

БЮЛЛЕТЕНЬ

НАЦИОНАЛЬНОГО
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ имени Н.А.СЕМАШКО

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

2020. №1



МОСКВА - 2020

Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

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

2020. № 1

Научно-практический журнал
Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

УЧРЕДИТЕЛЬ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор журнала – Р.У. Хабриев, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва)

Ответственный секретарь – М.Г. Спасенникова, кандидат медицинских наук, доцент (Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва)

Л.И. Меньшикова, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения)

Н.В. Саввина, доктор медицинских наук, профессор (Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, Якутск)

И.В. Самородская, доктор медицинских наук, профессор (Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва)

А.Л. Санников, доктор медицинских наук, профессор (Северный государственный медицинский университет, Архангельск)

С.Н. Черкасов, доктор медицинских наук (Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва)

М.А. Шаповалова, доктор медицинских наук, профессор (Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань)

Адрес редакции: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1

E-mail: mosmedizdat@yandex.ru

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Регистрационный номер от 25 декабря 2015 г. ПИ № ФС77-64152.

Журнал содержит научную информацию и знаком информационной продукции не маркируется.

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

Журнал имеет полнотекстовую электронную версию на сайте Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях; высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции.

Рукописи, присланные в журнал, не возвращаются.

Перепечатка материалов журнала допускается только по согласованию с редакцией. Любые нарушения авторских прав преследуются по закону.



Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

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

2020. № 1

Научно-практический журнал
Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

- Шипова В.М., Берсенева Е.А.** Актуальные проблемы планирования онкологической помощи.....4
- Чичерин Л.П., Щепин В.О., Никитин М.В.** Правовое обеспечение государственных гарантий безопасности подрастающего поколения России10
- Чих И.Д., Александрова О.Ю., Васильева Т.П., Турсунов Р.А.** Социально-гигиеническая и социально-психологическая характеристика лиц репродуктивного возраста, больных сахарным диабетом или с риском его развития.....18
- Ситдикова И.Д., Мингазова Э.Н., Мешков А.В., Гуреев С.А.** Оценка риска как критерий в системе показателей общественного здоровья.....24
- Федяева А.В., Черкасов С.Н., Олейникова В.С.** Приверженность к самолечению в старших возрастных группах30
- Патрушев С.В.** Пенитенциарные проблемы охраны материнства и детства.....36
- Федяева А.В., Олейникова В.С.** Антропометрические характеристики населения старших возрастных групп40
- Черкасов С.Н., Камаев Ю.О., Полозков О.И.** Удельный вес расходов на продукты питания в структуре расходов населения старшего возраста. Гендерные и возрастные различия.....46
- Карпова О.Б., Проклова Т.Н.** Демографическая нагрузка в России в 2000-е годы52
- Коломийченко М.Е.** Медико-социальный портрет пациента, нуждающегося в паллиативной помощи58

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

- Быков В.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О.** Служба крови Архангельской области – исторический экскурс в 1930-1940-е гг.....64
- Сточик А.А.** Предпосылки возникновения косметических средств и появление промышленной косметики в середине XIX века70
- Сточик А.А.** Первые крупные производства парфюмерии и косметики в России и открытие института врачебной косметики провизора А.М. Остроумова. Часть 176

РЕЦЕНЗИИ

- Спасенников Б.А.** Рецензия на монографию по книге Е.Ю. Беловой, Д.В. Горбань, А.В. Дергачева, Ю.А. Кашубы, В.В. Кима, А.А. Крымова, Д.А. Никитина, И.С. Нистратовой, Е.Е. Новикова, А.А. Павленко, А.В. Родионова, С.М. Савушкина, А.П. Скибы, Г.В. Щербакова, В.Е. Южанина «Принудительное питание осужденных к лишению свободы».....80

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.001

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шипова В.М.¹, Берсенева Е.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова

Онкология, планирование, программа государственных гарантий, нормы труда, объем медицинской помощи.

Аннотация

В публикации представлена динамика изменений в показателях объема медицинской помощи и их величины. Сравнения планово-нормативных и фактических показателей развития коечного фонда по онкологии показало, что имеются существенные расхождения этих данных. При этом плановые показатели характеризуются значительным размахом колебаний, не обоснованным ни заболеваемостью, ни технологиями лечебно-диагностического процесса, а фактические данные – постепенными изменениями, никак не связанными с плановыми данными. Нормативное число должностей врачей-онкологов имеет различия в разных, одновременно действующих нормативно-правовых документах по труду: приказах о порядках оказания медицинской помощи и положениях по организации оказания первичной медико-санитарной помощи как по наименованию показателя, так и по его величине. Расчеты с использованием приказов о порядках показывают превышение нормативной численности врачей-онкологов по сравнению с их фактическим числом, а при применении приказов о положении, напротив, фактическое число должностей превышает норматив. Авторы делают обоснованный вывод о необходимости внесения поправок в территориальную программу государственных гарантий, определяющую планово-нормативные данные по объему медицинской помощи по онкологии, а также в документы, устанавливающие нормативную численность должностей врачей-онкологов.

ONCOLOGICAL CARE PLANNING CURRENT PROBLEMS

Shipova V.M.¹, Berseneva E.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords

Oncology, planning, program of the state guarantees, work norms, medical care volume.

Abstract

The publication presents the medical care volume indicators dynamics and their value dynamics. Oncology knee fund development planned-normative and actual indicators comparison showed the significant discrepancies of these data. At the same time planned indicators are characterized by a significant range of fluctuations, not justified neither by morbidity, nor by technologies of medical and diagnostic process, and actual data are stepwise changes, which are not related to planned data in any way. Oncologists' normative number of positions differs in the number of simultaneous normative and legal documents on work: orders on the procedures for providing medical care and provisions on organizations for providing primary health care both by the name of the indicator and by its value. Calculations using orders of procedure show excess of the normative oncologists' number compared to their actual number, and when applying orders of situation, on the contrary, the actual number of posts exceeds the norm. The authors reasonably concluded that we have the need to amend the territorial program of state guarantees, which defines planned and normative data on the volume of oncology medical care, and in documents establishing the normative number of oncologists' positions.

Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 поставлена задача по разработке и реализации программ борьбы с онкологическими заболеваниями. Решение этой задачи связано с рациональным планированием объема работы и соответствующей кадровой обеспеченности.

Планирование общего объема медицинской помощи производится в последние годы на основе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на тот или иной год и последующий финансовый период, а определенная дифференциация этих данных приводится в письмах Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на тот или иной год и последующий финансовый период времени» (далее – территориальная программа).

В территориальных программах приводятся, как известно, данные о числе койко-дней по профилям отделений, посещениях по врачебным специальностям, о числе случаев госпитализации, средней длительности пребывания в стационаре. В 2013 году был осуществлен переход на новый планово-нормативный и финансовый показатель оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях: вместо традиционного измерения объема помощи в виде числа посещений введен новый показатель – обращение в связи с заболеванием.

С этого периода времени в территориальных программах не приводятся плановые данные ни в числе посещений, ни в числе обращений. Число посещений по отдельным врачебным специальностям использовалось только для характеристики профилактической деятельности, однако, начиная с территориальной программы на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов, не приводятся и эти данные.

При переходе в 2014 г. на новый планово-нормативный и финансовый показатель по стационарной

помощи, который выражается в числе законченных случаев лечения (случаев госпитализации), были сохранены и другие планово-нормативные показатели, в частности, число койко-дней. Такая позиция авторов территориальных программ представляется вполне обоснованной, так как случай госпитализации – лишь одно звено в общей цепи планирования больничной помощи.

Для сравнения планово-нормативных и фактических показателей развития коечного фонда по онкологии планово-нормативное число койко-дней, указываемое в территориальных программах, было переведено в число коек. При этом был использован алгоритм расчета, постоянно приводимый в территориальных программах. Данные о фактическом числе коек взяты из статистических сборников [1; 2]. Сопоставительные показатели по динамике планового и фактического числа коек по онкологии, радиологии и радиотерапии представлены на рис. 1.

Число фактически развернутых коек характеризуется постепенным развитием с увеличением показателя в 2012 и в 2018 годах.

Планово-нормативные показатели, как видно на рисунке, изменялись весьма неоднозначно. Обращает на себя внимание резкое уменьшение плановых данных в 2015 году по сравнению с предыдущим годом: на 2014 г. планировалось 3,2 койки на 10,0 тыс. населения, а на 2015 г. – 2,2. Этот плановый показатель приводился и в последую-

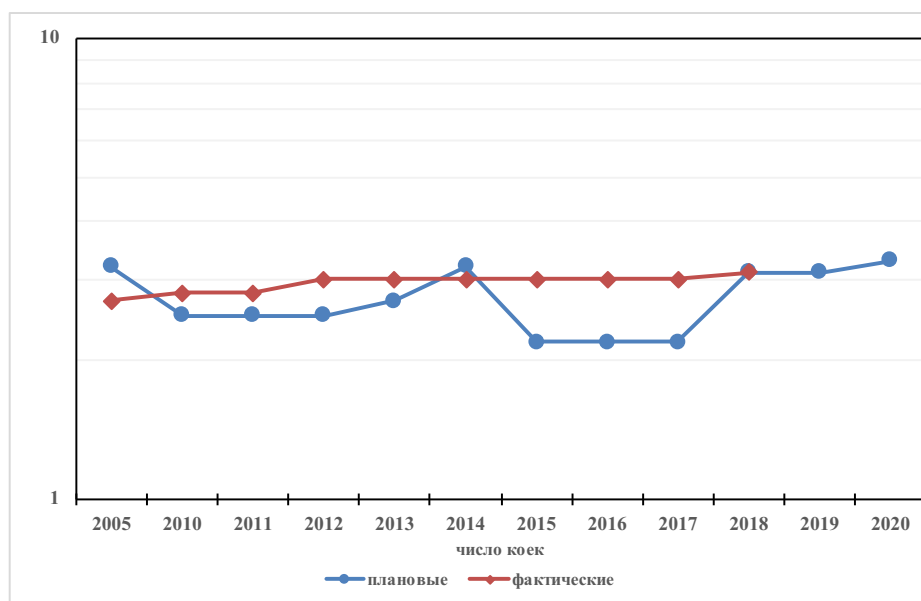


Рис. 1. Динамика фактического и планового числа коек по онкологии, радиологии и радиотерапии (до 2013 г. – онкологические койки) на 10,0 тыс. населения

ших территориальных программах, а увеличение состоялось лишь в планах на 2018 г. Такие резкие изменения планируемого числа коек не связаны ни с динамикой заболеваемости, ни с новыми технологиями, позволяющими перенести центр тяжести в лечении из стационара на другие виды помощи. Анализ динамики основных показателей деятельности онкологической службы не выявил каких-либо существенных изменений в 2015 году

по сравнению с предыдущим периодом времени, которые могли бы повлиять на такое уменьшение планового числа коек.

Динамика показателей заболеваемости по злокачественным новообразованиям свидетельствует, во-первых, о росте числа пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни (фактически на 30%), а, во-вторых, о росте состоящих на учете – более чем на 50% (таблица 1).

Таблица 1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями (на 100 000 человек)

КОНТИНГЕНТ	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни	329,5	361,8	379,4	388,1	402,6	408,6	420,3	425,5
Число пациентов, состоящих на учете	1679,8	1955,8	2157,0	2250,0	2323,0	2397,0	2471,8	2563,2
Из числа взятых на учет с диагнозом, установленным впервые в жизни, имели IV стадию (в % от общего числа пациентов)	23,3	22,3	22,5	22,1	21,9	22,1	21,9	22,2

Практически не снижается и удельный вес пациентов, взятых на учет с диагнозом, установленным впервые в жизни, и имеющих IV стадию.

Показатель общей инвалидности населения снизился за последние годы в 1,7 раза, а инвалидность населения по злокачественным новообразованиям, напротив, увеличилась в 1,4 раза (рис. 2).

Как видно на рис. 3, с 2005 по 2018 г. общая смертность снизилась более чем на 20% (однако не достигла уровня 1992 г.), а смертность от ново-

образований не имеет достоверных отличий за все годы наблюдений (рис. 3).

На фоне представленной картины заболеваемости населения злокачественными новообразованиями, инвалидности и смертности весьма трудно объяснить изменения планово-нормативных показателей по онкологическому профилю отделения.

