3 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого»

Селезнев П.С., доктор политических наук, заместитель директора по персоналу Финансового университета при Правительстве РФ

Качкова О.Е., кандидат экономических наук, доцент, заместитель руководителя Департамента учета, анализа и аудита, Финансового университета при Правительстве РФ

Чаленко Н.Н., начальник группы предпроектного развития и коммерциализации результатов НИР, преподаватель кафедры «Анализ рисков и экономическая безопасность», Финансового университета при Правительстве РФ

Резюме. В статье рассматриваются ключевые вопросы организации и развертывания в России пациентоориентированной модели здравоохранения. Современное состояние России характеризуется переходным периодом к пациентоориентированной модели здравоохранения, о чем свидетельствует наличие правовой базы. В результате исследования также были выявлены некоторые компоненты пациентоориентированной модели, например, Единая государственная

информационная система в сфере здравоохранения. Однако для полной трансформации необходимо уделять повышенное внимание семи элементам, указанным в данной статье.

Ключевые слова: медицина, пациентоориентированный подход, трансформация здравоохранения, доступность медицинской помощи.

Abstract. The article deals with the key issues of organization and deployment in Russia of a patient-oriented health care model. The current state of Russia is characterized by a transition period to a patient-oriented model of health care, as evidenced by the existence of a legal framework. As a result of the research, some components of the patient-oriented model were also identified, for example, the Unified State Health Information System. However, for the complete transformation, it is necessary to pay special attention to the seven elements mentioned in this article.

Key words: medicine, patient-oriented approach, health care transformation, access to medical care.

Элементы трансформации здравоохранения к пациентоориентированной модели. Правительства государств и многие люди надеются, что широкое внедрение модели здравоохранения, ориентированного на пациента, улучшит качество и ограничит затраты на здравоохранение. Несмотря на то, что в массовых масштабах еще не доказан этот аспект, новая модель представляет собой важное обновление традиционной практики медико-санитарной помощи.

Модель объединяет четыре основных направления деятельности по реформированию здравоохранения:

- Участие в сообществе – социальный и проверенный подход к удовлетворению потребностей населения сообщества в медико-санитарной помощи. Подход означает вовлечение заинтересованных людей сообщества в анализ, принятие решений, планирование и реализацию программ, а также во все виды деятельности и совместное использование их потребностей, проживающих в конкретном географическом районе, и создание механизмов для удовлетворения этих потребностей. Ответственность за здоровье лежит не только на правительстве, но и на лицах, семьях и общинах. Универсальный охват медико-санитарной помощью не может быть достигнут без участия местного сообщества. Для этого следует в максимальной степени полагаться на местные ресурсы: кадры, деньги и материал.

- Межсекторальная координация: сотрудничество различных отраслей, таких как сельское хозяйство, образование, промышленность, жилье, связь, животноводство и другие отрасли.

Данное сотрудничество требует: сильной политической воли, адаптации административной системы для обеспечения такой координации, принятие соответствующего законодательства; совместное планирование в целях уклонения от дублирования.

- Соответствующие технологии – важная стратегия улучшения доступности медицинских услуг. Определяется как «технология, которая является научно обоснованной, адаптируемой к местным потребностям и приемлемой для тех, кто ее применяет и к которой она применяется, и которая может поддерживаться самими людьми в соответствии с принципом самообеспечения ресурсами, которые сообщество и страна могут себе позволить» [10].

- Доступный механизм поддержки – естественный или установленный процесс, посредством которого что-то способствует повышению качества жизни и обеспечивает буфер от неблагоприятных жизненных событий. В системе поддержки люди получают личную, физическую, умственную, духовную и инструментальную (а иногда и информационную) поддержку, что очень важно для достижения цели медико-санитарного обслуживания.

Во-первых, все больше данных свидетельствует о том, что «четыре основных компонента медицинской помощи» способствуют повышению качества медицинского обслуживания по более низким ценам и с большей степенью справедливости [12], [14], [15]. Четыре основных компонента-это доступ к первичному контактному уходу, скоординированному уходу, всестороннему уходу и устойчивым личным отношениям.

Во-вторых, большинство моделей медицинского обслуживания включает в себя модель оказания помощи при хронических заболеваниях, что свидетельствует о положительном воздействии на их исходы [8], [16].

В-третьих, пациентоориентированная модель здравоохранения зависит от активизации и вовлеченности пациентов, которые хотят лучшего обслуживания и прозрачности в области здравоохранения и стремятся сформировать партнерские отношения с практикой здравоохранения.

В-четвертых, пациентоориентированная медицина включает новые информационные технологии здравоохранения, электронные клинические информационные системы и телекоммуникационные возможности.

Трансформация систем здравоохранения, направленная на то, чтобы сосредоточиться на пациентах и лучше обслуживать «всего» пациента – сложная задача. Пациентоориентированный подход представляет собой переход от традиционных, патерналистских,

ориентированных на поставщиков, ориентированных на болезни подходов к системам здравоохранения, которые гарантируют, что пациенты, включая их предпочтения, потребности, желания и опыт, полностью интегрируются в каждый этап медицинских консультаций, лечения и наблюдения. Пациентоориентированная модель здравоохранения включает в себя расширение возможностей пациентов, фокусирование на отношениях между пациентом и поставщиком и предоставление поставщикам услуг для партнерства с пациентами для лучшего соответствия целям пациентов.

Мало известно о том, как наилучшим образом преобразовать традиционно ориентированную на поставщика систему помощи в ту, где предпочтения и цели пациента обеспечивают и стимулируют уход и поддерживают это изменение. Некоторые зарубежные исследования дают понимание организационной практики, необходимой для изменения культуры организаций здравоохранения в целях реализации пациентоориентированного подхода. В одном из исследований было выявлено несколько ключевых организационных и пациентных практик, связанных с высокими показателями опыта пациентов в стационарных отделениях, в том числе с ориентацией на сестринскую практику, лидерство и ответственность за поведение врача [11]. Другие исследования, посвященные изучению возможностей пациентов, определили ключевые практики для содействия пациентоориентированного подхода, включая сильную приверженность лидерству, передачу стратегического видения, систематическое измерение и обратную связь, а также наличие подотчетности и стимулов для обеспечения пациентоориентированного модели здравоохранения [9], [13]. Тем не менее, несмотря на наличие понимания организационной практики, оно остается неполным и индивидуальным для каждого государства.

Выделяют семь элементов для трансформации здравоохранения к пациентоориентированной медицине:

1. Лидерство. Этот элемент имеет решающее значение для трансформации и для продвижения любых инициатив. Несколько исследований показало, что прежнее руководство оказывало меньшую поддержку, и именно с изменением руководства пациентоориентированная модель могла продвигаться вперед. Важно, чтобы руководители служили образцом для пациентоориентированного подхода и активно привлекали персонал к данной инициативе. Сотрудники выделяют тот факт, что пациентоориентированный подход должен быть стратегическим приоритетом, который подчеркивает руководитель, посредством неявного одобрения или предоставления ресурсов для инициатив.

2. Участие пациента и семьи. Получение обратной связи пациентов, определение перспектив пациентов и выяснение того, что наиболее важно для пациентов и семей, необходимы для планирования и внедрения пациентоориентированного подхода.

3. Участие персонала. Привлечение персонала к пациентоориентированному подходу включает в себя процесс инкультурации для изменения отношений и приоритетов. Сотрудники должны рассматривать пациентоориентированный подход как необходимость медицинской помощи, а не как очередную мимолетную инициативу. Обучение персонала – один из механизмов укрепления культурных изменений. Таким образом, подчеркивается необходимость организации в учреждениях специальных тренингов для пациентоориентированного подхода, чтобы побудить персонал интегрировать практику пациентоориентированного подхода в свою деятельность.

4. Сосредоточение на нововведениях пациентоориентированного подхода.

5. Согласование ролей и приоритетов персонала. Некоторые исследования показали, что, когда пациентоориентированный подход был связан с внедрением конкретных инноваций, участники боролись с увеличением рабочей нагрузки без снижения существующего бремени работы. Некоторые сотрудники рассматривали практику пациентоориентированного подхода как дополнительную «побочную» обязанность, которая не была хорошо согласована с их главными приоритетами.

6. Организационные структуры и процессы, которые могут быть препятствием для внедрения пациентоориентированной модели.

7. Окружающая среда медицинской помощи. Среда изменений в медицине считается наиболее эффективной, когда она сопровождается функциональными изменениями, которые способствуют взаимодействию пациента и поставщика.

Данные элементы были выделены в ходе исследования медицинских центров, которые считаются лидерами в пациентоориентированном подходе. Следовательно, возможно наличие барьеров на пути реализации пациентоориентированной модели здравоохранения с точки зрения тех, кто менее вовлечен в этот процесс. Продольное исследование трансформации приведет к более глубокому пониманию того, как каждый из этих элементов способствует дальнейшей трансформации.

Уже на сегодняшний день в России предприняты шаги к переходу на пациентоориентированную модель здравоохранения. С 2015 г. впервые были введены обязательные сроки для ожидания и оказания

любых видов медицинских услуг. Также, впервые в 2015 г. была сделана геоинформационная карта как для всей страны, так и для каждого региона, определяющая зоны риска доступности медицинской помощи с территориальной и транспортной точек зрения. Кроме того, о трансформации пациентоориентированного подхода свидетельствует наличие общественных советов при региональных министерствах здравоохранения и советов при территориальных управлениях Росздравнадзора.

С 2011 г. действует Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регулирующий отношения между государством-пациентом-врачом. Одним из важных полномочий является лекарственное обеспечение пациентов с редкими заболеваниями. Помимо внесения изменений в действующий нормативно-правовую базу, Министерство здравоохранения России дал необходимые разъяснения в области льготного лекарственного обеспечения и разработки стандартов лечения, в частности:

- Утверждены правила определения и формирования перечней льготного лекарственного обеспечения;
- Выведен из-под действия контрсанкционных решений ряд видов лекарственных препаратов;
- Расширено взаимодействие общественных и пациентных организаций с Министерством промышленности и торговли Российской Федерации;
- Внесены поправки в порядок выписки рецептов пациентам, страдающим сложными и хроническими заболеваниями.

По вопросам льготного обеспечения Правительство РФ в 2018 г. выделило в общей сложности 31,65 млрд руб. В 2017 г. была выделена такая же сумма, но в итоге общая сумма составила 34,27 млрд руб. [6]. При этом 72% льготников покупают лекарства на свои деньги, что свидетельствует о несовершенстве механизмов пациентоориентированного подхода. При этом доступность в законодательстве выделяется одним из основных признаков трансформации к пациентоориентированной модели здравоохранения.