Приведенные данные показывают необоснованность уменьшения планово-нормативного

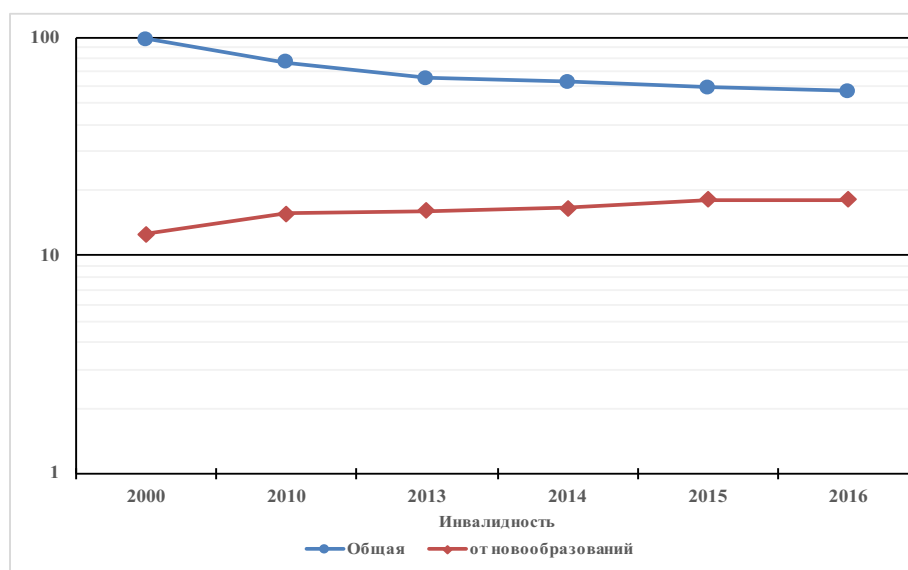


Рис. 2. Показатели инвалидности населения на 10,0 тыс. населения

числа коек в 2015-2017 годах, этот факт можно отнести к ошибкам в планировании. Весьма характерно, что и по другим профилям отделений имеются значительные расхождения в числе фактически развернутого коечного фонда по профилям отделений и планируемых данных. Плановые показатели имеют значительный ежегодный размах колебаний, малообъяснимый изменениями в характере патологии или технологиях лечебно-диагностического процес-

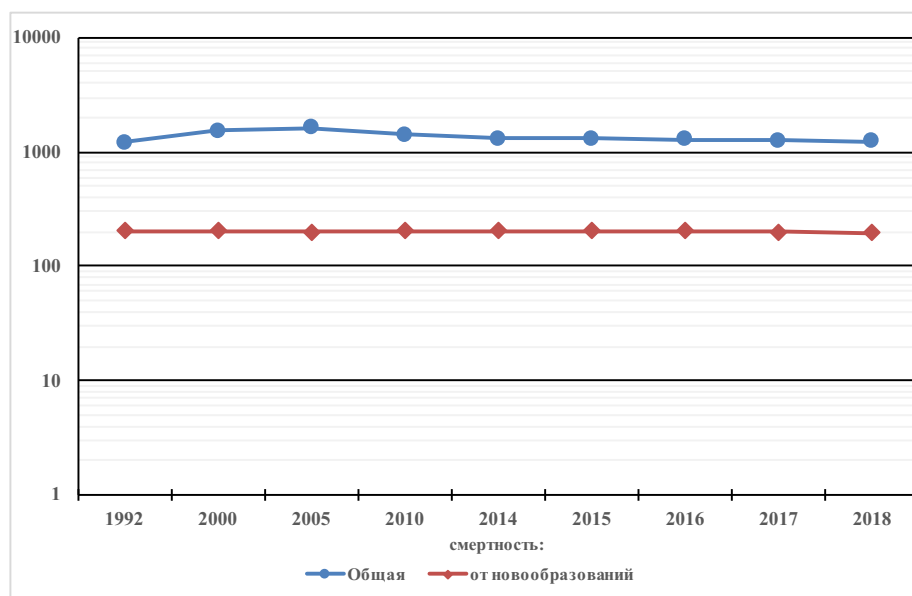


Рис. 3. Смертность населения: общая и по новообразованиям на 10,0 тыс. населения

са. Динамика развития фактического коечного фонда характеризуется постепенными ежегодными изменениями и никак не реагирует на изменения плановых показателей.

Другим важным показателем для развития онкологической службы является кадровое ее обеспечение.

Нормативное число должностей приводится в приказах о порядке оказания медицинской помощи, Положениях об организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Величины нормативных показателей по одним и тем же врачебным специальностям, указанным в этих одновременно действующих нормативно-правовых документах, в большинстве случаев не совпадают друг с другом [3].

Несогласованность между этими документами отмечается и по онкологии. В приказе Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология» должность врача-онколога в первичном онкологическом кабинете и первичном онкологическом отделении устанавливается следующим образом: 1 должность на 25 тыс. человек. Приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н должность врача-онколога или врача-специалиста устанавливается на 500 человек контингента диспансерных онкологических больных (разумеется, при условии прохождения таким врачом подготовки по онкологии).

В приказе Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 560н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология» устанавливается должность врача-детского онколога на 100 тыс. детей. По амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению этот показатель совпадает с приказом от 07.03.2018 №92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помо-

щи детям»: 0,1 должности на 10,0 тыс. детей. На основании представленных данных и численности соответствующего контингента населения [4] проведен расчет нормативного числа врачей-онкологов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи в целом по стране (таблица 2).

При расчете нормативного числа должностей врачей-онкологов для оказания медицинской помощи взрослому населению предварительно был установлен норматив на численность населения на основании числа пациентов, состоящих на учете и равных 2563,2 на 100000 населения в 2018 г. (таблица 1), и нормативного показателя на должность, равного 500 диспансерных больных. На 100000 населения при указанных данных приходится 5,13 должностей (2563,2:500).

Как показывают итоговые данные расчетов, разница в нормативном числе должностей, определенном по разным документам, составляет около 1 тыс.

Число фактически развернутых онкологических коек в 2018 г. составило 45,2 тыс. [1]. Должность врача-онколога, как известно, устанавливается на 10 коек для взрослого населения и на 6 коек – для детей. По данным статистики число онкологических коек не дифференцируется на взрослых и детей. Однако в территориальных программах указывается общее число койко-дней и отдельно на взрослых и детей. В территориальной программе на 2020 г. пропорции следующие: 95% приходится на взрослых и 5% на детей. При

Таблица 2. Нормативное число должностей врачей-онкологов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи

Контингент населения	Расчеты	
	по приказам о Порядках	по приказам о Положениях
Взрослые	$87595701:25000=3504$	$5,13 \times 87595701:100000=4494$
Дети	$30098056:100000=301$	$30098056:100000=301$
Всего	3805	4795

таким соотношении средний норматив должности врача-онколога составляет 9,8 койки на 1 должность. Следовательно, общее число врачей онкологов для оказания медицинской помощи в стационаре составит около 4,6 тыс. должностей ($45200 : 9,8 = 4612$). К этому числу следует добавить число заведующих отделениями, должности которых устанавливаются дополнительно. При неизвестном числе профилей отделений и их мощности примем за условную цифру, что среднее число коек в отделении составляет 30, тогда число заведующих составит 1507 ($45200:30=1507$). Следовательно, общее нормативное число должностей врачей-онкологов при оказании медицинской помощи в больничных условиях с учетом должностей заведующих равно 6,1 тыс. должностей.

Общее нормативное число врачей-онкологов для оказания амбулаторно-поликлинической и больничной помощи составит 9,9 тыс. должностей ($3805 + 6119 = 9924$) при использовании приказов о порядках и 10,9 тыс. должностей ($4795 + 6119 = 10914$) при использовании нормативов, указанных в Положениях об организации оказания медико-санитарной помощи.

Число должностей врачей-онкологов в 2018 г.

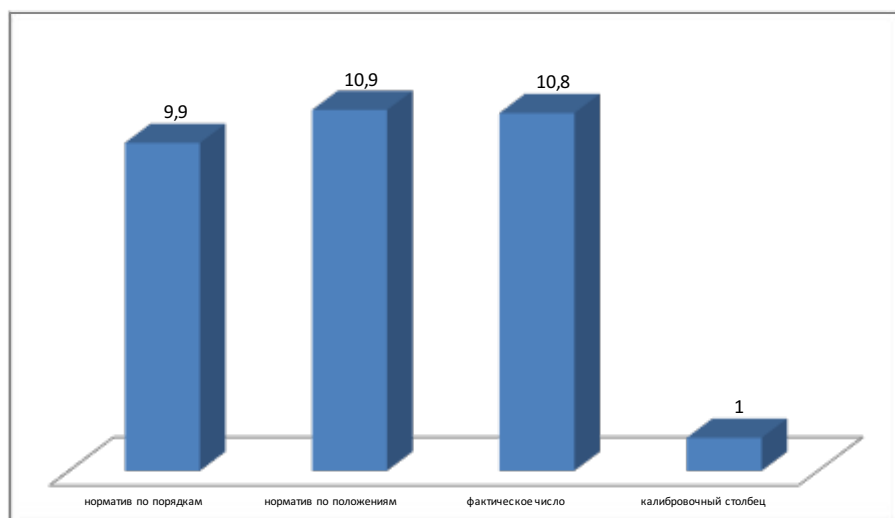


Рис. 4. Сравнительные данные численности должностей врачей-онкологов (в тыс. должностей)

составило 7963 физических лиц [5], которые при использовании среднего коэффициента совместительства врачей, равного 1,36, могут занять 10,8 тыс. должностей ($7963 \times 1,36 = 10830$). Сравнительные данные по числу должностей представлены на рис. 4.

Картина, представленная на рис. 4, носит весьма необычный характер. Фактическое число должностей больше нормативного, рассчитанного по приказам о порядке, и почти одинаково с числом должностей, определенных по приказам о Положениях. Штатные нормативы – это максимальная численность должностей для оказания медицинской помощи и, как правило, нормативная численность должностей на 10-15% больше фактической.

Таким образом, основой для разработки плано-нормативных показателей объема медицинской помощи, указываемых в территориальных программах, должны быть данные о заболеваемости населения и перспективные технологии лечебно-диагностического процесса.

Неотложной задачей нормирования труда по онкологии, как и по другим видам медицинской помощи, является ликвидация противоречий в

величинах норм труда, указанных в разных, одновременно действующих документах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Российский статистический ежегодник. 2019. – М.: Росстат, 2019. – 708 с.
2. Здравоохранение в России. 2019: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2019. – 170 с.
3. Шипова В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / В.М. Шипова. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2018. – 312 с.
4. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2019 г. Статистический бюллетень. – М.: Росстат, 2019. – URL: https://www.gks.ru/bgd/regl/b19_111/Main.htm
5. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I часть (медицинские кадры). – М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2019. – URL: <http://zdravalt.ru/jdownloads/stat/Stainform/res1.pdf>

REFERENCES

1. *Russian statistical yearbook. 2019.* Moscow: Rosstat, 2019. 708 p. (in Russian)
2. *Health care in Russia. 2019: Statistical Digest.* Moscow: Rosstat, 2019. 170 p. (in Russian)
3. Shipova V.M. *Organization and technology of labor standards in healthcare.* Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 312 p. (in Russian)
4. *Population of the Russian Federation by gender and age as of January 1, 2019. Statistical Bulletin.* Moscow: Rosstat, 2019. URL: https://www.gks.ru/bgd/regl/b19_111/Main.htm (in Russian)
5. *Resources and activities of medical healthcare organizations. Part I (medical personnel).* Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation. Central Research Institute of Health Organization and Informatization. 2019. URL: <http://zdravalt.ru/jdownloads/stat/Stainform/res1.pdf> (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Шипова Валентина Михайловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vschipova@yandex.ru

Берсенева Евгения Александровна – руководитель Центра, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: eaberseneva@gmail.com

AUTHORS

Valentina M. Shipova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vschipova@yandex.ru

Evgeniya A. Berseneva – Head of the Centre, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Assistant Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: eaberseneva@gmail.com

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.002

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ РОССИИ

Чичерин Л.П.¹, Щепин В.О.¹, Никитин М.В.²

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

² *Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова

Охрана здоровья, охрана жизни, ребенок 0-17 лет, безопасность жизнедеятельности, нормативные правовые акты, межведомственное сотрудничество.

Аннотация

В публикации обращается внимание на имеющее место своеобразные «ножницы» между акцентом на здоровье граждан всех возрастных групп с одной стороны, и явно малой толикой в федеральных нормативно-правовых актах вопросов жизнеобеспечения населения, прежде всего детского, с другой. Показано, что сложившаяся за десятилетия превентивная направленность всего дела межведомственно осуществляемой охраны здоровья подрастающего поколения, включая деятельность отрасли здравоохранения и ее педиатрической службы, подразумевает заботу о сбережении его жизни. Тогда как сложившаяся в этом плане в стране ситуация, хотя и имеет тенденцию к улучшению, тем не менее, продолжает вызывать тревогу за будущее России. В статье обобщены и проанализированы основные официальные документы в области охраны прав детско-подросткового контингента 0-17 лет как основы усиления обеспечения государством и его институтами безопасности жизнедеятельности детей и подростков. Обосновывается необходимость специального закона об охране здоровья и жизни детей.

LEGAL SECURITY OF STATE GUARANTEES SECURITY OF THE YOUNGER GENERATION OF RUSSIA

Chicherin L.P.¹, Shchepin V.O.¹, Nikitin M.V.²

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

² *National Medical Research Center for Rehabilitation and Resort Science*

Keywords

Health care, life protection, child 0-17 years old, life safety, federal legal framework, inter-agency cooperation.

Abstract

The publication draws attention to the peculiar “scissors” between the emphasis on the health of citizens of all age groups on the one hand, and the clearly small content in federal regulations of issues of life protection of the population, especially children’s ones on the other. It has been shown that the preventive focus of the whole case of interagency health care of the younger generation, including the activities of the health care industry and its paediatric service, is, as if, a concern for saving his life. While the current situation in the country, although it tends to improve, continues to cause concern for Russia’s future. The article summarizes and analyses the main official documents in the field of protection of the rights of children and adolescents of 0-17 years as the basis for strengthening the provision by the State and its security institutions of the life of children and adolescents. The need for a special law on the protection of the health and life of children is justified.

Права детей в государствах-участниках Организации Объединенных Наций (далее – ООН) определены Конвенцией о правах ребенка, основным международно-правовым документом. Он объединяет широкий спектр прав человека, ребенка, – гражданских, политических, экономических, социальных, культурных и иных¹.

СССР ратифицировал документ 13 июня 1990 года, а для Российской Федерации Конвенция вступила в силу 15 сентября 1990 года. Статья 20 Конституции Российской Федерации гласит: «Каждый имеет право на жизнь». Ведущим, в системе правового обеспечения, является федеральный закон «О гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»².