Акцент на доступность и качество медицинской помощи отражается в национальном проекте «Здоровье» (2009-2012 г.), который простимулировал трансформацию здравоохранения к пациентоориентированной модели. Кроме того, подходы пациентоориентированной модели сформулированы в приказе Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. N 186 "Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины", определяющем индивидуализацию

подходов к пациенту, в том числе до развития заболеваний, то есть приказ затрагивает аспекты пациентоориентированной модели здравоохранения, а именно:

- Выявление предрасположенностей к заболеваниям и назначение лечения на основе анализа генетических особенностей и иных биомаркеров;
- Применение персонализированных подходов к лечению заболеваний;
- Использование биомаркеров для мониторинга в целях обеспечения эффективного лечения.

Элементы пациентоориентированной медицины поддерживаются программами как города Москвы, так и пилотными проектами регионов РФ. В качестве основы трансформации принимается государственная программа Москвы «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», в которой возможность реализации пациентоориентированной системы здравоохранения определяется ресурсным обеспечением и инфраструктурным потенциалом Москвы. Также элементы пациентоориентированной модели здравоохранения находят отражение в политике Президента РФ, например, вопросы в области обеспечения доступности или формирования систем защиты прав пациентов описываются в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

В условиях трансформации к пациентоориентированной модели важное значение приобретает использование современной цифровой техники, информационно-коммуникационных сетей, телемедицинских технологий, компьютерных сетей в целях поддержки принятия решений и поддержки пациентов с информационной точки зрения. В настоящее время создана Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, регулируемая Постановлением Правительства РФ от 05.05.2018 №555 и определяющая порядок доступа и обмена информацией с целью создания единого цифрового информационного пространства в сфере здравоохранения. Создание информационных систем предусмотрено и на региональном уровне в соответствии с №323-ФЗ. Несколько лет действует Единый портал государственных и муниципальных услуг, с помощью которого можно получить различные услуги, в том числе и медицинские.

Заключение

Таким образом, трансформация модели здравоохранения, ориентированной на пациента, является сложной и долгосрочной задачей. Усилия по трансформации должны быть многогранными и

встречаться на всех уровнях организации. Усилия должны быть направлены на привлечение внимания сотрудников, поощрение инноваций, решение приоритетов персонала, решение вопросов политики и процедур, которые могут помешать работе пациентоориентированного подхода.

Несмотря на текущие достижения по вопросам трансформации здравоохранения к пациентоориентированной модели, такие как наличие нормативно-правовой базы, Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, Единый портал государственных и муниципальных услуг и некоторые другие, большая часть технологий не созрела для использования, а также не была продемонстрирована интероперабельность внутри практик и между районами здравоохранения.

В соответствии с этим для развития здравоохранения, ориентированного на пациента, требуется политическая среда для поддержки, которая устанавливает разумные ожидания и временные рамки для инноваций. Кроме того, такая среда будет способствовать реализации пациентоориентированного подхода в соответствии с охватом семи основных элементов: лидерство; участие пациента и семьи; участие персонала; сосредоточение на нововведениях; согласование ролей и приоритетов персонала; организационные структуры и процессы; окружающая среда. Однако стоит отметить тот факт, что изучение этих элементов проводилось с точки зрения тех, кто активно вовлечен в процесс трансформации к пациентоориентированной модели. Использование данных элементов определяет способы, с помощью которых внедряется пациентоориентированный подход. Таким образом, преобразование системы здравоохранения путем акцентирования внимания на этих элементах и лучшем обслуживании «всего» пациента – сложное дело и требует подхода на системном уровне.

Литература

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" № 323-ФЗ от 21.11.2011 URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 21.05.2018).

2. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/#ixzz5H64Wkmyx> (дата обращения: 21.05.2018).

3. Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (вместе с "Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения") URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297474/ (дата обращения: 21.05.2018).

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.04.2018 г. № 186 "Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины" URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/#ixzz5H5o№YkCl> (дата обращения: 21.05.2018).

5. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года (проект, Минздрав России, ред. от 28.12.2017) URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 21.05.2018).

6. Правительство выделило 31,7 млрд рублей на льготные лекарства в 2018 году // *Vademecum*. URL: <https://vademec.ru/news/2017/12/29/pravitelstvo-vydelilo-na-2018-god-31-7-mlrd-rublej-na-igotnye-lekarstva/> (дата обращения: 02.07.2018).

7. Приоритетный национальный проект «Здоровье» // Министерство здравоохранения Архангельской области. URL: https://www.minzdrav29.ru/health/national_project/ (дата обращения: 02.07.2018).

8. Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2 / T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach // *JAMA*. – 2002. - № 288 (15). – С. 1909-1914.

9. Luxford, K., Safran, D.G., Delbanco, T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience / K. Luxford, D.G. Safran, T. Delbanco // *Int J Qual Health Care*. – 2011. - № 23 (5). – С. 510-515.

10. Primary Health Care -Introduction, Principles and Elements. Available at: <http://howmed.net/community-medicine/primary-health-care-introduction-principals-and-elements/> (Accessed 29.06.2018).

11. Promising Practices for Achieving Patient-centered Hospital Care: A National Study of High-performing US Hospitals / H.J. Aboumatar и др. // *Med Care*. – 2015. - № 53 (9). – С. 758-767.

12. Rosenthal, T.C. The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care / T.C. Rosenthal // *J Am Board Fam Med*. – 2008. – Т. 21, № 5. – С. 427-440.

13. Shaller, D. Patient-Centered Care: What Does It Take? / D. Shaller // New York: Commonwealth Fund. – 2007.

14. Starfield, B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy / B. Starfield // Journal of Physical Therapy Education. – 1992. – Т. 7, № 2. – С. 80-81.

15. Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health / B. Starfield, L. Shi, J. Macinko // Milbank Q. – 2005. – № 83 (3). – С. 457-502.

16. Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M. Organizing care for patients with chronic illness / E.H. Wagner, B.T. Austin, M. Von Korff // Milbank Q. – 1996. - № 74 (4). – С. 511-544.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.012

Черкасов С.Н., Безмельницына Л.Ю., Мешков Д.О., Сопова И.Л.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А.Семашко»

Cherkasov S.N., Bezmel'nicyna L.Y., Meshkov D.O., Sopova I.L.

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE RISK FACTORS ON THE CURRENT AND OUTPUTS OF PREGNANCY

Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow

Контактная информация:

Черкасов Сергей Николаевич - доктор медицинских наук, заведующий отделом исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко». E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Безмельницына Людмила Юрьевна - кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко", E-mail: blyu18@gmail.com

Мешков Дмитрий Олегович - доктор медицинских наук, заведующий сектором координации научных исследований и

информации ФГБНУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко",
E-mail: meshkovdo@nrph.ru

Резюме. Цель. Изучение влияния факторов риска на течение и исходы беременности. **Материалы и методы:** поиск российских и зарубежных литературных источников по теме исследования. Глубина поиска: 10 лет (2007-2017 гг.). Для реализации цели исследования применялись аналитический, исторический, монографический методы. **Результаты.** В литературе встречается информация об оценке влияния на течение, исходы беременности и психоэмоциональное состояние беременных следующих факторов: индекс массы тела; набор веса в течение беременности; возраста беременной; уровень физической активности до и во время беременности; курение до/во время беременности; употребление алкоголя до/во время беременности. **Заключение.** В результате исследования были выделены основные факторы, влияние которых необходимо учитывать при разработке подходов по организации медицинской помощи беременным и профилактике осложнений беременности.

Ключевые слова: обзор, беременность, факторы риска, качество жизни, исходы беременности.

Abstract. The study of the influence of risk factors on the course and outcome of pregnancy. **Materials and methods:** the search for Russian and foreign literary sources on the research topic. Depth of search: 10 years (2007-2017). An analytical, historical and monographic methods were used in the study to realize the goal. **Results:** There is an information about the evaluation of the effect on the duration, pregnancy outcomes and psycho-emotional state of pregnant women following factors: body mass index; weight gain during pregnancy; age of the pregnant woman; level of physical activity before and during pregnancy; smoking before / during pregnancy; use of alcohol before / during pregnancy. **The conclusion.** The main risk factors were identified. Their influence must be taken into account for the developing the medical care organization for pregnant women and the prevention of complications of pregnancy.

Key words: review, pregnancy, risk factors, quality of life, pregnancy outcomes.

Охрана материнства и детства во все времена была и остается приоритетным направлением в здравоохранении. Сохраняющийся до настоящего времени достаточно высокий уровень материнской и перинатальной смертности, требует изучения особенностей течения

беременности, ставит вопросы профилактики осложнений беременности в ряд самых актуальных социальных проблем. Беременность представляет собой физиологический процесс, однако потребности развивающего плода налагают повышенные нагрузки на все физиологические системы женщины. Способность организма адекватно воспринимать растущие требования, перестраивать свою деятельность сообразно новым условиям, сохранять параметры гомеостаза в нормальных границах определяет уровень риска патологического течения процесса беременности и родов, а также состояния психоэмоциональное состояние беременных. Для разработки эффективных программ по совершенствованию организации медицинской помощи изучаемому контингенту необходимо комплексное изучение влияния факторов риска на течение и исходы беременности. В этой связи было организовано настоящее исследование.

Цель: изучение влияния факторов риска на течение и исходы беременности.

Материалы и методы: поиск российских и зарубежных литературных источников по теме исследования. Глубина поиска: 10 лет (2007-2017 гг.). В исследовании для реализации поставленной цели были применены аналитический, исторический, монографический методы анализа. При проведении исследования использовались российские и зарубежные базы данных: Elibrary.ru, Pubmed.org, Cochrane.org. Поиск осуществлялся на русском (для базы данных Elibrary.ru) и английском языках по следующим ключевым словам: беременность (pregnancy), факторы риска (risk factors), качество жизни (Quality of Life)

Результаты: в литературе встречается информация об оценке влияния на течение, исходы беременности, а также психоэмоциональное состояние беременных следующих факторов:

- индекс массы тела,
- набор веса в течение беременности;
- возраст беременной;
- уровень физической активности до/во время беременности;
- курение до/во время беременности
- употребление алкоголя до/во время беременности.

Показано, что у женщин с исходно сниженным индексом массы тела выше вероятность рождения ребенка с низкой массой, однако при превышении рекомендованного показателей по набору веса в беременность также повышается вероятность рождения ребенка с низкой массой тела [1].

Отклонения массы тела как в сторону увеличения, так и снижения оказывают влияние на течение беременности и родов. У маловесных женщин отмечается повышение частоты прерывания беременности на 8,5% и 8% в первой и второй половине, соответственно. При ожирении риск прерывания беременности в первой половине выше на 4,35% по сравнению с женщинами с нормальным весом. При ожирении, более чем в 2 раза чаще проводятся операции кесарева сечения.

Течение беременности и родов у женщин с дефицитом массы тела (ДМТ) по сравнению с нормальной массой характеризуется высокой вероятностью развития анемии и акушерских осложнений: ранний токсикоз, гестоз, угроза преждевременных родов. Соответственно, чаще наблюдаются преждевременные роды, слабость родовой деятельности, повышение удельного веса родоразрешения путем операций кесарева сечения и развития кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Течение беременности у женщин с ожирением по сравнению с теми, кто имел нормальную массу тела, чаще осложнялось развитием гестоза средней степени тяжести [19].

При изучении связи между набором веса во время беременности и такими факторами, как возраст, курение, соблюдение диеты и физическая активность, было установлено, что большинство среди набравших избыточный вес во время беременности, были женщины в возрасте старше 36 лет, которые курили и имели избыточный вес до беременности [6].

Влияние физической активности на психоэмоциональное состояние беременных практически не изучено в РФ. В результате поиска найдена одна диссертационная работа, в которой показано, что женщины со сниженным уровнем физической работоспособности имеют достоверно более высокий риск развития осложненного течения гестации и родов. Фактор «спортивные тренировки в анамнезе» можно рассматривать как комплексный маркер биологического и социального поведения женщины, ее отношения к своему организму и ответственности за исход беременности [19].

В Дании было проведено исследование, посвященное изучению влияния организованных физических занятий у беременных на уровень депрессии и анорексии, а также исходы беременности. Показано, что развитие депрессии и анорексии тесно связано с физической активностью беременной. Доказано, что специальные занятия для беременных посетили женщины с высоким уровнем образования, следовательно, этот фактор также необходимо выделить [3]. Также в работе Знаменской С.И. доказано позитивное влияние физических упражнений на сферу эмоциональных состояний беременных [20].

Физически сложная работа (физическое напряжение, профессиональная усталость) во время беременности связана с повышенным риском преждевременных родов [6]. В то время как в рамках мета-анализа по изучению взаимосвязи между риском преждевременных родов и физической активностью, не связанной с профессиональной деятельностью, прямой корреляции не выявлено [7].

Доказано, что аэробные упражнения в течение примерно 30-60 минут два-семь раз в неделю во время беременности значительно снижают риск гестационных гипертензивных расстройств, а также частоту кесарево сечений [7].

По результатам рандомизированного клинического исследования, в рамках которого изучалось влияние организованных групповых занятий на исходы беременности у женщин с избыточной массой тела, удалось установить, что в группе регулярно занимавшихся во время беременности женщин ниже частота рождения детей с массой тела выше 4000 кг, а также частота операций кесарево сечение, однако достоверные различия получены не были. Этот факт авторы объясняют ограничениями дизайна исследования [8].

Влияние алкоголя и табакокурения на течение и исходы беременности также изучается во многих странах [9]. В частности, в США в 1971 г. был создан профильный институт - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (Национальный институт по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкогольной зависимостью) [10]. Определены основные характеристики женщин, употреблявших алкоголь во время беременности: чаще это девушки до 18 лет, употреблявшие алкоголь и ранее, их беременность, как правило, незапланированная. Помимо пристрастия к алкоголю они также курили и были склонны к ожирению. Высока связь употребления алкоголя и табакокурения с воздействием стрессовых факторов. Указанные характеристики необходимо учитывать при разработке программ по предупреждению осложнений беременности [12].

Тактика ведения пациенток, курящих до и во время беременности, также не разработана в полной мере. При изучении характеристик курящих беременных установлено, что большинство были из неблагоприятной социально-бытовой среды, не имели высшего образования. Показатель частоты хронических заболеваний у них был выше, в анамнезе в 3 раза чаще были выявлены урогенитальные инфекции. Течение беременности характеризовалось повышенной частотой гестозов, очень высокой частотой плацентарной недостаточности, угрозой преждевременных родов и снижением массы тела ребенка [16].

В российских литературных источниках найдены работы, посвященные изучению особенностей беременности и родов в зависимости от возраста. Установлено, что все пациентки позднего репродуктивного возраста (от 35 лет до менопаузы) должны быть отнесены к группе высокого риска по развитию токсикоза, гестоза, угрозы прерывания беременности и преждевременных родов [33]. Частота и тяжесть гестоза, задержки роста плода 3 степени, преждевременных родов возрастает с увеличением возраста беременных. Частота перенашивания беременности и запоздалых родов имеет тенденцию к снижению с увеличением возраста, что объясняется более пристальным вниманием к «старшей» группе беременных и более активной тактикой ведения [34].

Установлено, что вопрос качества жизни подробно изучался как в России, так и за рубежом. Так в 2008 г. на базе Центрального научно-исследовательский института организации и информатизации здравоохранения Росздрава Говоровым С.В. была защищена диссертация на тему «Медико-социальные аспекты качества жизни беременных женщин и пути его улучшения», в которой благодаря применению опросника SF-36 установлено, что уровень качества жизни беременных ниже по сравнению с небеременными как по критериями физического, так и психологического состояния. [18]. Причем уровень снижения психологического компонента КЖ достоверно связан с такими факторами, как «положительные эмоции», «отношения с супругом», «информированность о состоянии своего здоровья во время беременности», «характер сна», «уровень профессиональной активности», «отношение врачебного персонала» [18,19].

В зарубежных публикациях обозначенная тема изучена подробно, в частности, проведена оценка влияния на качество жизни (КЖ) сопутствующих беременности патологических состояний, например, боль в спине или гестационный сахарный диабет [13]. Одно из исследований посвящено изучению влияние факта планирования беременности на показатели КЖ, установлено, что при незапланированной беременности у женщин существенно снижаются показатели психологического функционирования [15]. Доказано, что помимо изменений эмоционального функционирования у беременных отмечаются нарушения сна [14].

По результатам проведенных исследований, беременные женщины относятся к наиболее уязвимой группе населения в плане воздействия неблагоприятных факторов и нарушения состояния здоровья.

Заключение. В результате проведенного литературного обзора по изучению факторов риска и качества жизни беременных, включившего в себя данные исследований за последние 10 лет, были выделены

основные критерии, влияющие на течение и исходы беременности: индекс массы тела; уровень физической активности, наличие вредных привычек до и во время беременности. Их влияние необходимо учитывать при разработке подходов по организации медицинской помощи беременным и профилактике осложнений беременности.

Литература

1. Utako M., Kyoko N., Michiko K. et al. Pre-pregnancy body mass index as a predictor of low birth weight infants in Japan // *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* 2017; 26 (3).P. 434-437.
2. Broberg L., Ersbøll A.S., Backhausen M.G. et al. Compliance with national recommendations for exercise during early pregnancy in a Danish cohort. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15. P. 317.
3. Martinsen E.W. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord. J. Psychiatry.* 2008; 62 P. 25–9.
4. Girchenko P., Lahti J., Cramara D. Associations between maternal risk factors of adverse pregnancy and birth outcomes and the offspring epigenetic clock of gestational age at birth. *Clinical Epigenetics.* 2017; 9. P. 49.
5. Simpkin A., Hemani G., Suderman M. et al. Prenatal and early life influences on epigenetic age in children: a study of mother-offspring pairs from two cohort studies. *Hum. Mol. Genet.* 2016; 25(1). P.191–201.
6. Armson B. A. Physical Activity and Preterm Birth: Risk Factor or Benefit? *BJOG.* 2017; 124(12). 1827
7. Wen J., Xun P., Chen C. et al. Non-occupational physical activity during pregnancy and the risk of preterm birth: a meta-analysis of observational and interventional studies/ *Sci. Rep.* 2017; 7, 44842.
8. Garnæs K.K., Nyrnes S.A., Salvesen K.Å. et al. Effect of supervised exercise training during pregnancy on neonatal and maternal outcomes among overweight and obese women. Secondary analyses of the ETIP trial: A randomised controlled trial. *PLoS One.* 2017; 12(3). P.37.
9. Muggli E., O'Leary C., Donath S. et al. "Did you ever drink more?" A detailed description of pregnant women's drinking patterns. *BMC Public Health.* 2016; 16. P. 683.
10. Warren K.R. A Review of the History of Attitudes Toward Drinking in Pregnancy // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2015; 39(7). P. 1110-7.
11. Hutchinson D, Moore E.A., Breen C. et al. Alcohol use in pregnancy: Prevalence and predictors in the Longitudinal Study of Australian Children. *Drug Alcohol Rev.* 2013; 32. P.475–82.
12. Rubio D.M., Kraemer K.L., Farrell M.H. et al. Factors associated with alcohol use, depression, and their co-occurrence during pregnancy // *Alc. Clin. Exp. Res.* 2008; 32(9). P. 1543–51.

13. Do N.C., Secher A.L., Cramon P. et al. Quality of life, anxiety and depression symptoms in early and late pregnancy in women with pregestational diabetes. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2017; 96(2).P.190-197.
 14. Ali A. Relationship between Unwanted Pregnancy and Health-Related Quality of Life in Pregnant Women. *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* 2016; 26(6). P. 507-12.
 15. Sut H.K., Asci O., Topac N. Sleep Quality and Health-Related Quality of Life in Pregnancy. *J. Perinat. Neonatal. Nurs.* 2016; 34(4). P. 302-309.
 16. Сычева О.Ю., Волков В.Г., Копырин И.Ю. Оценка течения беременности и исхода родов при ожирении: ретроспективное когортное исследование // *Проблемы женского здоровья.* 2011; 4. С. 41-45.
 17. Семенова Т.В., Аржанова О.Н., Беспалова О.Н. и др. Особенности течения беременности и исходов родов при табакокурении // *Ж. акушерства и женских болезней.* 2014; 2. С. 50-55.
 18. С.В. Говоров, Г.Я. Клименко Качество жизни беременных женщин и родильниц / *Нижегородский медицинский журнал.* 2007; 6. С.108-110.
 19. Клименко Г.Я., Стародубов В.И., Говоров С.В. и соавт. Исследование качества жизни как новый интегральный показатель оценки состояния их здоровья. *Успехи современного естествознания.* 2010; 9. С.131-133.
 20. Знаменская С. И. Физические упражнения как средство коррекции эмоциональных состояний беременных женщин. *Научно-теоретический журнал Ученые записки Университета им П. Ф. Лесгафта.* 2007; 1 — С 44-47.
-

Черкасов С.Н.¹, Киртадзе И.Д.², Камаев Ю.О.¹, Олейникова В.С.¹, Федяева А.В.¹

**ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ НА
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (Россия, Москва)

² ГБУ «Госпиталь для ветеранов воинов N1 Департамента здравоохранения города Москвы» (Россия, Москва)

*Cherkasov S.N.¹, Kirtadze I.D.², Kamaev Yu.,O.¹, Oleynikova V.S.¹,
Fedyayeva A.V.¹*

**INFLUENCE OF FAMILY ENVIRONMENT ON MORBIDITY IN OLDER
AGE GROUPS**

¹National Research Institute for Public Health (Russia, Moscow)

²State budget institution Hospital N1 for wars veterans of Moscow city health department (Russia, Moscow)

Контактная информация:

Черкасов Сергей Николаевич - д.м.н., главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», e-mail: cherkasovsn@mail.ru.