По материалам Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), в мире существует целый комплекс факторов, влияющих на здоровье. Они могут усугублять свое влияние в подростковом возрасте, а их последствия сказываются в течение всей жизни. В число этих факторов риска не только для здоровья, но и жизни, включены: недостаточная физическая активность; употребление табака, алкоголя, наркотиков; незащищенный секс и иные³. ВОЗ дополнила риски, включив в перечень травмы и несчастные случаи; беременность и юное материнство, ВИЧ-патологию; отклонения в психическом здоровье (депрессии, суицид) и др.^{4,5}

Это в полной мере характерно и для детско-подростковой популяции России. Указанные риски формируют отклоняющее поведение молодых людей, приводящее, в конечном счете, к нарушению законодательства и нередко – к трагедиям. Добавим сюда насилие в семье, жестокое обращение с детьми, жестокость самих подростков, их агрессию. Неформальные сообщества молодежи зачастую связаны с систематическим нарушением законодательства (группы суицида в социальных сетях, фанатские группировки, «зацеперы» и т.п.).

Руководством страны предпринимаются по-

стоянные усилия, направленные на улучшение демографической ситуации, укрепление института семьи, усиление гарантий защиты прав и интересов детей. Наличие большого числа риск-факторов представляет собой серьезную угрозу жизни детско-подросткового контингента, являющегося важнейшим потенциалом общественного здоровья, национальной безопасности государства.

Целью исследования явилось обобщение и анализ ведущих официальных документов в области охраны прав детско-подросткового контингента 0-17 лет как основы усиления обеспечения государством, его институтами, безопасности жизнедеятельности детей и подростков.

Систематизированы, изучены и проанализированы основные международные правовые документы ООН, ВОЗ, Европейского регионального бюро ВОЗ, а также Указы Президента России, иные нормативные акты в части гарантий государства по охране здоровья детско-подросткового контингента.

Применен, с акцентом на аналитический, комплекс современных методов и методических приемов социально-гигиенического и медико-организационного исследования: статистический; экспертной оценки; изучения, анализа и обобщения опыта; исторический экскурс и др.

Приоритетное место в изучении проблемы жизнеспособности детского населения России занимает исследование состояния федеральной нормативно-правовой базы.

В ходе анализа нами установлено, что даже в ведущем законе 323-ФЗ об основах охраны здоровья термин «безопасность» применяется избирательно – в отношении здоровья при осуществлении медицинской деятельности, применения медицинских изделий, пищевых продуктов, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также условий труда, но напрямую не говоря о жизнеспособности граждан.

Первым, и до недавнего времени единственным исключением в этом плане, стал федеральный закон о физической культуре и спорте (далее – ФиС)⁶. Так, статьей 3 об основных принципах законодательства в данной сфере в их числе предусмотрено обеспечение безопасности жизни и здоровья лиц, занимающихся ФиС, а также участников и зрителей физкультурных и спортивных

¹ Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 года. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml

² Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 31. – Ст. 3802.

³ Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.). – Женева: ВОЗ, 2015. – 108 с.

⁴ Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии: доклад ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 2014. – 14 с.

⁵ Подростки: риски для здоровья и их пути решения: ВОЗ. 13 декабря 2018 г. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

⁶ Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2007. – № 50. – Ст. 6242.

мероприятий.

Лишь в новой редакции упомянутого закона 1998 года о гарантиях прав ребенка, измененной спустя почти 20 лет (2017), в статье 12 на организацию отдыха детей и их оздоровление возложена функция создания безопасных условий пребывания в ней детей, присмотра и ухода за ними, организации их питания, содержания детей в соответствии с установленными санитарно-эпидемиологическими и иными требованиями и нормами, обеспечивающими жизнь и здоровье детей.

Стратегией развития воспитания особое внимание уделено воспитанию у подрастающего поколения культуры здоровья⁷. Оно подразумевает выработку ответственного отношения к своему здоровью и потребности в здоровом образе жизни – ЗОЖ, а также формирование культуры безопасной жизнедеятельности, профилактика наркотической и алкогольной зависимости, табакокурения и других вредных привычек и др.

Еще одним документом, Распоряжением Правительства России⁸, для достижения целей государственной молодежной политики (к контингенту молодых людей отнесены лица в возрасте от 14 до 30 лет) среди приоритетных поставлены задачи формирования ценностей здорового образа жизни, создания условий для физического развития молодежи, формирования экологической культуры, а также повышения культуры безопасности жизнедеятельности молодежи.

Еще в 2011 году началась работа над проектом Государственной программы развития отрасли. Правительство России одобрило модернизационный сценарий ее развития⁹. Целями Программы «Развитие здравоохранения» на этапах 2013-2015 гг. и 2016-2020 гг. явились увеличение продолжительности жизни россиян, укрепление их здоровья и снижение смертности от наиболее значимых заболеваний. При этом при рассмотрении модернизационного и бюджетного сценариев подчеркивалось, что квинтэссенцией различий двух сценариев является различие в числе сохраненных **жизней к 2020 году**, которое составит 1 млн. 100

⁷ Распоряжение Правительства России от 29 мая 2015 г. № 996-р «Об утверждении Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2015. – № 23. – Ст. 3357.

⁸ Распоряжение Правительства России от 29 ноября 2014 г. № 2403 «Об основах государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года». – Архив Правительства Российской Федерации, 2015.

⁹ Правительством Российской Федерации одобрен модернизационный сценарий развития здравоохранения. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/902379933>

тыс. человек.

Однако в последующем, например, в Государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2018-2025 гг., речь идет о цели увеличения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, о формировании здорового образа жизни (укреплении общественного здоровья), но, вместе с тем, избегается упоминание задачи именно сохранения жизни.

Подчеркнем, что именно законодательное обеспечение прав детей на жизнь и охрану здоровья определено Союзом педиатров России в начале XXI века в качестве важнейшего принципа и методологической основы государственной политики в данной области, затрагивающей сегодня интересы порядка 29,7 млн. российских детей с рождения и до достижения ими возраста 18 лет (совершеннолетия), что составляет 20,2% от всего населения. Подобный подход обоснован результатами первого в стране научного исследования теоретических и практических аспектов разработки и осуществления государственной политики в области охраны детства. Это своего рода нормативно-регулятивный механизм, обеспечивающий эффективность функционирования системы «здоровье ребенка – общество» в интересах подрастающего поколения детства [1].

В число таких принципов общим, числом шесть, также входят: программно-целевой подход, межсекторальность в решении вопросов охраны здоровья и жизни; акцент на превентивные мероприятия, региональную специфику, приоритетное внимание к детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации [2, с. 6–11]. Их учет в полной мере способствует разработке и внедрению в практику действенных организационно-управленческих технологий, как в области охраны здоровья, прав, так и медико-социальной помощи детям и подросткам.

Различные аспекты охраны здоровья, в том числе с позиции безопасности детско-подросткового контингента, получили освещение в целом ряде других публикаций [3, с. 18–21; 4, с. 39–40].

Особенности и трудности реализации дела охраны прав ребенка особенно выявляются на местах, в субъектах России, прежде всего, в конкретных медицинских и образовательных организациях. Так, комплексное изучение в Республике Татарстан [5], Республике Башкортостан [6] и на других территориях состояния медико-социальной помощи (далее – МСП) детям и семьям – как

составляющей реализации принципов охраны здоровья на уровне организаций первичной медико-социальной помощи – показало недостаточную действенность российского законодательства. В силу, прежде всего, его разрозненности, «разбросанности» по различным нормативным актам, ведомственной разобщенности. Это приводит к недостаточной эффективности социально-правовой помощи ребенку, включая проведение профилактического социального патронажа в семье.

При реализации пилотных проектов выявлены возможности нивелирования этих недочетов путем создания в детских поликлиниках отделений МСП, обеспечивающих должное межсекторальное сотрудничество.

Авторами статьи не проводится анализ смертности детей России, что требует специального рассмотрения на основе материалов статистики и научных исследований. Вместе с тем, проблемы именно сохранения жизни детей, их смертности, в том числе от внешних причин, ее масштаб, тенденции традиционно пытаются завуалировать. К тому же официальная информация по данному вопросу очень скудна, и в настоящее время она проходит в основном со ссылкой на Следственный комитет России и другие компетентные органы, в большей степени концентрируясь в регулярно публикуемых Докладах на сайтах Уполномоченного по правам человека в России, а также Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка.

Среди причин смерти детей уже со 2-3 годов жизни на 1-е место выходят внешние, вполне предотвратимые причины (у подростков – до 80% всех причин). В структуре таковых у детей 0-14 лет – все виды несчастных случаев на транспорте, утопления, удушья, самоубийства (70–80% мальчиков), убийства, случайные отравления, несчастные случаи с огнем и иные. По данным оказавшегося последним опубликованного доклада Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), смертность подростков в возрасте от 15 до 19 лет в Российской Федерации в 3-5 раз выше, чем в Европейских странах. Порядка 80% смертей можно было бы предотвратить при своевременном обращении к специалистам. Каждая четвертая смерть среди подростков связана с употреблением алкоголя [7].

И по недавним материалам ВОЗ, Россия занимает третье место в мире по числу самоубийств среди подростков. Средний показатель более чем в 3 раза превышает таковой в мире. При этом не

учитываются попытки суицида, а также случаев, когда самоубийство квалифицируется как несчастный случай¹⁰.

На заседании экспертного совета при Уполномоченном при Президенте РФ по правам ребенка Анна Кузнецова, со ссылкой на материалы Следственного комитета России, сообщила, что число суицидов несовершеннолетних в России за год выросло почти на 14%: в 2017 году было зафиксировано 692 детских суицида, в 2018 году – 788. Это говорит том, что дети предоставлены сами себе, а их проблемы не волнуют взрослых [8].

К данному аспекту прямое отношение имеет состояние репродуктивного здоровья и поведения подростков, также заслуживающее отдельного обсуждения. Подчеркнем, что по материалам Минздрава России, например, общее число абортов несовершеннолетних в стране имеет заметную тенденцию к снижению: у девочек в возрасте до 14 лет – с 966 в 2005 г. до 240 – в 2018 г., у девушек в возрасте 15-17 лет еще существеннее – с 34606 до 4405, соответственно. Тем не менее, опасность абортов для их здоровья и жизни несомненна [9].

Периодически возникающие в стране тревожные ситуации с реализованными, прежде всего в виде трагедий, угрозами здоровью и жизни детей и подростков являются, по нашему мнению, своего рода упреком государству и его институтам, самому населению, не выполняющим в должной мере положения упомянутой Конвенции ООН о правах ребенка. Прежде всего, в части совершенствования правовой защиты детства. А также обязанности осуществлять образование, направленное на подготовку ребенка к сознательной жизни в свободном обществе (ст. 29). А согласно Преамбуле к Конвенции, и сам ребенок должен быть полностью подготовлен к самостоятельной жизни в обществе.

Результаты наших комплексных исследований последнего десятилетия позволили получить научно-обоснованные представления о состоянии и динамике меняющейся в стране ситуации с охраной прав и здоровья подрастающего поколения [10, с. 11–15].

В пользу важности дальнейшего изменения и дополнения действующего законодательства в части обеспечения государственной заботы о безо-

¹⁰ Смертность российских подростков от самоубийств. ВОЗ. – URL: <http://www.unrussia.ru/en/node/2727>

пасности детей и подростков России, сохранения их жизни, рассмотрим несколько примеров уже осуществленной трансформации в отдельный законодательный акт ряда статей упомянутого действующего, базового по проблеме закона о гарантиях прав ребенка:

1. Статья 9. Меры по защите прав ребенка при осуществлении деятельности в области его образования и воспитания (включает 3 пункта). В ее развитие принят закон № 273-ФЗ об образовании¹¹.

2. Статья 14. Защита ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию (3 пункта). Как показывает анализ, из всего объемного документа речь об обеспечении безопасности именно жизни детей идет лишь однажды и именно в этой статье. Ее положения и использованы при подготовке соответствующего закона № 436-ФЗ о защите детей от такой информации¹².

3. Статья 12. Защита прав детей на отдых и оздоровление. Она до недавнего времени содержала лишь 2 пункта. Она заслуживает отдельного пояснения.

Более глубокое рассмотрение состояния всего дела оздоровления и отдыха детей России, функционирования детских учреждений с позиции обеспечения безопасности контингента, особенно в летний период, стимулировали получившие широкий общественный резонанс трагедии с детьми. Крупнейшей из них стала случившаяся в июне 2016 года гибель 14 воспитанников детского лагеря «Парк-отель Сямозеро» в Карелии.

Данные вопросы стали в дальнейшем предметом специального обсуждения на самом высоком уровне – на Президиуме Госсовета, в СК, МЧС РФ, Минздраве РФ, Минобрнауки РФ, Роспотребнадзоре России и пр. А в числе ключевых задач было поставлено законодательное обеспечение безопасного, качественного отдыха и оздоровления подрастающего поколения как потенциала общественного здоровья. Было подготовлено поручение Президента сформировать специальную нормативную базу. А отсутствие единого ведомства, отвечающего за проблему, вынудило

¹¹ Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 53 (ч. 1). – Ст. 7598.

¹² Федеральный закон от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 1. – Ст. 48.

полномочия по регулированию всех аспектов организации детского отдыха и координации работы других министерств и ведомств в этой сфере передать Министерству образования и науки России.

Указанные трагические события на летнем отдыхе инициировали принятие специального федерального закона № 465-ФЗ¹³.

Документ существенно изменил трактовку и дополнил прежнюю редакцию статьи 12 закона № 124-ФЗ о гарантиях прав ребенка.

Подробно это было нами рассмотрено ранее [11, с. 36–42].

Следует обратить внимание, что в новой редакции статья 12 закона № 124-ФЗ изложена под названием «Обеспечение прав детей на отдых и оздоровление» и дополнена статьей 12.1, посвященной полномочиям федерального органа исполнительной власти, а также субъектов России. К таким полномочиям на федеральном уровне отнесены, в частности: разработка и реализация основ государственной политики в сфере организации отдыха и оздоровления детей, включая обеспечение безопасности их жизни и здоровья; утверждение примерных положений об организации отдыха детей и их оздоровления.