Резюме. Цель исследования: анализ степени влияния семейного окружения на заболеваемость в старших возрастных группах.

Данные о заболеваемости получены при выкопировке данных из медицинской документации 967 человек. Выборка была сформирована на основании случайного отбора. Генеральная совокупность представляла собой население, прикрепленное к городским поликлиникам г. Москвы. Средний возраст составил $71,08 \pm 1,3$ года.

В результате исследования показано, что семейное окружение можно рассматривать как социальную детерминанту здоровья населения старших возрастных групп, что подтверждается анализом таких признаков как: факт совместного проживания, субъективная

характеристика психологического климата в семье, наличие в семье домашних животных. В ходе исследования показано, что при совместном проживании с другими членами семьи уровень заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями ниже, чем при отдельном проживании, как у мужчин, так и у женщин соответствующего возраста. Полученные данные могут использоваться при формировании здоровьесберегающей среды, позволяющей продлить активное долголетие и сохранить потенциал здоровья населения старших возрастных групп.

Ключевые слова: детерминанты здоровья, старшее поколение, факторы риска, здоровье населения.

Abstract. The aim of the study is to analyze the degree of influence of family environment on morbidity in older age groups.

Morbidity data were obtained by copying data from medical records of 967 people. The sample was formed on the basis of random selection. The General population represented the population attached to the city polyclinics of Moscow. The median age was 71.08 ± 1.3 years.

The study shows that family environment can be considered as social determinants of health of the population in older age groups, as confirmed by analysis of such features as: the fact of living together, subjective psychological climate in the family, the presence of the family Pets. The study shows that when living together with other family members, the incidence of chronic noncommunicable diseases is lower than when living alone, both men and women of the appropriate age, the data Obtained can be used in the formation of a health-saving environment that allows to prolong active longevity and preserve the health potential of the population of older age groups.

Key words: determinants of health, older generation, risk factors, public health.

Семья имеет огромное значение в иерархии жизненных приоритетов, поэтому логично предположить, что ее роль в сохранении и укреплении здоровья старшего поколения также будет весьма значительна [1-5]. Около 60% населения рассматривают семью в качестве ведущего жизненного приоритета [6-8].

Данные о степени и силе влияния социальных детерминант имеют значение и при планировании необходимых объемов медицинской помощи, что особо актуально в группах населения старшего возраста [9-11].

В настоящем исследовании была предпринята попытка изучить семейное окружение как потенциальную социальную детерминанту здоровья человека в возрасте 60 лет и старше. В качестве

характеристик семейного окружения использовали следующие: факт совместного проживания с кем-либо из родственников, субъективная оценка психологического климата в семье, а также наличие домашних животных, которые могут субъективно рассматриваться как близкое окружение.

Для получения данных о заболеваемости была проведена выкопировка данных из медицинской документации 967 человек. Выборка была сформирована на основании случайного отбора. Генеральная совокупность представляла собой население, прикрепленное к городским поликлиникам г. Москвы. Средний возраст составил $71,08 \pm 1,3$ года, мужчин в выборке было 36%, женщин 64% соответственно, что соответствует параметрам, наблюдаемым в генеральной совокупности.

Показатель заболеваемости рассчитывался по классической методике, оценивалось количество хронических заболеваний на одного опрошенного, частота обращений за медицинской помощью и частота острых заболеваний за последний год. Так как количество наблюдений не превышало 1000, показатель заболеваемости рассчитывали с коэффициентом 100.

Анализ полученных данных показал, что две трети опрошенных проживают совместно с другими членами семьи (62,3 на 100 опрошенных) и только треть (32,7 на 100 опрошенных) проживают одни. Такое соотношение сохраняется в возрастных группах 60-65 и 66-70 лет, тогда как в группе старше 70 лет удельный вес одиноко проживающих увеличивается (рис.1).

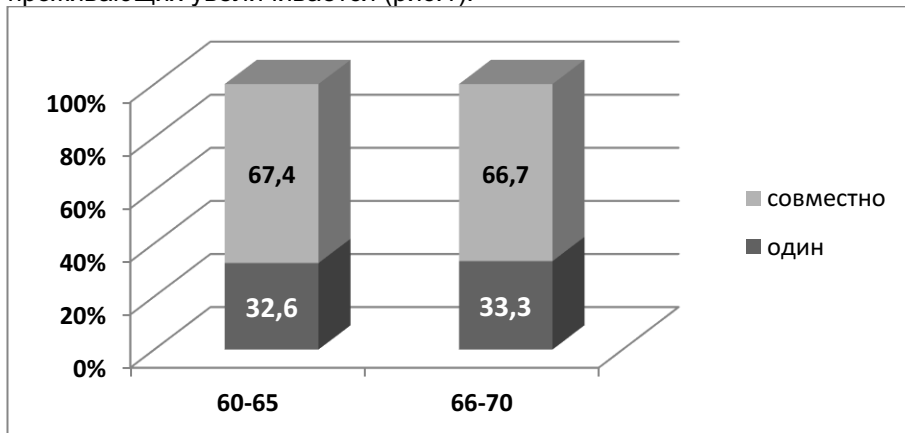


Рис.1. Удельный вес проживающих отдельно и с другими членами семьи в разных возрастных группах (в % к общему числу, включенных в каждую возрастную группу).

Изучение гендерных различий показало, что удельный вес одиноко проживающих мужчин практически не изменяется с возрастом и сохраняется на уровне 30%, тогда как удельный вес одиноко проживающих женщин изначально выше во всех возрастных группах и достаточно резко возрастает, начиная с возраста 70 лет.

Следовательно, наличие разницы в частоте совместного и отдельного проживания у мужчин и у женщин делает обязательным проведение анализа влияния семейного окружения на здоровье отдельно в каждой из половых групп.

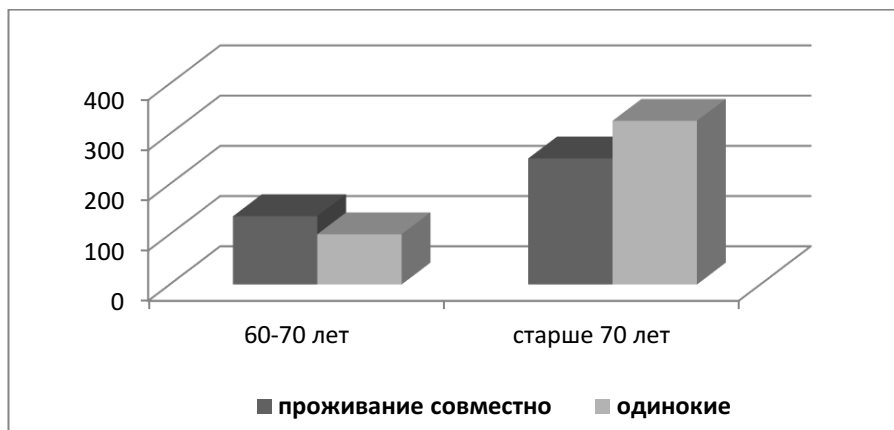


Рис.2. Общая заболеваемость хроническими неинфекционными болезнями мужчин в различных возрастных группах при отдельном и совместном проживании с другими членами семьи (на 100 опрошенных).

На рисунке 2 представлены данные о показателях заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями у мужчин в различных возрастных группах при совместном и раздельном проживании с другими членами семьи.

При проживании совместно с другими членами семьи у мужчин в возрасте 60-70 лет уровень заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями несколько выше, однако рост уровня заболеваемости при увеличении возраста меньше, чем у мужчин проживающих одиноко. Это можно объяснить лучшей выявляемостью заболеваний на более ранних стадиях при совместном проживании, тогда как меньший уровень заболеваемости у одиноких мужчин мнимый

и обусловлен только недостаточной выявляемостью, что и проявляется в возрастной группе старше 70 лет.

Если рост уровня заболеваемости (разница между уровнями заболеваемости в возрастной группе 60-70 лет и в возрастной группе старше 70 лет) в подгруппе мужчин, проживающих совместно с другими членами семьи, составил 115 на 100 опрошенных мужчин, то в подгруппе одиноких мужчин он составил 226 на 100 опрошенных, то есть более чем в два раза выше.

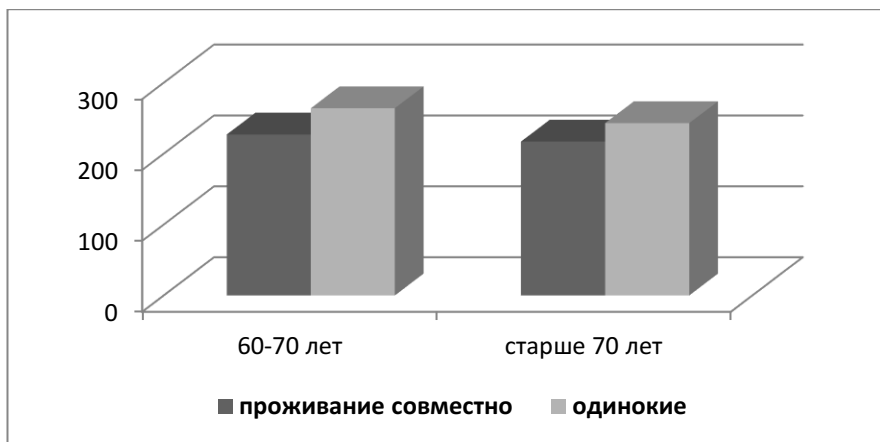


Рис.3. Общая заболеваемость хроническими неинфекционными болезнями женщин в различных возрастных группах при отдельном и совместном проживании с другими членами семьи (на 100 опрошенных).