Заметим, что в данном, основополагающем по правам ребенка законе речь идет об обеспечении безопасности лишь пребывания детей в организациях отдыха и их оздоровления. Правда, как показал анализ, в соответствующих ведомственных документах (Минобрнауки РФ, МВД РФ и иных) имеются рекомендации в части, например, обеспечения безопасности автобусных перевозок, охраны и др. В то же время в законе нет специальной, полагаем, необходимой для включения, статьи о жизнесохранении детей. В ней должны быть учтены основные позиции по многоаспектной проблеме жизнесохранения ребенка и подростка в условиях семьи, неорганизованного отдыха, улицы, образовательной организации (включая уроки физкультуры), при проведении спортивных соревнований, осуществлении досуговой деятельности и пр.

¹³ Федеральный закон от 28 декабря 2016 г. № 465-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части совершенствования государственного регулирования организации отдыха и оздоровления детей» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2017. – № 1 (Ч. 1). – Ст. 6.

Считаем, что при разработке и введении в силу подобной статьи следующим этапом могла бы быть разработка специального федерального закона. Но мы высказываем сложившееся по результатам многолетнего исследования в динамике мнение специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения. Далее дело за юристами.

Не можем не упомянуть и еще один немаловажный аспект, связанный с необходимостью комплексного подхода к решению обсуждаемых проблем. Как свидетельствует анализ, пока в стране еще недостаточно внедряются документы ВОЗ в части привлечения к охране здоровья самого подросткового контингента [12]. Имеются в виду и рекомендации учитывать тот факт, что это – творческие граждане, способные оказать помощь в построении лучшего будущего для всех. И нужно уважать их мнение, право участвовать в решении насущных вопросов. Для этого разработаны соответствующие материалы в рамках «школ здоровья» [13].

Проведенный анализ действующих отечественных правовых актов по проблемам охраны здоровья граждан позволил выявить явно недостаточное внимание законодателя к обеспечению жизнеспособности, прежде всего, в отношении детского населения.

Обобщение и анализ в ходе исследования основных правовых аспектов охраны здоровья показали необходимость усиления государственных мер по обеспечению безопасности жизнедеятельности подрастающего поколения России. Представленные материалы свидетельствуют о важности усиления соответствующих мер государства, его институтов по совершенствованию действующего законодательства в данной области как основы оптимизации (с применением риск-подхода) управленческих решений и организационных технологий принципа предупреждения трагических исходов для ребенка, которые могут межсекторально реализовываться в семье, образовательных организациях.

Отрадно, что сегодня именно не только охрана здоровья, но и защита прав, в данном случае на обеспечение безопасности в различных сферах жизни граждан, включая детское население, стали особо акцентироваться рядом ведомств и организаций в комплексе решения социальных проблем, отражаемых в отдельных материалах, изданиях, например, в обширных докладах Общественной

палаты России и др. [14].

По нашему мнению, нуждаются в пролонгации углубленные научные исследования по обеспечению жизнеспособности детско-подросткового контингента, совершенствование нормативно-правовой базы, включая изучение, обобщение и анализ международного опыта, вкупе с таковым отечественным, накопленного ведомствами, прежде всего федеральными Минздравом, Минобразования, МЧС, МВД, Минкультуры, Минспорта. Необходимо исследовать и тиражировать опыт детских, родительских, молодежных и иных общественных организаций в области межсекторального сотрудничества по обеспечению безопасности жизнедеятельности.

Считаем целесообразным изучить и с экспертных позиций оценить состояние учебно-методического материала для детских образовательных организаций, учебных программ вузов, в первую очередь медицинского и педагогического профилей, иных программ в части обеспечения безопасности жизнедеятельности подрастающего поколения.

Представляется важным, чтобы эти предложения по совершенствованию охраны здоровья и жизни были учтены и в законодательном плане, и в обосновании оптимальных технологий межведомственного взаимодействия, особенно в переживаемый в период 2018-2027 гг. Десятилетия детства.

Назрела необходимость ускорить и рассмотреть Государственной Думой ФС РФ, разработанного Союзом педиатров России, проекта уникального документа – закона об охране здоровья детей, изменение наименования которого вытекает, в том числе, и из представленного выше материала. Целесообразным представляется его название как «Закон об охране здоровья и жизни детей».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин – М.: Союз педиатров России, 2009. – 188 с.
2. Яковлева Т. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи / Т. Яковлева, А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 8 (2). – С. 6–11.
3. Русак О.Н. Безопасность детей как проблема национальной безопасности России / О.Н. Русак // Безопасность жизнедеятельности. – 2017. – № 1. – С. 18–21.
4. Баранов А.А. Проблемы подрастающего поколения / А.А. Баранов // Огонек. – 2018. – № 25. – С. 39–40.
5. Фаррахов А.З. Научное обоснование совершенствования региональной системы охраны здоровья детского населения (комплексное социально-гигиеническое исследование на примере Республики Татарстан): дис. ... д-ра мед. наук / А.З. Фаррахов. – М.: Научный центр здоровья детей, 2014. – 402 с.
6. Чичерин Л.П. Состояние здоровья и образ жизни современных подростков: тенденции, проблемы, пути решения / Л.П. Чичерин, Р.Я. Нагаев, В.О. Щепин, С.Г. Ахмерова. – Уфа: «АИНСИ», 2016. – 164 с.
7. Смертность подростков в Российской Федерации. – М.: «Бэст-принт», 2010. – 61 с.
8. Кузнецова А. О росте числа детских суицидов в России. – URL: <https://ria.ru/20190423/1552967532.html>
9. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М.: МЗ РФ, 2019. – 169 с.
10. Чичерин Л.П. Правовые аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации / Л.П. Чичерин, В.О. Щепин, М.В. Никитин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 11–15.
11. Чичерин Л.П. Современное правовое обеспечение летнего отдыха и оздоровления детей России с позиции безопасности / Л.П. Чичерин, В.О. Щепин, М.В. Никитин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2018. – № 2. – С. 36–42.
12. Навыки, необходимые для здоровья. Образование в области здоровья, основанное на привитии жизненных навыков. – Женева: ВОЗ, 2003. – 126 с.
13. Образование для всех 2000-2015 гг.: достижения и вызовы. Всемирный доклад по мониторингу. – Женева: ВОЗ, 2015. – 500 с.
14. Доклад о состоянии гражданского общества в Российской Федерации за 2018 год. – М.: Общественная палата Российской Федерации, 2018. – 189 с.

REFERENCES

1. Baranov A.A., Lapin Y.E. *State policy in the field of child health protection: issues of theory and practice*. Moscow: Union of Pediatricians of Russia, 2009. 188 p. (in Russian)
2. Yakovleva T., Baranov A. State Policy in the Field of Child Health Protection: Problems and Tasks. *Issues of Modern Pediatrics*, 2009, no. 8 (2), pp. 6–11. (in Russian)
3. Rusak O.N. Safety of Children as a Problem of National Security of Russia. *Safety of Life*, 2017, no. 1, pp. 18–21. (in Russian)
4. Baranov A.A. Problems of younger generation. *Ogoniok*, 2018, no. 25, pp. 39–40. (in Russian)
5. Farrakhov A.Z. *Scientific justification for improving the regional system of health protection of children's population (comprehensive social and hygienic study on the example of the Republic of Tatarstan): Dis. Doc. habil. in Medicine*. Moscow: Children's Health Research Center, 2014. 402 p. (in Russian)
6. Chicherin L.P., Nagayev R.J., Shchepin V.O., Akhmerova S.G. *State of Health and Lifestyle of Modern Teenagers: Trends, Problems, Ways to Solve*. Ufa: AINSY, 2016. 164 p. (in Russian)
7. *Mortality of adolescents in the Russian Federation*. Moscow: "Best-print", 2010. 61 p. (in Russian)
8. Kuznetsova A. *Announced an increase in the number of child suicides in Russia*. URL: <https://ria.ru/20190423/1552967532.html> (in Russian)
9. *The main indicators of maternal and child health, the activities of the child welfare services and obstetric care in the Russian Federation*. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation, 2019. 169 p. (in Russian)
10. Chicherin L.P., Shchepin V.O., Nikitin M.V. Legal Aspects of Protection of Health of Children and Adolescents in the Russian Federation. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*, 2014, no. 3, pp. 11–15. (in Russian)
11. Chicherin L.P., Shchepin V.O., Nikitin M.V. Modern Legal Support of Summer Rest and Health Improvement of Children of Russia from the Position of Safety. *Public Health and Health Care*, 2018, no. 2, pp. 36–42. (in Russian)
12. *Skills Required for Health. Life skills-based health education*. Geneva: WHO, 2003. 126 p. (in Russian)
13. *Education for all 2000-2015: achievements and challenges. World Monitoring Report*. Geneva: WHO, 2015. 500 p. (in Russian)

14. *Report on the status of civil society in the Russian Federation for 2018.* - Moscow: Public Chamber of the Russian Federation, 2018. 189 p. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Чичерин Леонид Петрович – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: leo2506@gmail.com

Щепин Владимир Олегович – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, член-корреспондент Российской Академии Наук, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: shchepin131@mail.ru

Никитин Михаил Владимирович – руководитель научно-клинического филиала Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии, доктор медицинских наук, доктор экономических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vulan2010@mail.ru

AUTHORS

Leonid P. Chicherin – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: leo2506@gmail.com

Vladimir O. Shchepin – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: shchepin131@mail.ru

Mikhail V. Nikitin – Head of the Scientific and Clinical Branch of the National Medical Research Center for Rehabilitation and Resort Science, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Economy, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vulan2010@mail.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.003

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИЛИ С РИСКОМ ЕГО РАЗВИТИЯ

Чих И.Д.^{1,2}, Александрова О.Ю.^{1,2}, Васильева Т.П.², Турсунов Р.А.³

¹ Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

³ Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Ключевые слова

Общественное здоровье, репродуктивный возраст, репродуктивные потери, социально-гигиенический портрет, комплаентность, образ жизни, сахарный диабет, профилактическая информированность.

Аннотация

В статье представлены данные о социально-гигиенических и социально-психологических характеристиках населения репродуктивного возраста с предиабетом, сахарным диабетом 2-го типа и риском его развития. Цель исследования: изучить частоту и структуру различных социально-гигиенических и социально-психологических характеристик у населения репродуктивного возраста с учетом метаболического статуса. Методом выборочного наблюдения исследованы 400 женщин и мужчин репродуктивного возраста (по 100 человек в каждой группе): 1 группа – женщины с отсутствием факторов риска сахарного диабета 2 типа; 2 группа – женщины с наличием факторов риска, но с нормогликемией; 3 группа – пациенты с реализовавшимся риском предиабета; 4 группа – лица с сахарным диабетом 2 типа. Результаты исследования показывают значимость разработки организационных мероприятий по совершенствованию преморбиальной профилактики данной патологии с учетом состояния социально-гигиенического, психологического, общесоматического и репродуктивного статусов; профилактической информированности, комплаентности к профилактике, медицинской активности и образа жизни.

SOCIO-HYGIENIC AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE PERSONS WITH PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS OR AT THE RISK OF ITS PROGRESSION

Chikh I.D.^{1,2}, Alexandrova O.Y.^{1,2}, Vasileva T.P.², Tursunov R.A.³

¹ Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

³ Tajik Research Institute of Preventive Medicine, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Keywords

Diabetes mellitus, reproductive age, reproductive losses, socio-hygienic portrait, compliance, lifestyle, preventive awareness.

Abstract

The article presents data on the socio-hygienic and socio-psychological characteristics of the population of reproductive age with prediabetes, type 2 diabetes mellitus and the risk of its development. Objective: to study the frequency and structure of various socio-hygienic and socio-psychological characteristics in a population of reproductive age, taking into account metabolic status. 400 women and men of reproductive age (100 people in each group) were studied by the method of selective observation: group 1 - women with no risk factors for T2DM; Group 2 - women with risk factors, but with normoglycemia; 3 group - patients with realized risk of prediabetes; Group 4 - individuals with type 2 diabetes. The results of the study show the importance

of developing organizational measures to improve premorbid prevention of this pathology, taking into account the state of socio-hygienic, psychological, somatic and reproductive status; preventive awareness, compliance with prevention, medical activity and lifestyle.

Неуклонное увеличение числа лиц, страдающих сахарным диабетом, сравнение рядом авторов этой ситуации с неинфекционной эпидемией XXI века, заставляет оптимизировать поиск профилактических мероприятий [1; 2, с. 52–60; 3, с. 172–181].

Установленный факт зависимости эффективности профилактики от исходного состояния пациента определяет актуальность исследования его характеристик, в том числе комплаентности пациента и факторов, способствующих ее повышению [4, с. 5–10].

Одной из новых форм в комплексном процессе реабилитации больных сахарным диабетом (далее – СД) является обучение их в специализированных школах [5, с. 4–6; 6]. Обучение, по мнению авторов, улучшает психологический статус пациентов, улучшает их качество жизни [7, с. 76–81]. Создание школ носит массовый характер не только в диабетологии, но и в других областях внутренней медицины. К сожалению, обучение пациентов в этих школах проводится без учета их исходных личностных психологических особенностей. Поэтому трудно оценить эффективность этих школ, так как не учитывается психосоциальный статус пациента, его отношение к окружающему миру в свете своего заболевания.

Целью исследования явилось определение различий частоты и структуры разных социально-гигиенических и социально-психологических характеристик у лиц репродуктивного возраста с учетом их метаболического статуса.

В соответствии с программой комплексного многоэтапного социально-гигиенического исследования проблем профилактики СД у лиц репродуктивного возраста на этом этапе сформирована выборка в репрезентативном объеме ($n=400$; по 100 человек в каждой группе): 1 группа – лица с отсутствием факторов риска сахарного диабета 2 типа (далее – СД2); 2 группа – лица с наличием факторов риска, но с нормогликемией; 3 группа – лица с предиабетом; 4 группа – лица с сахарным диабетом 2 типа.

На данной выборке с учетом метаболического статуса (низкий риск СД2, высокий риск СД2,

предиабет, СД2) проведен сравнительный анализ: социальных, психологических, поведенческих, медико-биологических, репродуктивных характеристик; информированности о риске сахарного диабета. Программа сбора информации включала проведение психологического тестирования, социологического опроса, экспертного тестирования информационной готовности респондентов. Образ и условия жизни исследуемых, уровень знаний и умений о риске и профилактике СД2 оценен на основании информационного тестирования по анкете.

Психологический статус оценен психометрическим методом с применением 5-ти психологических тестов (тест мотивации к успеху, тест стиля личности, тест коммуникабельности, тест-стрессоустойчивости, тест поведения в конфликте). Уровень комплаентности к профилактике сахарного диабета 2 типа оценен по модифицированной, ранее предложенной, тест-карте [8].

При изучении причин снижения эффективности профилактических мероприятий у женщин использован комплекс экспертных карт: «Карта экспертной оценки качества организации профилактики риска развития сахарного диабета», «Карта оценки качества технологии профилактики реализации риска развития сахарного диабета 2-го типа у женщин и мужчин репродуктивного возраста», «Карта оценки результативности профилактики риска развития сахарного диабета у населения репродуктивного возраста». При этом методом социологического опроса оценены причины дефектов со стороны пациента, со стороны врача и со стороны учреждения и выявлены факторы, влияющие на частоту причин дефектов профилактики сахарного диабета со стороны пациента.

Программа обработки проведена с использованием ЭВМ типа Pentium и включала расчет интенсивных показателей, нормирующей величины, нормированных интенсивных показателей, прогностических коэффициентов, графический анализ в группах сравнения, определение достоверности разности различий показателей по критерию t , силы влияния факторов с использо-

ванием метода расчета весовых индексов, прогностической значимости факторов – метода нормирования интенсивных показателей.

Выявлено, что средний возраст пациентов в сравниваемых группах достоверно не отличался и составлял в первой группе – $38,80 \pm 6,24$ г., во второй группе – $39,36 \pm 6,15$ г., в третьей – $38,80 \pm 6,54$ г., в четвертой – $39,20 \pm 6,50$ г. ($p > 0,05$ во всех случаях). При сравнении социального положения установлено, что пациенты всех исследуемых групп достоверно не различались по данным параметрам. Преобладали рабочие и служащие: в первой группе – 87,0%, во второй группе – 86,0%, в третьей группе – 86,0%, в четвертой – 88,0% ($p > 0,05$ во всех случаях). Состояли в браке: в первой группе – 84,0%, во второй группе – 80,0%, в третьей группе – 79,0%, в четвертой группе – 78,0% ($p > 0,05$ во всех случаях).

Большинство пациентов исследуемых групп имели среднее образование: 1 группа – 57,0%, 2 группа – 60,0%, 3 группа – 65,0%, 4 группа – 66,0% ($p > 0,05$ во всех случаях). При сравнении образовательного уровня установлено, что у пациентов 1-ой группы высшее образование встречалось достоверно чаще, чем у пациентов 4-ой группы (22,0% и 1,0%, соответственно, $p < 0,05$).

Анализ социально-экономического положения респондентов показал, что в группе с реализовавшимися факторами риска предиабета, достоверно выше была доля респондентов, отметивших тяжелое материальное положение, чем в группе не имеющих факторов риска (9% против 5%) и плохие бытовые условия (5% против 2%) ($p < 0,05$).

При анализе здоровьесохрительного поведения респондентов установлено, что в 3-ей и 4-ой группах сравнения достоверно чаще, чем в 1-ой и 2-ой группах ($p < 0,05$), отмечалось отсутствие мотивации к занятиям физической культурой (22,0% против 10,0%), отсутствие чередования работы с отдыхом (18,0% против 5,0%), выполнение рекомендаций врачей не в полном объеме (37,0% против 27,0%), привычки к перееданию (23,0% против 6,0%), приему пищи в вечернее время (20,0% против 4,0%), излишнему употреблению сладкого (37,0% против 6,0%), курению (16,0% против 1,0%), злоупотреблению алкоголем (5,0% против 1,0%), работе в ночное время (23,0% против 4,0%), а также воздействию на организм экстремальных для здоровья факторов (32,0% против 6,0%).

Выявлено, что основной причиной отказа от выполнения рекомендаций врачей всех группах является отсутствие авторитета врача (в первой группе – 72,0%, во второй – 65,0%, в третьей – 66,0%, в четвертой – 79,0%). На втором месте стоит причина «отсутствие желания (мотивации)», соответственно: 17,0%, 22,0%, 20,0% и 6,0%. На третьем и четвертом местах пациентами называются причины «отсутствие знаний» и «отсутствие условий для обучения в медицинском учреждении». Таким образом, признаются ведущие роли самого пациента и врача в достижении целей профилактики сахарного диабета.

Проведен анализ результатов самооценки состояния здоровья респондентов. Установлено, что среди пациентов с реализовавшимися факторами риска достоверно выше ($p < 0,05$), чем в первой группе пациентов (без факторов риска), отмечалась низкая самооценка состояния здоровья (4,0% против 1,0%), высокая частота острых и обострения хронических заболеваний в течении года (15,0% против 1,0%), избыток массы тела (39,0% против 2,0%), наличие в анамнезе повышенного артериального давления (25,0% против 2,0%), наличие в анамнезе заболеваний щитовидной железы (30,0% против 3,0%), наличие в анамнезе случаев рождения детей с массой тела 4500 г и более (12,0% против 3,0%).

Анализ репродуктивного здоровья женщин исследуемых групп показал, что средний возраст менархе в 1-ой группе составил $12,95 \pm 0,05$ года, во 2-ой группе – $13,59 \pm 0,31$ года, в 3-ей – $13,34 \pm 0,22$ года, в 4-ой – $13,60 \pm 0,60$ года ($p > 0,05$ во всех случаях). Среди пациенток исследуемых групп становление менархе в большинстве случаев происходило в возрасте до 14 лет: 1-ая группа – 93,0%, 2-ая группа – 84,0%, 3-ья группа – 83,0%, в 4-ой 81,0%, соответственно позднее менархе (старше 15 лет) выявлено в 1-ой группе у 7,0% пациенток, во 2-ой группе у 16,0%, в 3-ей – у 17,0%, у 4-ой – у 19,0% ($p > 0,05$ во всех случаях). При анализе особенностей менструальной функции установлено, что у пациенток 4-ой группы достоверно чаще имело место нарушение менструальной функции по сравнению с женщинами первой группы (4-ая группа: 64,0 против 1-ой 23,0%; ОР 2,74; 95% ДИ 1,41-5,33, $p < 0,001$). Пациентки 3-ей группы достоверно чаще имели в анамнезе самопроизвольные аборты, чем пациентки 1-ой группы (45,0 против 6,0%; ОР 6,75;

95% ДИ 1,74–26,20; $p < 0,001$).

Проведен анализ социально-психологического статуса женщин и мужчин репродуктивного возраста, имеющих разный уровень риска развития сахарного диабета. Установлено, что среди опрошенных с реализовавшимися факторами риска достоверно выше ($p < 0,05$), чем в 1-ой группе пациентов (без факторов риска) отмечался низкий уровень коммуникабельности пациентов (11,0%, против 7,0%), низкий уровень устойчивости к стрессам (21,0% против 3,0%), второстепенное отношение к ценности «здоровье» (32,0% против 5,0%), использование тактики «противоборство в конфликтной ситуации» (20,0% против 6,0), эгоистическая направленность во взаимоотношениях между людьми (45,0% против 21,0%).

Оценка по методике определения относительного риска характеристик, имеющих достоверные различия в группах сравнения, показала, что значимыми по отношению к вероятности реализации риска предиабета являются такие, как: «тяжелое материальное положение» (ОР=2,1), «плохие бытовые условия», отсутствие мотивации к занятиям физической культурой (ОР=2,2), отсутствие чередования работы с отдыхом (ОР=3,3), невыполнение рекомендаций врачей в полном объеме (ОР=1,5), привычки к перееданию (ОР=3,9), приему пищи в вечернее время (ОР=5,0), излишнему употреблению сладкого (ОР=6,1), курению (ОР=16,0), злоупотреблению алкоголем (ОР=5,0), работа в ночное время (ОР=7,9). Отмечается воздействие на организм экстремальных для здоровья факторов (ОР=5,3), низкая самооценка состояния здоровья (ОР=4,0), высокая частота острых и обострения хронических заболеваний в течение года (ОР=15,0), избыток массы тела (ОР=19,0), наличие в анамнезе повышенного артериального давления (ОР=12,5), заболеваний щитовидной железы (ОР=10,0), случаев рождения детей с массой тела 4500 г и более (ОР=4,0).

Среди психологических факторов наибольший относительный риск имелся по фактору «низкий уровень устойчивости к стрессам» (ОР=7,0) и «второстепенное отношение к ценности «здоровье» (ОР=6,4). По фактору «низкий уровень коммуникабельности пациентов» он составил 1,7, по фактору «использование тактики «противоборство в конфликтной ситуации» – 3,3 и по фактору «эгоистическая направленность во взаимоотношениях между людьми» – 2,2. Отме-

чена высокая значимость факторов «авторитет врача» в выполнении профилактических рекомендаций и «желание самого пациента». Анализ комплаентности пациентов проводился с учетом 4 критериев: уровня мотивации к успеху (высокая, средняя, низкая), участие в образовательных программах (не участвует, участвует редко, участвует во всех мероприятиях), ведение дневника самонаблюдения (не ведется, ведется не всегда, ведется четко), выполнение рекомендаций врача (регулярно в полном объеме; регулярно, но не в полном объеме; в большей части не выполняются).

Установлено, что основная часть, 64,5% пациентов, имели средний уровень комплаентности (средний уровень мотивации к успеху, редкое участие в образовательных программах, дневник самонаблюдения ведется не всегда, выполнение рекомендаций врача осуществляется регулярно, но не в полном объеме), только 32,4% – высокий уровень комплаентности и 3,1% – низкий уровень ($p < 0,05$). Рассмотрены 7 компонентов комплаентности пациентов репродуктивного возраста к участию в профилактике риска развития сахарного диабета в зависимости от уровня риска развития сахарного диабета и его реализации. Установлено, что по уровню снижения компоненты комплаентности распределились следующим образом: первый ранг – комплаентность к мероприятиям по контролю и снижению лишнего веса, второй ранг – достаточной физической активности, третий ранг – рациональному питанию, четвертый ранг – научению навыкам самоконтроля сахара, пятый ранг – антистрессовому поведению, шестой ранг – дисциплине своевременных явок на профилактическое обследование, седьмой ранг – сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций, восьмой ранг – отказу от курения и злоупотреблению алкоголем.

Установлены достоверные различия в группах пациентов с факторами риска развития диабета и пациентами с уже развившимся заболеванием по частоте следующих компонентов комплаентности: к обучению навыкам самоконтроля сахара крови (97,0% против 71,0%) (ОР=1,3); сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций (63,0% против 57,0%) (ОР=1,2), дисциплине своевременных явок на профилактическое обследование (74,0% против 68,0%) (ОР=1,2), отказу от курения и злоупотребления алкоголем (44,0% против 35,0%) (ОР=1,2) ($p < 0,05$). Установлено,

что имеется сильная корреляционная связь между ранней реализацией риска развития сахарного диабета и 24 факторами, характеризующими пациента, ведущими из которых являются: медицинская информированность (10%), соматическое и репродуктивное здоровье (5%), психологический статус (10%), условия и образ жизни (50%), комплаентность (25%).

При этом ведущими факторами снижения комплаентности пациентов являются: более молодой возраст, мужской пол, низкий уровень медицинской информированности, медицинской

активности и конфликтность, а также фактор авторитета врача и мотивация к сохранению здоровья у самого пациента.

Таким образом, полученные данные о различиях характеристик лиц, имеющих разный метаболический статус, и влиянии некоторых из них на раннюю реализацию риска сахарного диабета являются обоснованием целесообразности учета этих факторов при планировании профилактических мероприятий у населения репродуктивного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сабгайда Т.П. Тенденция смертности Российского населения от сахарного диабета / Т.П. Сабгайда, Д.О. Рошин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 5
2. Чих И.Д. Частота риска развития сахарного диабета у лиц репродуктивного возраста и его роль в развитии репродуктивных потерь / И.Д. Чих, Д.Л. Мушников, Т.П. Васильева, Р.А. Турсунов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2019. – № 3 (342). – С. 52–60.
3. Турсунов Р.А. Факторы риска развития сахарного диабета – как важный аспект хронических неинфекционных заболеваний / Р.А. Турсунов, Ш.З. Шарипов, И.С. Бандаев [и др.] // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2019. – Т. 18. – № 2. – С. 172–181.
4. Тихонов М.Ю. Потребительский ресурс качества медицинских услуг и пути его улучшения / М.Ю. Тихонов, В.М. Куksenko, О.Н. Песикин [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2013. – Т. 18. – № 3. – С. 5–10.
5. Суркова Е.В. Роль программ обучения в лечении больных сахарным диабетом II типа / Е.В. Суркова, М.Б. Анциферов // Проблемы эндокринологии. – 1995. – № 6. – С. 4–6.
6. Дедов И.И. Обучение больных сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.Б. Анциферов, Г.Р. Галстян [и др.]. – М.: Берг, 1999. – 304 с.
7. Рошин Д.О. Уровень знаний о сахарном диабете среди различных групп населения / Д.О. Рошин, Т.П. Сабгайда // Профилактическая медицина. – 2014. – № 5. – С. 76–81.
8. Батыгина Т.Н. Пути оптимизации работы городского специализированного амбулаторного лечебно-консультативно-диагностического эндокринологического центра при многопрофильной больнице: автореф ... дис. канд. мед. наук / Т.Н. Батыгина. – Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2008. – 24 с.