На рисунке 3 представлены данные о показателях заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями у женщин в различных возрастных группах при совместном и раздельном проживании с другими членами семьи.

У женщин изначально уровень заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями был выше, чем у мужчин, однако повышения уровня заболеваемости при увеличении возраста не отмечалось. Уровень заболеваемости был стабилен на всем протяжении периода наблюдения.

Следовательно, при совместном проживании с другими членами семьи уровень заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями ниже, чем при отдельном проживании, как у мужчин, так и у

женщин в пожилом и старческом возрасте. Косвенно, на основании анализа возрастания уровня заболеваемости при увеличении возраста, можно предполагать, что степень выявляемости хронических болезней у женщин лучше, чем у мужчин. Полученные данные подтверждают значимость влияния совместного проживания как элемента семейного окружения на состояние здоровья населения старших возрастных групп.

На рисунке 4 представлены данные о показателях заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями у мужчин в различных возрастных группах при позитивном и негативном психологическом климате в семье.

Анализ заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями не позволил выявить наличия различий в уровнях заболеваемости у мужчин в различных возрастных группах при позитивном и негативном психологическом климате в семье, тогда как у женщин (рис.5) при позитивном психологическом климате в семье был значительно ниже.

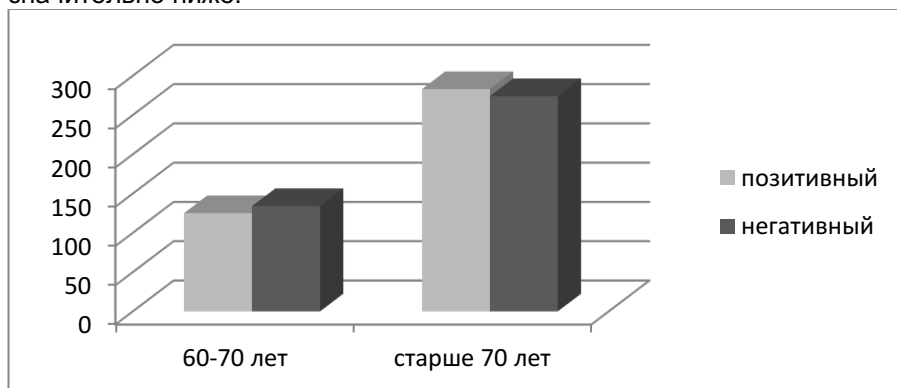


Рис.4. Общая заболеваемость хроническими неинфекционными болезнями мужчин при позитивном и негативном психологическом климате в семье (на 100 опрошенных).

Кроме того, наблюдаемый рост уровня заболеваемости при увеличении возраста при позитивном психологическом климате в семье был в два раза меньше, чем при негативном. Следовательно, психологический климат в семье оказывает большее влияние на женщин, тогда как на мужчин практически никакого воздействия не оказывает.

У мужчин наличие домашних животных не имеет значительного влияния на уровень заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, хотя в старшей возрастной группе уровень

заболеваемости несколько выше при отсутствии домашних животных в семье. У женщин степень влияния намного сильнее, особенно в возрастной группе 60-70 лет. В старшей возрастной группе разница в уровнях заболеваемости сохраняется, но уровень различий сокращается.

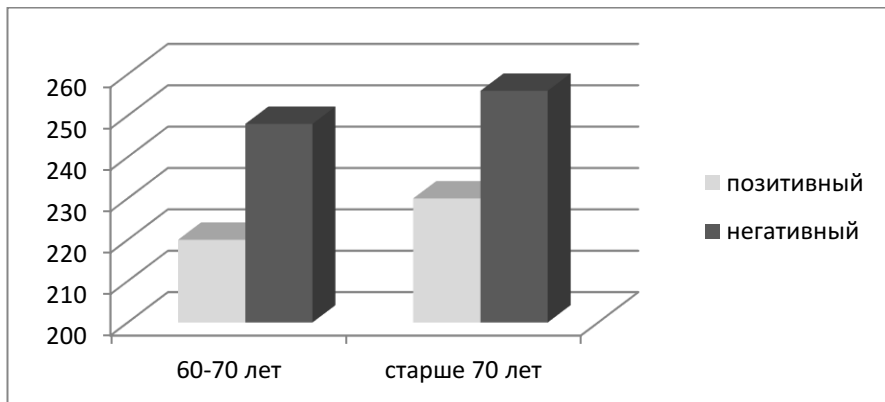


Рис.5. Общая заболеваемость хроническими неинфекционными болезнями женщин в различных возрастных группах при позитивном и негативном психологическом климате в семье (на 100 опрошенных).

Таким образом, семейное окружение можно рассматривать как социальную детерминанту здоровья населения старших возрастных групп, что подтверждается анализом таких признаков как: факт совместного проживания, субъективная характеристика психологического климата в семье, наличие в семье домашних животных. В ходе исследования показано, что при совместном проживании с другими членами семьи уровень заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями ниже, чем при отдельном проживании, как у мужчин, так и у женщин соответствующего возраста, Полученные данные могут использоваться при формировании здоровьесберегающей среды, позволяющей продлить активное долголетие и сохранить потенциал здоровья населения старших возрастных групп.

Литература

1. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на качество жизни, связанное со здоровьем, в старших возрастных группах // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень научного

центра сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева РАМН. – Москва. - №19(4). – 2018. – с.549-553.

2. Арстангалиева З.Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 11. С. 1309.

3. Гаенко О.Н. Социально-экономические проблемы здоровья населения пожилого и старческого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2004. № 1. С. 27-31.

4. Баринова Ж.В., Брылякова Л.И. Здоровье лиц пожилого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017. № 4. С. 5-10.

5. Сиротко М.Л., Черкасов С.Н. Оценка состояния здоровья населения Самарской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 209-212.

6. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. - №1. – 2019. – с.40-43.

7. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние уровня образования на самооценку здоровья в различных возрастно-половых группах // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Россия, г. Москва. - 2017. - выпуск 7. - с. 74-78.

8. Черкасов С.Н., Шестаков Г.С., Киртадзе И.Д. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – Москва. - №9-10. – 2018. – с.57-60.

9. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9. № 4. С. 15-20.

10. Сараев А.Р., Сахибгареева Э.Х., Черкасов С.Н., Сопова И.Л. Оценка социального статуса потенциального потребителя как условие обеспечения высокой эффективности деятельности медицинской организации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2013. № 2-3 (12-13). С. 131-132.

11. Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Черкасова С.В. оптимизация деятельности многопрофильного стационара лечебно-профилактического учреждения // Сборник научных тезисов и статей "Здоровье и образование в XXI веке". 2009. Т. 11. № 2. С. 152-153.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.014

*Черкасов С.Н.¹, Куртадзе И.Д.², Камаев Ю.О.¹, Мешков Д.О.¹,
Федяева А.В.¹, Олейникова В.С.¹*

**ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ
ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАРШИХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (Россия, Москва)

² ГБУ «Госпиталь для ветеранов воин N1 Департамента Здравоохранения города Москвы» (Россия, Москва)

*Cherkasov S.N.¹, Kirtadze I.D.², Kamaev Yu.,O.¹, Meshkov D.O.¹,
Fedyaeva A.V.¹, Oleynikova V.S.¹*

**INFLUENCE OF FAMILY ENVIRONMENT ON THE INTENSITY OF
MEDICAL CARE CONSUMPTION IN OLDER AGE GROUPS**

¹National Research Institute for Public Health (Russia, Moscow)

²State budget institution Hospital N1 for wars veterans of Moscow city health department (Russia, Moscow)

Контактная информация:

Черкасов Сергей Николаевич - д.м.н., главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», e-mail: cherkasovsn@mail.ru.

Резюме. Цель исследования: анализ степени влияния семейного окружения на интенсивность потребления медицинской помощи в старших возрастных группах.

В качестве критерия потребности для целей настоящего исследования была использована частота обращения за медицинской помощью. В качестве показателя частоты потребления медицинской помощи использовался удельный вес обратившихся за медицинской помощью в год, предшествующий исследованию.

Для получения данных была проведена выкопировка данных из медицинской документации и анонимное анкетирование 967 человек в возрасте 60 лет и старше.

В результате исследования показано, что при совместном проживании с другими членами семьи удельный вес обратившихся за медицинской помощью при позитивном психологическом климате в семье меньше у мужчин возрастной группы 60-70 лет и в меньшей степени влияет на женщин, тогда как в старшей возрастной группы различия практически не выявляются. Средневзвешенная частота острых заболеваний за год при наличии домашних животных в семье ниже как у мужчин, так и у женщин, особенно большая разница наблюдается в возрастной группе 60-70 лет.

Ключевые слова: детерминанты здоровья, старшее поколение, факторы риска, здоровье населения.

Abstract. Objective: to analyze the degree of influence of family environment on the intensity of medical care consumption in older age groups.

The frequency of seeking medical care was used as a criterion of need for the purposes of this study. As an indicator of the frequency of medical care consumption, the proportion of those seeking medical care in the year preceding the study was used.

To obtain the data, data from medical records were copied and 967 people aged 60 years and older were surveyed anonymously.

The study shows that when living together with other family members, the proportion of those seeking medical care in a positive psychological climate in the family is less in men of the age group of 60-70 years and to a lesser extent affects women, while in the older age group, the differences are practically not detected. The weighted average frequency of acute diseases per year in the presence of Pets in the family is lower in both men and women, especially a large difference is observed in the age group of 60-70 years.

Key words: determinants of health, older generation, risk factors, public health.

Качественное планирование необходимых объемов медицинской помощи возможно только при учете всех факторов, которые могут повлиять на величину потребности [1-4]. Базовая величина потребности определяется уровнем распространенности патологии в избранных когортах, однако и другие факторы могут существенно изменять величину потребности. Кроме факторов целесообразно изучать и влияние детерминант, которые напрямую не связаны с вероятностью развития патологии, но могут опосредованно через

факторы риска, формируя условия внешней и внутренней среды, формировать величину потребности в объемах медицинской помощи [5-8].

Показано, что семья и семейное окружение имеет огромное значение как в иерархии жизненных приоритетов, так и во влиянии на уровень заболеваемости, а, значит, и величину потребности в медицинской помощи [9,10].

Целью настоящего исследования стало исследование степени влияния семейного окружения на интенсивность потребления медицинской помощи в старших возрастных группах.

Материалы и методы

В качестве критерия потребности для целей настоящего исследования была использована частота обращения за медицинской помощью. В качестве показателя частоты потребления медицинской помощи использовался удельный вес обратившихся за медицинской помощью в год, предшествующий исследованию.