REFERENCES

1. Sabgaida T.P., Roshchin D.O. The trend of mortality of the Russian population from diabetes mellitus. *Social aspects of public health*, 2014, no. 5. (in Russian)
2. Chikh I.D., Mushnikov D.L., Vasiliev T.P., Tursunov R.A. The frequency of the risk of developing diabetes in people of reproductive age and its role in the development of reproductive losses. *Health of Tajikistan*, 2019, no. 3 (342), pp. 52–60. (in Russian)
3. Tursunov R.A., Sharipov Sh.Z., Bandaev I.S. [et al.] Risk factors for the development of diabetes mellitus as an important aspect of chronic noncommunicable diseases. *Bulletin of the Smolensk Medical Academy*, 2019, vol. 18, no. 2, pp. 172–181. (in Russian)
4. Tikhonov M.Yu., Kuksenko V.M., Pesikin O.N. [et al.] Consumer resource of the quality of medical services and ways to improve it. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*, 2013, vol. 18, no. 3, pp. 5–10. (in Russian)
5. Surkova E.V., Antsiferov M.B. The role of training programs in the treatment of type II diabetes patients. *Problems of endocrinology*, 1995, no. 6, pp. 4–6. (in Russian)
6. Dedov I.I., Antsiferov M.B., Galstyan G.R. [et al.] *Education of patients with diabetes mellitus*. Moscow: Berg, 1999. 304 p. (in Russian)
7. Roshchin D.O., Sabgaida T.P. The level of knowledge about diabetes among various population groups. *Preventive medicine*, 2014, no. 5, p. 76–81. (in Russian)
8. Batygina T.N. *Ways to optimize the work of the city specialized outpatient medical consultative endocrinological center at a multidisciplinary hospital. Abstract ... diss. PhD in Med.* Ivanovo: Ivanovo State Medical Academy, 2008. 24 p. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Чих Ирина Дмитриевна – заместитель главного врача по клинико-диагностической работе, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: ichikh72@mail.ru

Александрова Оксана Юрьевна – заместитель директора по научной работе, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко; заместитель директора по учебной работе, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: aou18@mail.ru

Васильева Татьяна Павловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vasileva_tp@mail.ru

Турсунов Рустам Абдусаматович – старший научный сотрудник, Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», кандидат медицинских наук, г. Душанбе, Республика Таджикистан; e-mail: ichikh72@mail.ru

AUTHORS

Irina D. Chikh – Deputy Chief Physician for clinical work, Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute; Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: ichikh72@mail.ru

Oksana Y. Alexandrova – Deputy Director for Research Work, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health; Deputy Director for Academic Affairs, Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: aou18@mail.ru

Tatyana P. Vasilyeva – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vasileva_tp@mail.ru

Rustam A. Tursunov – Senior Researcher, Tajik Research Institute of Preventive Medicine, PhD in Medicine, Dushanbe, Republic of Tajikistan; e-mail: ichikh72@mail.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.004

ОЦЕНКА РИСКА КАК КРИТЕРИЙ В СИСТЕМЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Ситдикова И.Д.¹, Мингазова Э.Н.², Мешков А.В.¹, Гуреев С.А.²

¹ Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Российская Федерация

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова

Неканцерогенный риск, индекс опасности, качество воды, степень загрязнения, анкетирование, интервьюирование.

Аннотация

Целью проведенного авторами социально-гигиенического исследования было выявление в среде обитания химических факторов, являющихся потенциально опасными для жизни и здоровья детского и взрослого населения, проживающего в радиусе 4800 метров от промышленного предприятия в крупном промышленном городе, при поступлении различными путями (комбинированно) и оценка риска нарушений здоровья людей различной степени тяжести при воздействии неканцерогенных химических веществ. Изучено качество трех объектов среды обитания населения, проживающего в крупном промышленном городе (атмосферный воздух, почва и вода хозяйственно-питьевого назначения). Определено содержание и количество химических веществ в среде обитания населения, проживающего вблизи от промышленных предприятий. Дан анализ результатов выполненных расчетов индексов опасности с учетом которых выделены определенные значения риска развития неканцерогенных эффектов агрессивного воздействия химических соединений, оказывающих комбинированное и комплексное влияния. Неканцерогенный риск определяется как показатель ожидаемого роста заболеваемости населения за счет токсических свойств посторонних химических веществ в исследуемых объектах окружающей среды.

RISK ASSESSMENT AS A CRITERION IN A SYSTEM OF PUBLIC HEALTH INDICATORS

Sitdikova I.D.¹, Mingazova E.N.², Meshkov A.V.¹, Gureev S.A.²

¹ Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russian Federation

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords

Non-carcinogenic risk, hazard index, water quality, pollution degree, questioning, interviewing.

Abstract

The main objective of our socio-hygienic study was to identify chemical factors in the environment that are potentially hazardous to the life and health of children and adults living in a radius of 4800 meters from an industrial enterprise in a large industrial city when received in different ways (combined) and assess the risk of violations human health of varying severity when exposed to non-carcinogenic chemicals. The quality of three habitats of the population living in a large industrial city (atmospheric air, soil and drinking water) was studied. The content and quantity of chemicals in the environment of the population living near industrial enterprises is determined. An analysis is made of the results of the calculations of hazard indices (HI), taking into account the values of which certain values of the risk of developing non-carcinogenic effects of aggressive effects of chemical compounds that have combined and complex effects are identified. Non-carcinogenic risk is defined as an indicator of the expected increase in the incidence of the population due to the toxic properties of foreign chemicals in the studied environmental objects.

В последние годы многие авторы отмечают резкое ухудшение качества потребляемой населением водопроводной воды и присутствие в атмосферном воздухе посторонних раздражающих запахов [1, с. 122–133; 2, с. 68–76; 3]. При этом также отмечается, что во многих крупных городах качество водопроводной воды практически не достигает минимальных нормативов соответствия чистоты потребляемой воды. Потребление некачественной воды и присутствие в атмосферном воздухе посторонних раздражающих запахов в свою очередь приводит к значительному ухудшению самочувствия, ухудшению здоровья и резкому повышению заболеваемости среди населения (значительно увеличивается риск инфекционных заболеваний, риск обострения хронических заболеваний и риск возникновения онкологических заболеваний среди населения) [2, с. 68–76; 3].

На II конференции ООН по окружающей среде и развитию (Рио-де-Жанейро, июнь 1992 г.) было отмечено, что человечество находится на грани возможной экологической катастрофы [4, с. 7].

Нами было проведено социально-гигиеническое исследование с целью выявления воздействия атмосферного воздуха, водопроводной воды и почвы различной степени загрязнения на детское и взрослое население, проживающее в районе функционирования промышленных предприятий крупных промышленных городов (в радиусе 4800 метров от крупного химического предприятия). Для проведения исследований был выбран район, наиболее насыщенный различными промышленными предприятиями (с преобладанием химических предприятий) [5, с. 33–34].

При проведении аналитической части исследования учитывались такие факты как возраст респондентов, гендерная принадлежность, продолжительность проживания в исследуемом районе, миграция в течение года (время отсутствия в районе проживания в течении года и продолжительность отсутствия в проживаемом районе в течении суток). Учитывались время контакта с почвой и водой (с учетом сезона); время, проводимое в помещении; время, проводимое на открытом воздухе.

В зависимости от отдаленности и географического расположения от самого крупного химического завода города, исследуемый нами район в радиусе 4800 метров был условно разделен на 5 зон.

Нами проведено исследование 1400 человек детского и взрослого населения, проживающего в крупном промышленном городе в районе радиуса 4800 метров от промышленного предприятия. В ходе проведения технической части исследования были использованы разработанные для данного исследования анкеты и опросники (специализированные для детского и взрослого населения). Проведен сбор данных в трех объектах среды обитания населения (в атмосферном воздухе, почве и водопроводной воде) химических веществ, способных потенциально опасно или отрицательно воздействовать на здоровье проживающего в исследуемом районе детского и взрослого населения. Проводились лабораторные исследования, отобранных в исследуемом районе, образцов на содержание химических веществ. По результатам сопоставления статистической обработки данных, полученных путем анкетирования и интервьюирования детского (в присутствии родителей или опекунов) и взрослого населения с результатами лабораторных данных о содержании химических веществ в атмосферном воздухе, почве и водопроводной воде, проведена оценка риска для здоровья населения проживающего в исследуемом районе. Был оценен канцерогенный и неканцерогенный риск химических веществ, обнаруженных в воде хозяйственно-питьевого назначения, почве и атмосферном воздухе исследуемого района.

Проведен статистический анализ опасности в нынешних условиях для детского и взрослого населения с учетом содержания в воздухе химических веществ, а также был составлен перечень основных химических соединений, определенных в рамках проводимого постоянного регулярного контроля и дана оценка существующих рисков [6, с. 51–57].

В частности, проведена оценка риска воздействия на здоровье населения потенциально опасных химических веществ, обнаруженных в исследуемом районе, с учетом степени концентрации химических веществ в атмосферном воздухе, водопроводной воде и почве. Учтены пути воздействия на человека обнаруженных токсических химических веществ и их миграция в исследуемых объектах окружающей среды.

В проведенном нами исследовании риск рассматривался как вероятность развития неблагоприятных для здоровья, проживающего в исследуемом районе населения, последствий техногенного загрязнения исследуемых трех объектов

окружающей среды.

Риск развития неканцерогенных эффектов проведен по следующей формуле: $HQ = AD / RfD$ или $HQ = AC / RfC$, где HQ – это коэффициент опасности; AD – средняя доза, мг/кг; RfD – референтная (безопасная) доза, мг/кг; AC – средняя концентрация, мг/м³; RfC – референтная (безопасная) концентрация, мг/м³ [7; 8, с. 347–351].

Для условий одновременного поступления в организм человека нескольких токсических веществ из окружающей среды одинаковым путем, индекс опасности определялся по формуле: $HI = \sum HQ_i$.

При условии комплексного поступления химического вещества одновременно несколькими путями, критерием риска являлся суммарный индекс опасности, который рассчитывался по формуле: $THI = \sum HQ_j$.

При проведении оценки риска (расчет индексов опасности) для неканцерогенных эффектов выбран подход по оценке аддитивности (суммации) рисков.

Оценка неканцерогенного риска для хронического поступления химических веществ ингаляционным путем в данном исследовании была проведена для 40 веществ, обнаруженных в выбросах основной промышленной площадки; а также химических веществ, содержащихся в выбросах базисного склада СУС и приоритетных по влиянию на здоровье населения, выявленных по результатам ранжирования на этапе «Идентификация опасности».

Лидирующее место в формировании индивидуальных неканцерогенных рисков в жилой зоне занимал этилен (вклад от 80,42 до 85,06% в зависимости от удаленности от промышленного предприятия). На втором месте стояла смесь углеводородов пред. С1-С5 по пентану (вклад от 51,89 до 56,61%).

Исследование показало, что для зоны номер один исследуемого района преимущественным является ингаляционный путь. Суммарный неканцерогенный риск из атмосферного воздуха по бензолу, эпоксиэтану, хрому VI и дивинилу, составили $6,69 \times 10^{-5}$.

Анализ оценки хронического неканцерогенного риска при использовании ПДКсс определил более низкое значение, чем при использовании RfC. Выявленные значения при чрезкожном поступлении химических веществ были существенно ниже допустимых уровней.

Для приоритетных соединений (кальций, железо, хлор остаточный связанный, нитриты, нитраты и нефтепродукты) при кожной экспозиции риски не представилось возможным рассчитать по причине отсутствия коэффициента распределения октанол/вода (Kow). В связи с этим нам не удалось рассчитать среднесуточную дозу поступления указанных химических веществ при кожном поступлении с водой хозяйственно-питьевого назначения.

Значения неканцерогенных рисков при пероральном поступлении с водой хозяйственно-питьевого назначения, полученные при проведенном нами исследовании, оказались значительно ниже допустимых (допустимое равно 1,0). Значения следующие: для хлороформа ($HQ = 0,149$), аммиака ($HQ = 0,019$), свинца ($HQ = 0,009$), кадмия ($HQ = 0,005$), цинка ($HQ = 0,0003$), фторидов ($HQ = 0,34$), меди ($HQ = 0,01$), алюминия ($HQ = 0,007$), нефтепродуктов ($HQ = 0,009$), хлора остаточного связанного ($HQ = 0,209$), нитритов ($HQ = 0,028$), кальция ($HQ = 0,058$), железа ($HQ = 0,009$).

Анализ оценки хронического неканцерогенного риска, при использовании ПДКсс, выявил, что значения коэффициентов опасности (HQ) по приоритетным соединениям соответствуют допустимым уровням на территориях всей жилой зоны исследуемого нами района с учетом фона. Причем анализ результатов показал, что риски ниже, чем при использовании RfC. Результаты распределения концентраций химических веществ, полученные во время проведенного исследования в жилой зоне, позволяющая сделать вывод, что их величины не превышают соответствующие ПДКсс.

Проведенные исследования показали, что суммарный неканцерогенный риск при многосредовом воздействии соответствуют верхней границе приемлемого риска. Уровень показателей, полученных при проведенном исследовании, подлежат постоянному контролю.

Результаты оценки хронического неканцерогенного риска показали, что количественные характеристики коэффициентов опасности (HQ) по приоритетным соединениям не превышают допустимые уровни на территориях исследуемой зоны с учетом фона.

В исследуемом районе, в зоне наиболее приближенной к промышленному предприятию, неканцерогенный риск по этилену составляет $HQ=1,0$.

Как показали проведенные расчеты индексов

опасности (HI), существует вероятность развития хронических эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы (HI до 1,59 – с учетом фона, до 1,54 – без учета фона), системы крови (HI до 1,47 – с учетом фона, до 1,43 – без учета фона), иммунной системы (HI до 1,31 – с учетом фона, до 1,23 – без учета фона). Вместе с тем, расчеты индексов опасности (HI) определяют допустимую вероятность развития хронических воздействий на репродуктивную систему (HI до 0,69), процессы развития организма (HI до 0,53). Вероятность развития хронических эффектов со стороны печени (HI до 0,22), почек (HI до 0,17), глаз (HI до 0,07), гормональной системы (HI до 0,0002).

Результаты исследований показали, что коэффициенты опасности (HQ) и суммарный риск (HI) в жилой зоне при наличии выбросов предприятий не превышают допустимые уровни. Вероятность возникновения хронических патологических эффектов со стороны костной системы, зубочелюстной системы, системы крови, печени, слизистых оболочек, ЦНС, гормональной системы, биохимических изменений в организме, нервной системы, процессов развития, репродуктивной, иммунной систем, а также со стороны желудочно-кишечного тракта, при употреблении населением изучаемой территории воды хозяйственно-питьевого назначения, не превышает предельно допустимые уровни риска.

Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что концентрация химических веществ в исследуемых объектах окружающей среды уменьшается в зависимости от удаленности от промышленного предприятия. В атмосферном воздухе концентрация химических веществ так же зависит от направления ветра. Данные показатели дают основание утверждать, что проведенное нами исследование достоверно доказывает – источником приоритетных загрязнителей исследуемого района является завод нефтехимического профиля.

Риск развития неканцерогенного эффекта на исследуемой территории (с учетом фонового загрязнения атмосферного воздуха) формируются от 17 приоритетных загрязнителей. Лидирующее место среди аэрополлютантов, формирующих индивидуальный неканцерогенный риск, в исследуемой территории занимает этилен.

В исследуемом нами районе суммарный неканцерогенный риск из атмосферного воздуха по этилену не превышает верхней границы приемле-

мого риска и подлежит постоянному контролю.

Уровень канцерогенных рисков при пероральном поступлении кадмия, хлороформа, свинца с водопроводной водой соответствуют второму диапазону системы критериев приемлемости риска, что соответствует предельно-допустимому риску (верхней границе приемлемого риска) и подлежат постоянному контролю.

Таким образом, оценка хронического неканцерогенного риска при использовании ПДКсс показала, что значения коэффициентов опасности (HQ) по приоритетным соединениям (с учетом фона), не превышают допустимый уровень по всей территории исследуемого района.

В последние годы многие авторы отмечают в своих работах значительный рост заболеваемости детского и взрослого населения, проживающего на территориях, расположенных вблизи крупных промышленных предприятий (с вредными выбросами в атмосферный воздух окружающей среды и водоемы). Присутствие тяжелых металлов в почве и потребляемой населением воде стала экологической проблемой крупных городов с промышленными предприятиями [9 с. 43–48]. Для снижения риска развития неканцерогенного эффекта необходимо строго контролировать и регулировать выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух.

Для снижения риска развития неканцерогенных эффектов детского и взрослого населения, проживающего в радиусе 4800 метров от крупных промышленных предприятий, связанных с содержанием в питьевой воде вредных химических веществ, рекомендовано использование бутылированной воды и использование фильтров высокой очистки и биофильтров для очистки воды хозяйственно-питьевого назначения [10, с. 39–47].

Для снижения риска развития неканцерогенных эффектов от поступления тяжелых металлов из почвы накожным путем, рекомендовано ограничить контакт с почвой, выезд детского и взрослого населения в экологически благополучные районы.

Необходимо проводить регулярный контроль концентрации химических веществ в объектах окружающей среды (атмосферном воздухе, почве, водопроводной воде) и не допускать превышения допустимого уровня (показатели должны быть на допустимом уровне или ниже RfCi).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артемьева А.А. Оценка риска развития неканцерогенных эффектов для здоровья населения, связанного с загрязнением подземных вод в районах нефтедобычи / А.А. Артемьева // Вестник Удмуртского университета. – 2015. – Т. 25. – № 1. – С. 122–133.
2. Okou G.M. Influence of Urban Pollution on the Water Quality of the Groundwater of Six Municipalities of Abidjan / G.M. Okou, M.-J.A. Ohou-Yao, D.G. Ahoulé [и др.] // American Journal of Environmental Protection. – 2018. – Vol. 6. – № 3. – P. 68–76.
3. Федотов Ю.Д. Социально-экологическая оценка качества жизни населения региона (на примере Республики Мордовия): автореф ... дис. канд. соц. наук / Ю.Д. Федотов. – Саранск: Мордовский государственный университет, 2000. – 20 с.
4. Рахманин Ю.А. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду / Ю.А. Рахманин, С.М. Новиков, Т.А. Шашина, С.И. Иванов. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. – 143 с.
5. Камалетдинова А.А. Социально-гигиенические исследования в области медицинской экологии / Камалетдинова А.А., Ситдикова И.Д., Япарова А.В. [и др.] // Окружающая среда и здоровье населения. – Казань: Казанская государственная медицинская академия, 2018. – С. 33–34.
6. Лунева Е.В. Оценка состояния окружающей среды на территории радиационно-опасного объекта перед пуском в эксплуатацию / Е.В. Лунева, Т.Н. Лашенова, И.П. Коренков [и др.] // АНРИ. – 2015. – № 4. – С. 51–57.
7. Критерии оценки риска для здоровья населения приоритетных химических веществ, загрязняющих окружающую среду. Методические рекомендации. – М.: Центр Госсанэпиднадзора, 2004. – URL: <https://base.garant.ru/4181873/>
8. Галимова А.Р. Оценка риска потребления водопроводной питьевой воды по зонам в г. Казани установленного катионного состава / А.Р. Галимова, Ю.А. Тунакова // Вестник Казанского технологического университета. – 2014. – С. 347–351.
9. Ахтямова Л.А. Комплексная оценка риска здоровью населения в зоне влияния выбросов химического производства / Л.А. Ахтямова, И.Д. Ситдикова, А.В. Мешков [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. – 2018. – № 9 (306). – С. 43–48.
10. Orha C. Simultaneous removal of humic acid and arsenic (III) from drinkingwater using TiO₂-powdered activated carbon / C. Orha, C. Lazau, R. Pode, F. Mane // Journal of Environmental Protection and Ecology. – 2018. – Vol. 19. – № 1. – P. 39–47.

REFERENCES

1. Artemyeva A.A. Risk assessment of the development of non-carcinogenic effects on public health associated with groundwater pollution in oil production areas. *Bulletin of Udmurt University*, 2015, vol. 25, no. 1, pp. 122–133. (in Russian)
2. Okou G.M., Ohou-Yao M.-J.A., Ahoulé D.G. [et al.] Influence of Urban Pollution on the Water Quality of the Groundwater of Six Municipalities of Abidjan. *American Journal of Environmental Protection*, 2018, vol. 6, no. 3, pp. 68–76.
3. Fedotov Yu.D. *Socio-ecological assessment of the quality of life of the population of the region (on the example of the Republic of Mordovia): Abstract ... diss. PhD in Soc.* Saransk: Mordovian State University, 2000. 20 p. (in Russian)
4. Rakhmaninov Yu.A., Novikov S.M., Shashina T.A., Ivanov S.I. *Guidelines for assessing public health risk when exposed to chemicals that pollute the environment.* Moscow: Federal Center for State Sanitary and Epidemiological Supervision, 2004. 143 p. (in Russian)
5. Kamaletdinova A.A. et al. Social and hygienic studies in the field of medical ecology. *Environment and public health.* Kazan: Kazan State Medical Academy, 2018, pp. 33–34. (in Russian)
6. Luneva E.V. et al. Assessment of the state of the environment in the territory of a radiation-hazardous facility before commissioning. *ANRI*, 2015, no. 4, p. 51–57. (in Russian)
7. *Criteria for assessing the risk to public health of priority chemicals polluting the environment. Guidelines.* Moscow: Federal Center for State Sanitary and Epidemiological Supervision, 2004. URL: <https://base.garant.ru/4181873/> (in Russian)
8. Galimova A.R., Tunakova Yu.A. Assessment of the risk of drinking tap water consumption by zones in the city of Kazan of the established cationic composition. *Bulletin of Kazan Technological University*, 2014, pp. 347–351. (in Russian)
9. Akhtyamova L.A., Sitdikova I.D., Meshkov A.V. et al. Comprehensive assessment of public health risk in the zone of influence of emissions from chemical production. *Public health and Environment*, 2018, no. 9 (306), pp. 43–48. (in Russian)
10. Orha C., Lazau C., Pode R., Mane F. Simultaneous removal of humic acid and arsenic (III) from drinkingwater using TiO₂-powdered activated carbon. *Journal of Environmental Protection and Ecology*, 2018, vol. 19, no. 1, pp 39–47.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Ситдикова Ирина Дмитриевна – профессор кафедры, Казанский (Приволжский) федеральный университет, доктор медицинских наук, профессор, г. Казань, Российская Федерация; e-mail: sar1002@mail.ru

Мингазова Эльмира Нурисламовна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Мешков Андрей Владимирович – докторант, Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Российская Федерация; e-mail: 3hospital_f1@mail.ru

Гуреев Сергей Александрович – аспирант, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: gur.serg1987@gmail.com

AUTHORS

Irina D. Sitdikova – Professor of the department, Kazan (Volga region) Federal University, Doctor habil. in Medicine, Professor, Kazan, Russian Federation; e-mail: sar1002@mail.ru

Elmira N. Mingazova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Andrey V. Meshkov – Doctoral student, Kazan (Volga region) Federal University, PhD in Medicine, Kazan, Russian Federation; e-mail: 3hospital_f1@mail.ru

Sergey A. Gureev – PhD student, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: gur.serg1987@gmail.com

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.005

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К САМОЛЕЧЕНИЮ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Федяева А.В.¹, Черкасов С.Н.¹, Олейникова В.С.¹

¹ *Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова

Старшее поколение, здоровье населения, детерминанты здоровья.

Аннотация

Цель исследования: провести анализ распространенности самолечения в старших возрастных группах. Для достижения поставленной цели был проведен анализ результатов анонимного анкетирования 1045 человек в возрасте шестьдесят и более лет. В анкету были включены вопросы, касающиеся возможности самолечения и соблюдения рекомендаций врача по кратности, регулярности посещений и приему лекарственных средств. В результате получены данные о том, что в старших возрастных группах достаточно широко распространена практика самолечения, как среди мужчин, так и среди женщин, но с увеличением возраста «строгих» приверженцев метода самолечения становится меньше. Факультативное использование методов самолечения при состояниях, которые, по их мнению, не требовали обращения за квалифицированной медицинской помощью практикует более половины мужчин и женщин старших возрастных групп. Если исключить тех респондентов, которые признались в том, что всегда или хотя иногда занимались самолечением и, соответственно, не могли и не хотели тщательно выполнять назначения врача, то среди оставшихся почти треть опрошенных признавались в нарушении данных им рекомендаций при оказании медицинской помощи. Женщины были более ответственны, однако 20-26% опрошенных не выполняли данные им рекомендации в полном объеме.

ADHERENCE TO SELF-MEDICATION IN OLDER AGE GROUPS

Fedyayeva A.V.¹, Cherkasov S.N.¹, Oleynikova V.S.¹

¹ *V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation*

Keywords

Older generation, population health, determinants of health.

Abstract

We set a goal to analyze the prevalence of self-treatment in older age groups. To achieve this goal, the results of an anonymous survey of 1045 persons of study age were analyzed. The questionnaire included questions about the possibility of self-treatment and compliance with the doctor's recommendations on the frequency, regularity of visits and taking medicines. As a result, there is evidence that in older age groups, the practice of self-treatment is quite widespread, both among men and women, but with increasing age, «strict» adherents of the method of self-treatment becomes less. Optional use of self-treatment methods for conditions that, in their opinion, do not require access to qualified medical care is practiced by more than half of men and women of older age groups. If we exclude those respondents who admitted that they always or at least sometimes self-medicate and, accordingly, can not and do not want to carefully carry out doctor's appointments, then among the remaining almost a third of respondents admitted that they violated the recommendations given to them in the provision of medical care. Women were more responsible, but 20-26% of respondents did not fully implement their recommendations.

Использование в моделировании общественного здоровья детерминант здоровья можно рассматривать как перспективное направление, которое дополняет факторную теорию обусловленности общественного здоровья [1, с. 3–5; 2, с. 764–771; 3, с. 625–643; 4, с. 1–12; 5, с. 6–11; 6, с. 179–185; 7, с. 4–8; 8, с. 138–145]. Результаты исследований позволяют сделать заключение о том, что большинство представителей старшего поколения признают за собой первостепенную ответственность за состояние здоровья. Женщины в целом более ответственно относятся к своему здоровью, реже перекладывая ответственность на государство и систему здравоохранения.