Для получения данных была проведена выкопировка данных из медицинской документации и анонимное анкетирование 967 человек в возрасте 60 лет и старше. Выборка была сформирована на основании случайного отбора. Генеральная совокупность представляла собой население, прикрепленное к городским поликлиникам г. Москвы. Средний возраст составил $71,08 \pm 1,3$ года, мужчин в выборке было 36%, женщин 64% соответственно, что соответствует параметрам, наблюдаемым в генеральной совокупности.

Результаты исследования и их обсуждение

При совместном проживании с другими членами семьи мужчины возрастной группы 60-70 лет обращались за медицинской помощью достоверно реже ($p < 0,05$), тогда как в старшей возрастной группе таких различий не наблюдалось (табл.1). Более того, удельный вес обратившихся был даже несколько выше при совместном проживании мужчины соответствующего возраста с другими членами семьи, однако достоверных различий не выявлялось ($p > 0,05$). Аналогичные закономерности наблюдались и у женщин, более низкий удельный вес обратившихся за медицинской помощью в возрастной группе 60-70 лет и несколько более высокий удельный вес обратившихся в возрастной группе старше 70 лет.

Описанные выше закономерности подтверждают и данные о частоте острых заболеваний у мужчин и женщин различных возрастных групп при отдельном и совместном проживании с другими членами семьи (табл.2). Средневзвешенная частота острых заболеваний у мужчин возрастной группы 60-70 лет была ниже при совместном проживании с другими членами семьи (1,44 против 1,77 острых заболеваний в год).

Таблица 1

Удельный вес обратившихся за медицинской помощью мужчин и женщин различных возрастных групп при отдельном и совместном проживании с другими членами семьи (в % от общей численности опрошенных в каждой возрастно-половой группе)

	60-70 лет	Старше 70 лет
Мужчины		
Совместное проживание	45,00±5,56	73,39±4,16
Отдельное проживание	66,67±8,21	67,61±5,31
Достоверность различий	<0,05	>0,05
Женщины		
Совместное проживание	58,68±4,47	83,86±2,59
Отдельное проживание	67,24±6,16	80,30±2,79
Достоверность различий	>0,05	>0,05

Таблица 2

Средневзвешенная частота острых заболеваний за год у мужчин и женщин различных возрастных групп при отдельном и совместном проживании с другими членами семьи (заболеваний в год)

	60-65 лет	>70 лет
Мужчины		
Совместное проживание	1,44	1,96
Отдельное проживание	1,77	2,12
Женщины		
Совместное проживание	1,74	1,96
Отдельное проживание	2,01	2,17

Указанная разница сохранялась и в старшей возрастной группе (1,96 против 2,12 острых заболеваний в год). Аналогичная картина наблюдалась и в отношении частоты острых заболеваний у женщин. Меньшее среднее количество заболеваний у женщин, проживающих совместно (1,74 против 2,01 острых заболеваний в год) в возрастной группе 60-70 лет и сохранение более низкой частоты острых заболеваний в возрастной группе старше 70 лет (1,96 против 2,17 острых заболеваний в год). Следует отметить, что среднее количество острых заболеваний больше у женщин в возрастной группе 60-70 лет и не имеет гендерных различий в возрастной группе старше 70 лет.

В таблице 3 представлены данные об удельном весе обратившихся за медицинской помощью мужчин и женщин различных возрастных групп при позитивном и негативном психологическом климате в семье.

Таблица 3

Удельный вес обратившихся за медицинской помощью мужчин и женщин различных возрастных групп при позитивном и негативном психологическом климате в семье (в % от общей численности опрошенных в каждой возрастно-половой группе)

	60-70 лет	Старше 70 лет
Мужчины		
Позитивный климат	43,06±5,83	67,80±6,08
Негативный климат	60,00±8,28	73,17±3,87
Достоверность различий	<0,05	>0,05
Женщины		
Позитивный климат	55,34±2,89	82,89±2,99
Негативный климат	67,86±3,09	80,75±2,49
Достоверность различий	<0,05	>0,05

В возрастной группе 60-70 лет у мужчин, также как и у женщин, удельный вес обратившихся за медицинской помощью ниже при позитивном психологическом климате в семье ($p < 0,05$). В возрастной группе старше 70 лет у мужчин более низкий удельный вес обратившихся за медицинской помощью сохраняется, у женщин различий не наблюдается. Более высокий уровень здоровья населения старшей возрастной группы при позитивном психологическом климате в семье подтверждается и данными о частоте острых заболеваний за год (табл.4).

Таблица 4

Средневзвешенная частота острых заболеваний за год у мужчин и женщин различных возрастных групп при позитивном и негативном психологическом климате в семье (заболеваний в год)

	60-65 лет	>70 лет
Мужчины		
Позитивный климат	1,31	1,64
Негативный климат	1,94	2,28
Женщины		
Позитивный климат	1,65	1,88
Негативный климат	2,02	2,13

При позитивном психологическом климате наблюдалась более низкая частота острых заболеваний, как у мужчин, так и у женщин во всех возрастных группах. Наиболее высокие различия зафиксированы у мужчин (1,31 против 1,94 острых заболеваний в год в возрастной

группе 60-70 лет и 1,64 против 2,28 острых заболеваний в год в старшей возрастной группе). Указанная разница у мужчин сохранялась при увеличении возраста, у женщин сокращалась, однако и в старшей возрастной группе она была значительной (1,88 против 2,13 острых заболеваний в год).

Наличие домашних животных также можно рассматривать как ближайшее окружение. Данные об удельном весе обратившихся за медицинской помощью мужчин и женщин различных возрастных групп при наличии или отсутствии домашних животных в семье представлены в таблице 5.

Таблица 5

Удельный вес обратившихся за медицинской помощью мужчин и женщин различных возрастных групп при наличии или отсутствии домашних животных в семье (в % от общей численности опрошенных в каждой возрастно-половой группе)

	60-70 лет	Старше 70 лет
Мужчины		
Домашние животные есть	45,10±6,97	62,71±6,29
Домашних животных нет	53,62±6,01	75,59±3,62
Достоверность различий	>0,05	>0,05
Женщины		
Домашние животные есть	49,33±5,77	81,31±3,76
Домашних животных нет	69,30±4,32	82,09±2,16
Достоверность различий	<0,05	>0,05

Более низкий удельный вес обратившихся за медицинской помощью при наличии домашних животных в семье наблюдался у мужчин всех возрастных групп, однако достоверных различий зафиксировано не было. У женщин возрастной группы 60-70 лет фиксировались достоверные различия ($p < 0,05$), тогда как в старшей возрастной группе удельный вес обратившихся за медицинской помощью был равным.

Данные о средневзвешенной частоте острых заболеваний за год у мужчин и женщин различных возрастных групп при наличии или отсутствии домашних животных в семье представлены в таблице 6.

У мужчин всех возрастных групп при наличии домашних животных наблюдалась более низкая частота острых заболеваний (1,34 против 1,44 острых заболеваний в год для возрастной группы 60-70 лет и 1,81 против 2,19 острых заболеваний в год для старшей возрастной группы). У женщин возрастной группы 60-70 лет более низкая частота острых заболеваний сочеталась с фактом наличия домашних животных в

семье, тогда как для возрастной группы старше 70 лет различий не наблюдалось.

Таблица 6

Средневзвешенная частота острых заболеваний за год у мужчин и женщин различных возрастных групп при наличии или отсутствии домашних животных в семье (заболеваний в год)

	60-65 лет	>70 лет
Мужчины		
Домашние животные есть	1,34	1,81
Домашних животных нет	1,44	2,19
Женщины		
Домашние животные есть	1,77	2,08
Домашних животных нет	1,85	2,05

Таким образом, в ходе исследования показано, что при совместном проживании с другими членами семьи удельный вес обратившихся за медицинской помощью при позитивном психологическом климате в семье меньше у мужчин возрастной группы 60-70 лет и в меньшей степени влияет на женщин, тогда как в старшей возрастной группы различия практически не выявляются. Средневзвешенная частота острых заболеваний за год при наличии домашних животных в семье ниже как у мужчин, так и у женщин, особенно большая разница наблюдается в возрастной группе 60-70 лет. Полученные данные могут использоваться при планировании необходимых объемов медицинской помощи населению данных возрастных групп.

Литература

1. Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.
2. Щепин О.П., Коротких Р.В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 6. С. 3-6.
3. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9. № 4. С. 15-20.
4. Сараев А.Р., Сахибгареева Э.Х., Черкасов С.Н., Сопова И.Л. Оценка социального статуса потенциального потребителя как условие

обеспечения высокой эффективности деятельности медицинской организации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2013. № 2-3 (12-13). С. 131-132.

5. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Современные методические подходы к планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 4. С. 95-109.

6. Черкасов С.Н., Курносиков М.С. Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. Т. 23. № 3. С. 66-70.

7. Гаенко О.Н. Социально-экономические проблемы здоровья населения пожилого и старческого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2004. № 1. С. 27-31.

8. Баринаева Ж.В., Брылякова Л.И. Здоровье лиц пожилого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017. № 4. С. 5-10.

9. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на качество жизни, связанное со здоровьем, в старших возрастных группах // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень научного центра сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева РАМН. – Москва. - №19(4). – 2018. – с.549-553.

10. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. - №1. – 2019. – с.40-43.

Черкасов С.Н.¹, Киртадзе И.Д.², Камеев Ю.О.¹, Олейникова В.С.¹

**ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (Россия, Москва)

² ГБУ «Госпиталь для ветеранов воинов N1 Департамента здравоохранения города Москвы» (Россия, Москва)

Cherkasov S.N.¹, Kirtadze I.D.², Kamaev Yu., O.¹, Oleynikova V.S.¹

**INFLUENCE OF EDUCATION ON MORBIDITY AND INTENSITY OF
CONSUMPTION OF HEALTH SERVICES IN OLDER AGE GROUPS**

¹National Research Institute for Public Health (Russia, Moscow)

²State budget institution Hospital N1 for wars veterans of Moscow city health department (Russia, Moscow)

Контактная информация:

Черкасов Сергей Николаевич - д.м.н., главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», e-mail: cherkasovsn@mail.ru.

Резюме. Цель исследования: анализ степени влияния уровня образования на заболеваемость и интенсивность потребления услуг здравоохранения в старших возрастных группах на основании данных о заболеваемости и интенсивности потребления услуг здравоохранения населения в возрасте 60 лет. Всего исследовано 967 человек.

Выполненный анализ влияния образования на заболеваемость и интенсивность потребления услуг здравоохранения в различных возрастно-половых группах показал, что независимо от половой принадлежности выявляется тренд на повышение уровня заболеваемости с увеличением возраста, однако темп прироста заболеваемости выше у мужчин, особенно в возрастной группе 66-70 лет, а у женщин в более старших возрастных группах. Уровень образования может рассматриваться как положительная детерминанта

здоровья в старших возрастных группах у мужчин, так как у мужчин более высокий уровень образования сочетается с более низкими значениями частоты распространения хронической патологии в старших возрастных группах, тогда как у женщин ее значимость сомнительна. Достоверных различий в удельном весе обращений за медицинской помощью лиц с разным уровнем образования не выявлено. Удельный вес обратившихся нарастал по мере увеличения возраста, что было характерно и для мужчин, и для женщин, независимо от уровня их образования. Средневзвешенная частота острых заболеваний не зависела от половой принадлежности и возраста человека, более высокая частота острых заболеваний регистрировались у женщин. Данные опроса о наличии или отсутствии хронических заболеваний, а также расходах на покупку лекарственных препаратов не целесообразно использовать при анализе здоровья лиц старших возрастных групп.

Ключевые слова: детерминанты здоровья, старшее поколение, факторы риска, здоровье населения.

Abstract. The aim of the study is to analyze the degree of influence of the level of education on the incidence and intensity of consumption of health services in older age groups on the basis of data on the incidence and intensity of consumption of health services in the population aged 60 years. A total of 967 people were studied.

The analysis of the influence of education on morbidity and intensity of consumption of health services in different age and sex groups showed that regardless of gender, there is a trend to increase the level of morbidity with increasing age, but the rate of increase in morbidity is higher in men, especially in the age group of 66-70 years, and in women in older age groups. The level of education can be considered as a positive determinant of health in older age groups in men, as in men, a higher level of education is combined with lower values of the incidence of chronic pathology in older age groups, while in women its significance is questionable. There were no significant differences in the proportion of requests for medical care of persons with different levels of education. The proportion of applicants increased with increasing age, which was typical for both men and women, regardless of their level of education. The weighted average frequency of acute diseases did not depend on gender and age of the person, higher frequency of acute diseases were registered in women. Survey data on the presence or absence of chronic diseases, as well as the cost of buying drugs is not appropriate to use in the analysis of the health of older age groups.

Key words: determinants of health, older generation, risk factors, public health.

Решение проблемы увеличения продолжительности предстоящей жизни тесно увязывается с повышением уровня здоровья населения старших возрастных групп [1-3]. Впервые за всю свою историю столкнувшись с масштабным старением населения, как никакое другое показывающим все возрастающую приспособленность человека к окружающей его среде, человечество сегодня должно начать адаптироваться к тем явлениям, которые вызваны его собственной активностью [4,5]. Одним из перспективных подходов к решению данной задачи является поиск и оценка значимости детерминант здоровья, среди которых образование занимает одно из важных мест.

В предыдущих статьях было показано влияние образования на самооценку здоровья и показатели качества жизни [6-9]. Данные показатели являются субъективными критериями благополучия и несут важнейшую информацию о состоянии здоровья данных групп населения. Однако анализ заболеваемости и интенсивность потребления услуг здравоохранения может не только дополнить данные о состоянии здоровья, но и использоваться при планировании необходимых объемов медицинской помощи в этих группах населения [10-12].

Цель исследования: анализ степени влияния уровня образования на заболеваемость и интенсивность потребления услуг здравоохранения в старших возрастных группах.

Материалы и методы

Для получения данных о заболеваемости и интенсивности потребления услуг здравоохранения населения в возрасте 60 лет и старше была проведена выкопировка данных из медицинской документации и проведено анонимное анкетирование 967 человек. Выборка была сформирована на основании случайного отбора. Генеральная совокупность представляла собой население, прикрепленное к городским поликлиникам г. Москвы. Средний возраст составил $71,08 \pm 1,3$ года, мужчин в выборке было 36%, женщин 64% соответственно, что соответствует параметрам, наблюдаемым в генеральной совокупности.

Показатель заболеваемости рассчитывался по классической методике, оценивалось количество хронических заболеваний на одного опрошенного, частота обращений за медицинской помощью и частота острых заболеваний за последний год. Так как количество наблюдений не превышало 1000, показатель заболеваемости рассчитывали с коэффициентом 100.

Оценка влияния уровня образования на здоровье в рассматриваемых популяциях будет корректна с использованием стандартного набора показателей здоровья, таких как общая

заболеваемость хроническими болезнями, среднее число хронических заболеваний у одного человека, частота обращений за медицинской помощью, данных о частоте острых заболеваний, субъективными представлениями опрошенного о наличии у него хронических заболеваний и затратах на покупку лекарственных препаратов.

Результаты исследования и их обсуждение

Независимо от половой принадлежности наблюдалось повышение уровня заболеваемости хроническими болезнями с увеличением возраста (рис.1). В самой молодой возрастной группе 60-65 лет уровень заболеваемости у женщин почти в три раза превышал уровень заболеваемости у мужчин (73,8 против 211,5 на 100 исследованных каждого пола). Наименьшая разница наблюдалась в возрастной группе 66-70 лет (183 против 260 на 100 исследованных) что объясняется максимальным приростом уровня заболеваемости у мужчин именно в возрастной группе 66-70 лет (прирост на 147% от предыдущего уровня), тогда как у женщин в возрастной группе 70 лет и старше (76% от предыдущего уровня). В старшей возрастной группе разница в уровнях заболеваемости вновь возросла до 63% (280,8 против 458,5 на 100 исследованных).

Таким образом, тренд на повышение уровня заболеваемости с увеличением возраста не зависит от половой принадлежности, однако темп прироста заболеваемости выше у мужчин, особенно в возрастной группе 66-70 лет. У женщин темп прироста уровня заболеваемости меньше и наибольшие периоды роста наблюдаются в более старших возрастных группах.

Среднее количество хронических заболеваний у женщин представляло собой достаточно стабильную величину изменяясь за более чем двадцатилетний период только на 10%. У мужчин же рост среднего числа хронических заболеваний составил 277%. Это можно объяснить или практически взрывным ростом распространенности хронических неинфекционных заболеваний именно в данный период жизни мужчины, или недостаточным качеством учета наличия имеющихся заболеваний и поздней их диагностикой.

Данные об уровнях общей заболеваемости в различных возрастных группах в зависимости от уровня образования представлены в таблице 1.

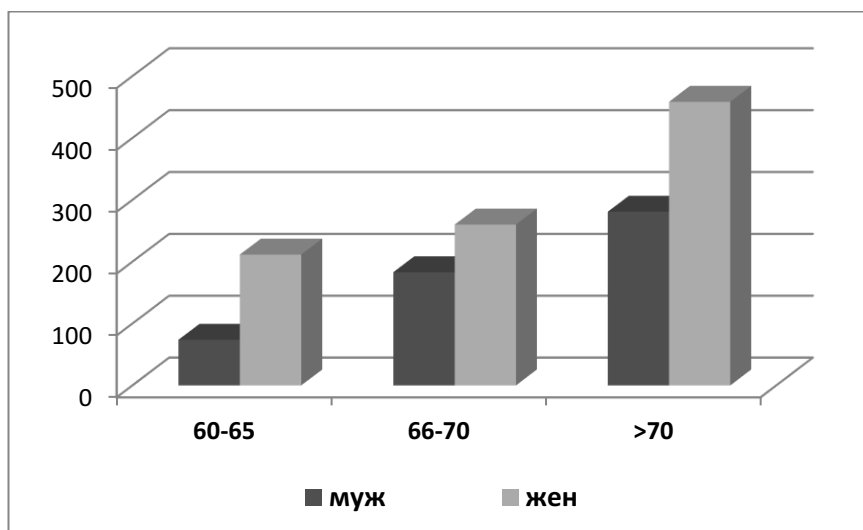


Рис.1. Общая заболеваемость хроническими неинфекционными болезнями в различных возрастно-половых группах (на 100 исследованных).

Таблица 1

Показатели общей заболеваемости (хронические болезни) у мужчин и женщин с разным уровнем образования (на 100 опрошенных респондентов)

	60-65 лет	66-70 лет	>70 лет
мужчины			
Высокий уровень образования	72,9	137,9	234,8
Низкий уровень образования	75,0	237,5	308,3
женщины			
Высокий уровень образования	209,5	272,0	226,4
Низкий уровень образования	212,6	243,7	253,9

Из данных, представленных в таблице 1 следует, что у мужчин в возрастной группе 60-65 лет различия в уровне заболеваемости не выявляются, тогда как в более старших возрастных группах

заболеваемость у мужчин с высоким уровнем образования ниже, чем у мужчин с низким уровнем образования. Наибольшие различия наблюдаются в возрастной группе 66-70 лет, что согласуется с ранее полученными данными о связи уровня образования и характеристиками качества жизни и самооценки здоровья.

У женщин указанной выше закономерности не выявляется. Более того, наблюдается более высокий уровень заболеваемости у женщин с высоким уровнем образования, что также согласуется с ранее полученными данными.

Следовательно, у мужчин более высокий уровень образования можно рассматривать как положительную детерминанту здоровья в старших возрастных группах, тогда как у женщин такой закономерности не выявляется.

Данные о среднем числе хронических заболеваний у одного человека представлены в таблице 2, из которых следует, что у мужчин в возрастной группе 60-65 лет среднее число хронических заболеваний одинаково в подгруппах с высоким и низким уровнем образования, тогда как с увеличением возраста темп прироста частоты встречаемости хронических заболеваний ниже у мужчин с высоким уровнем образования (различия достоверны для возрастных групп 66-70 лет и старше 70 лет). Наибольший прирост, как и в предыдущих случаях, наблюдался в возрастной группе 66-70 лет.

Таблица 2

Среднее число хронических заболеваний у одного исследованного у мужчин и женщин с разным уровнем образования

	60-65 лет	66-70 лет	>70 лет
мужчины			
Высокий уровень образования	0,73±0,09	1,38±0,12	2,35±0,22
Низкий уровень образования	0,75±0,09	2,38±0,15	3,08±0,23
Достоверность различий	>0,05	<0,05	<0,05
женщины			
Высокий уровень образования	2,10±0,17	2,72±0,16	2,54±0,22
Низкий уровень образования	2,13±0,18	2,44±0,17	2,26±0,19
Достоверность различий	>0,05	>0,05	>0,05

У женщин указанной выше закономерности не выявляется. Более того, наблюдается более высокая частота регистрации хронических заболеваний у женщин с высоким уровнем образования.

Таблица 3

Удельный вес обратившихся за медицинской помощью мужчин и женщин с разным уровнем образования (в % от общей численности опрошенных в каждой возрастно-половой группе)

	60-65 лет	66-70 лет	>70 лет
мужчины			
Высокий уровень образования	55,00±7,87	40,00±8,43	65,28±9,32
Низкий уровень образования	44,83±9,07	56,00±9,46	72,07±8,21
Достоверность различий	>0,05	>0,05	>0,05
женщины			
Высокий уровень образования	53,49±8,72	74,42±6,01	86,00±3,38
Низкий уровень образования	50,70±8,99	70,52±7,81	77,01±3,84
Достоверность различий	>0,05	>0,05	>0,05

Следовательно, у мужчин более высокий уровень образования сочетается с более низкими значениями частоты распространения хронической патологии в старших возрастных группах, тогда как у женщин такой закономерности не выявляется.

Далее была исследована частота обращений за медицинской помощью. В качестве критерия использован относительный показатель «удельный вес обращений в течение последнего года за медицинской помощью по поводу заболевания» рассчитанный на общую популяцию обследованных. Количество обращений не учитывалось. Данные представлены в таблице 3.

Из представленных данных следует, что достоверных различий в удельном весе обращений за медицинской помощью лиц с разным уровнем образования не выявлено. Удельный вес обратившихся нарастал по мере увеличения возраста, что было характерно и для мужчин и для женщин, независимо от уровня их образования.

Таблица 4

Средневзвешенная частота острых заболеваний за год у мужчин и женщин с разным уровнем образования (заболеваний в год)

	60-65 лет	66-70 лет	>70 лет
мужчины			
Высокий уровень образования	1,5	1,83	1,59
Низкий уровень образования	1,76	1,68	1,34
женщины			
Высокий уровень образования	1,84	1,88	2,02
Низкий уровень образования	1,87	1,85	1,92

Данные о средневзвешенной частоте острых заболеваний за год у мужчин и женщин с разным уровнем образования представлены в таблице 4. Средневзвешенная частота определялась по стандартной статистической методике на основании данных предоставленных опрошенными.

Полученные данные о средневзвешенной частоте острых заболеваний за год свидетельствуют об отсутствии связи между данным параметром и уровнем образования, а также и возрастом человека. Несколько более чаще острые заболевания регистрировались у женщин в возрастной группе старше 70 лет, однако достоверных различий не было. У мужчин частота острых заболеваний была несколько ниже, чем у женщин.

Сомнения в правильности регистрации в официальных медицинских документах факта наличия хронического заболевания, дали основания использовать субъективный критерий, такой как представления опрошенного о наличии или отсутствии у него хронического заболевания. В качестве информативного признака использован именно признанный самим опрошенным факт отсутствия хронического заболевания. Данные опроса представлены в таблице 5.

Представленные данные достаточно сложно интерпретировать, так как выявленная ранее закономерность повышения распространенности хронических заболеваний с увеличением возраста опровергается данными опроса, согласно которому число лиц, не имеющих хронических заболеваний, увеличивается у мужчин в возрастной группе старше 70 лет, независимо от уровня образования. Кроме того, число не имеющих хронических заболеваний лиц женского пола, существенно выше у имеющих низкий уровень образования.

Таблица 5

Субъективные представления опрошенных об отсутствии у них хронических заболеваний у мужчин и женщин с разным уровнем образования (удельный вес отрицающих наличие хронического заболевания в % от опрошенных в каждой возрастно-половой группе)

	60-65 лет	66-70 лет	>70 лет
мужчины			
Высокий уровень образования	27,50	26,33	31,94
Низкий уровень образования	27,59	28,00	34,23
женщины			
Высокий уровень образования	6,98	13,95	10,67
Низкий уровень образования	21,13	23,53	8,43

Несмотря на неоднозначность полученных данных, их необходимо учитывать в планировании медицинской помощи, так как именно субъективное представление о наличии заболевания и необходимости получения медицинской помощи является триггером обращения, а не наличие заболеваний, особенно хронического. В данном случае опрашиваемый не опирался на данные медицинского исследования, а судил по наличию или отсутствию у него беспокоящих его симптомов.

Еще одним косвенным критерием о состоянии здоровья обследованных стала информация о затратах на покупку лекарственных препаратов. Несмотря на то, что чаще покупка лекарственных препаратов, особенно рецептурного отпуска является индуцированной, по критерию потребности можно косвенно судить об уровне здоровья в популяции. Данные представлены в таблице 6.

Из представленных данных следует, что достоверных различий в затратах на покупку лекарственных препаратов у мужчин и женщин с разным уровнем образования выявлено не было. Не было также выявлено и повышение роста затрат на лекарственные препараты с возрастом опрашиваемого, несмотря на то, что рост хронической заболеваемости в данной группе обследованных был ранее выявлен и не вызывает сомнений. Следовательно, уровень расходов на покупку лекарственных препаратов не определяется наличием и выраженностью потребности в медикаментозных препаратах, а, вероятно, возможностью их приобретения. Кроме того, необходимо учитывать наличие системы обеспечения льготных категорий населения бесплатными лекарственными препаратами. Так как в

исследованной группе удельный вес льготных категорий населения велик, то и анализ данных о потреблении лекарственных препаратов основанный только на данных о покупках можно признать некорректным.

Таблица 6

Данные о затратах на покупку лекарственных препаратов у мужчин и женщин с разным уровнем образования (в % от совокупных расходов)

	60-65 лет	66-70 лет	>70 лет
мужчины			
Высокий уровень образования	8,4±1,2	6,5±1,4	8,5±1,7
Низкий уровень образования	9,1±1,3	8,9±1,5	7,9±1,8
Достоверность различий	>0,05	>0,05	>0,05
женщины			
Высокий уровень образования	7,8±2,1	6,7±1,8	8,4±1,7
Низкий уровень образования	7,4±1,9	7,9±1,9	8,9±2,1
Достоверность различий	>0,05	>0,05	>0,05

Таким образом, выполненный анализ влияния образования на заболеваемость и интенсивность потребления услуг здравоохранения в различных возрастно-половых группах показал, что независимо от половой принадлежности выявляется тренд на повышение уровня заболеваемости с увеличением возраста, однако темп прироста заболеваемости выше у мужчин, особенно в возрастной группе 66-70 лет, а у женщин в более старших возрастных группах. Уровень образования может рассматриваться как положительная детерминанта здоровья в старших возрастных группах у мужчин, так как у мужчин более высокий уровень образования сочетается с более низкими значениями частоты распространения хронической патологии в старших возрастных группах, тогда как у женщин ее значимость сомнительна. Достоверных различий в удельном весе обращений за медицинской помощью лиц с разным уровнем образования не выявлено. Удельный вес обратившихся нарастал по мере увеличения возраста, что было характерно и для мужчин, и для женщин, независимо от уровня их образования. Средневзвешенная частота

острых заболеваний не зависела от половой принадлежности и возраста человека, более высокая частота острых заболеваний регистрировались у женщин. Данные опроса о наличии или отсутствии хронических заболеваний, а также расходах на покупку лекарственных препаратов не целесообразно использовать при анализе здоровья лиц старших возрастных групп.

Литература

1. Бойко Ю.П., Добридень О.В., Бойко А.Ю. Образ жизни и здоровье пожилых людей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 6. С. 18-19.
2. Арстангалиева З.Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 11. С. 1309.
3. Гаенко О.Н. Социально-экономические проблемы здоровья населения пожилого и старческого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2004. № 1. С. 27-31.
4. Баринаева Ж.В., Брылякова Л.И. Здоровье лиц пожилого возраста / Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017. № 4. С. 5-10.
5. Сиротко М.Л., Черкасов С.Н. Оценка состояния здоровья населения Самарской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 209-212.
6. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. - №1. – 2019. – с.40-43.
7. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние уровня образования на самооценку здоровья в различных возрастно-половых группах // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Россия, г. Москва. - 2017. - выпуск 7. - с. 74-78.
8. Черкасов С.Н., Шестаков Г.С., Киртадзе И.Д. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – Москва. - №9-10. – 2018. – с.57-60.
9. Черкасов С.Н., Киртадзе И.Д. Влияние жизненных приоритетов на качество жизни, связанное со здоровьем, в старших возрастных группах // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень научного

центра сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева РАМН. – Москва. - №19(4). – 2018. – с.549-553.

10. Берсенева Е.А., Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Мешков Д.О. Актуальные вопросы создания автоматизированной системы расчета объемов первичной медико-санитарной помощи в Тверской области // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9. № 4. С. 15-20.

11. Сараев А.Р., Сахибгареева Э.Х., Черкасов С.Н., Сопова И.Л. Оценка социального статуса потенциального потребителя как условие обеспечения высокой эффективности деятельности медицинской организации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2013. № 2-3 (12-13). С. 131-132.

12. Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Черкасова С.В. оптимизация деятельности многопрофильного стационара лечебно-профилактического учреждения // Сборник научных тезисов и статей "Здоровье и образование в XXI веке". 2009. Т. 11. № 2. С. 152-153.

ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ «БЮЛЛЕТЕНЬ НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А.СЕМАШКО»

ОБЩИЕ ПРАВИЛА

Журнал «Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко» принимает к публикации статьи по профилю журнала. Профиль журнала соответствует паспорту научной специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение и паспорту научной специальности 07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки).

Направленные к публикации рукописи должны иметь визу руководителя направляющей организации (на первой странице рукописи) и сопровождаться официальным Направлением от учреждения, из которого выходит статья и в компетенцию которого входит круг вопросов, затрагиваемых публикацией. В Направлении, напечатанном на бланке учреждения, следует указать, является ли статья диссертационной.

Правила для авторов по оформлению статьи размещены по ссылке <http://www.nriph.ru/index.php/byulleten/pravila-dlya-avtorov.html>. В необходимых случаях редакции может запросить экспертное заключение или заключение этического комитета на проведение публикуемого исследования.

Статья должна быть подписана всеми авторами, что даёт право журналу на её публикацию. Заверенные подписи авторов (на последней странице рукописи) и Направление, подписанное руководителем учреждения, сканируются, сканы высылаются в адрес редакции по электронной почте journal@nriph.ru.

Статья или ее части не должны быть ранее опубликованы или находиться на рассмотрении в других изданиях.

Опубликованные материалы помещаются в электронном виде на сайте Института <http://www.nriph.ru/> и в электронной библиотеке <http://www.elibrary.ru>