Было показано, что признание ответственности за свое здоровье влияет на показатели самооценки здоровья в старших возрастных группах, однако механизмы такого влияния не ясны [9, с. 40–43]. Можно предположить, что изменение поведения человека приводит в итоге к более высоким показателям здоровья и, как следствие, более высоким оценкам своего здоровья [10, с. 326–333; 11, с. 57–60]. Одной из моделей поведения, на которую может воздействовать факт признания ответственности за свое здоровье является ответственное поведение в роли пациента. Самолечение, игнорирование рекомендаций врача, рассматривается как негативная форма поведения, которая может оказывать непосредственное влияние на здоровье человека и как маркер других форм негативного поведения. Понимание степени распространенности такого явления как самолече-

ние – актуальная задача общественного здоровья.

Цель исследования: провести анализ распространенности самолечения в старших возрастных группах.

С указанной целью нами был проведен анализ результатов анонимного анкетирования 1045 человек в возрасте шестидесяти лет и старше. В анкету были включены вопросы, касающиеся возможности самолечения и соблюдения рекомендаций врача по кратности, регулярности посещений и приему лекарственных средств.

В результате исследования получены данные о достаточно широкой распространенности практики самостоятельного назначения лекарственных препаратов среди лиц старших возрастных групп независимо от гендерной принадлежности.

Из данных, представленных на рисунке 1, следует, что более четверти опрошенных мужчин в возрасте 60–64 года практикуют методы самолечения во всех случаях, а к врачам обращаются только в исключительных случаях. Еще около половины опрошенных мужчин данной возрастной группы сами выделяют состояния, при которых, по их мнению, не следует обращаться к врачу. Следовательно, практически три четверти опрошенных мужчин в возрасте 60–64 года вполне допускают использование методов самолечения.

Более старшие мужчины осторожнее относятся к методу самолечения и используют его реже. Так, только пятая часть мужчин в возрасте 65–69 лет практикуют методы самолечения во всех случаях, а в самой старшей возрастной

группе (70 лет и старше) – только 11,3% опрошенных. Однако около половины всех опрошенных в этих возрастных группах используют методы самолечения при некоторых, с их точки зрения, неопасных состояниях, таких как «простудные» заболевания, обострение хронических болезней. Они считают, что могут их лечить самостоятельно и их уровень знаний позволяет это сделать.

На рисунке 2 представлены данные частоты использования методов са-

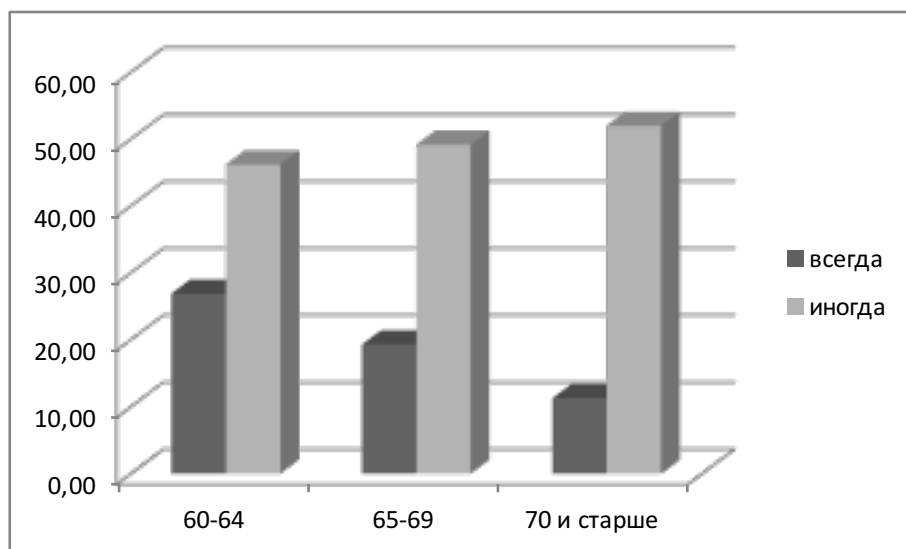


Рис. 1. Частота использования методов самолечения среди мужчин старших возрастных групп

молечения среди женщин старших возрастных групп. Также, как и у мужчин, четверть опрошенных женщин в возрасте 60–64 лет обращаются к врачам в исключительных случаях, предпочитая использование методов самолечения. В более старших возрастных группах частота этого явления уменьшается до 20,7 на 100 опрошенных (возрастная группа 65–69 лет) и до 10,2 на 100 опрошенных лиц женского пола (возрастная группа 70 лет и более). Эти данные и возрастная динамика одинаковы и у мужчин и у женщин.

Гораздо большее распространение у женщин имеет явление избирательного самолечения. Половина опрошенных в возрастной группе 60–64 лет и больше половины в более старших возрастных группах используют этот метод, без обращения к врачу, до момента, когда ситуация осложняется до такой степени, что требуется оказание экстренной медицинской помощи.

Если исключить тех, кто всегда занимается самолечением, хотя бы и не при всех ситуациях, то среди обращающихся за медицинской помощью также могут быть различия в тщательности и точности выполнения данных врачом рекомендаций. В таком случае самолечение проявляется не только в факте отказа обращения за медицинской помощью, но и в коррекции и изменении данных врачом рекомендаций. Такой вариант развития событий также можно рассматривать как вариант самолечения, хотя и имеющий потенциально менее грозные последствия.

В опрошенной группе мужчин около поло-

вины всегда соблюдали данные им рекомендации (рис. 3). Удельный вес таких мужчин возрастал при увеличении возраста. Наибольший удельный вес наблюдался в самой старшей возрастной группе (70 лет и старше) – 59,8%.

Среди женщин наблюдалась такая же динамика. Максимальный удельный вес всегда соблюдавших рекомендации врача наблюдался в самой старшей возрастной группе – 65,2%. Следовательно, гендерных различий практически не регистрировалось.

Если исключить тех респондентов, которые признались в том, что всегда или хотя иногда занимались самолечением и, соответственно, не могли и не хотели тщательно выполнять назначения врача, то среди оставшихся далеко не всегда данные им рекомендации выполнялись тщательно и в полном объеме. Менее ответственны в этом были мужчины. Почти треть из опрошенных, которые говорили о исключении метода самолечения, признавались о нарушении данных им рекомендаций при оказании медицинской помощи. Наибольшее количество таких мужчин было в возрасте 60–64 лет – 38,3%, наименьшее – в возрастной группе 65–69 лет – 23,5%. Женщины были более ответственны, но 20–26% опрошенных не выполняли данные им рекомендации в полном объеме. Наибольшее количество признавших в этом было в возрастной группе 60–64 лет – 26%, наименьшее – в возрастной группе 65–69 лет – 20%.

Итак, «строгих» приверженцев метода са-

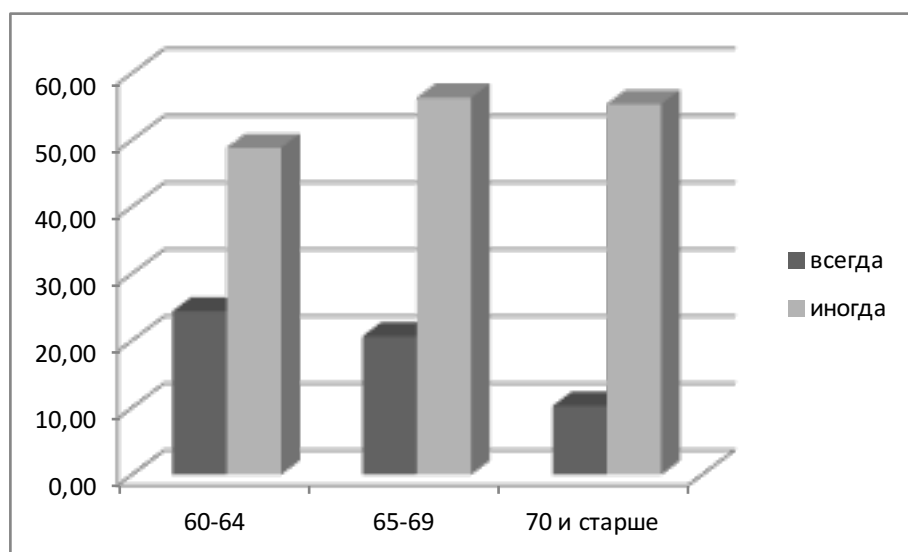


Рис. 2. Частота использования методов самолечения среди женщин старших возрастных групп

молечения среди мужчин с увеличением возраста становилось меньше, если в возрастной группе 60–64 лет их было 26,9 на 100 опрошенных мужчин данного возраста, то в возрастной группе 70 лет и старше – 11,3 на 100 опрошенных мужчин данного возраста, но факультативное использование методов самолечения очень широко распространено среди мужчин старших возрастных групп. До половины мужчин использовали его при состояниях, которые, по их мнению, не требовали обращения за квалифици-

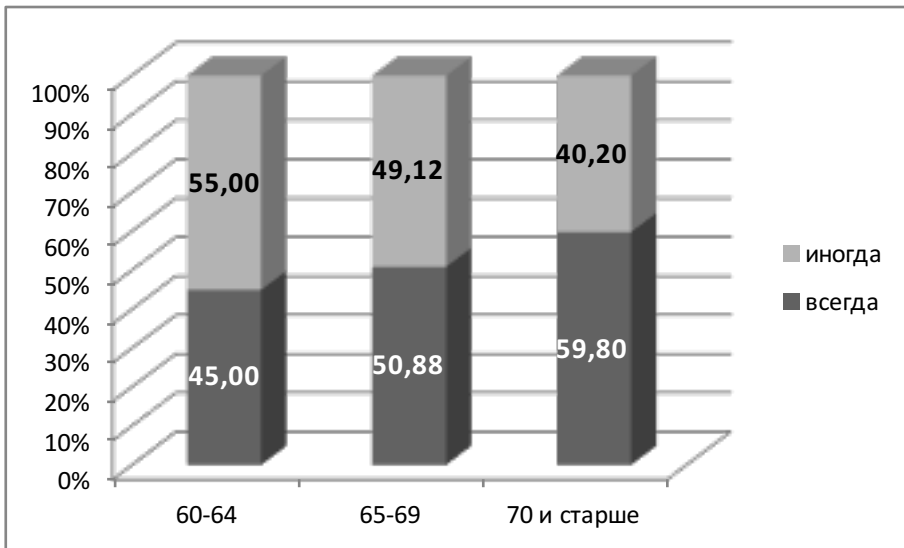


Рис. 3. Удельный вес мужчин старших возрастных групп, соблюдавших рекомендации лечащего врача

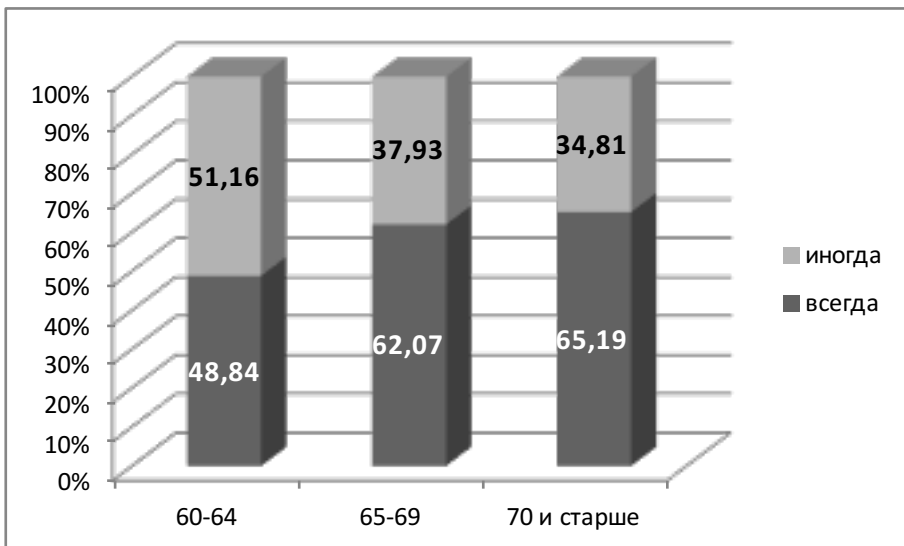


Рис. 4. Удельный вес женщин старших возрастных групп, соблюдавших рекомендации лечащего врача

рованной медицинской помощью. Обращались к врачам и придерживались данных им рекомендаций не более трети опрошенных мужчин данных возрастных групп.

«Строгих» приверженцев метода самолечения среди женщин с увеличением возраста становилось меньше: если в возрастной группе 60–64 лет их было 24,3 на 100 опрошенных лиц женского пола данного возраста, то в возрастной группе 70 лет и старше – 10,2 на 100 опрошенных лиц женского пола указанного возраста, но факультативное использование методов самолечения также как и у мужчин очень широко распространено

среди женщин старших возрастных групп. Более половины женщин использовали его при состояниях, которые, по их мнению, не требовали обращения за квалифицированной медицинской помощью.

Следовательно, даже отказ от практики самолечения не гарантировал выполнения назначений врача в полном объеме. Женщины, сравнительно с мужчинами, более ответственно относились к тщательному выполнению врачебных назначений.

Таким образом, в старших возрастных группах достаточно широко распространена практика самолечения, как среди мужчин, так и среди женщин, но с увеличением возраста «строгих» приверженцев метода самолечения становилось меньше. Факультативное использование методов самолечения при состояниях, которые, по их мнению, не требовали обращения за квалифицированной ме-

дицинской помощью практикует более половины мужчин и женщин старших возрастных групп.

Если исключить тех респондентов, которые признались в том, что всегда или хотя иногда занимались самолечением и, соответственно, не могли и не хотели тщательно выполнять назначения врача, то среди оставшихся почти треть опрошенных признавались о нарушении данных им рекомендаций при оказании медицинской помощи. Женщины были более ответственны, однако 20-26% опрошенных не выполняли данные им рекомендации в полном объеме.

Полученные данные определяют необходи-

мость продолжения исследований в направлении анализа зависимости такого поведения и возможных путей его коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хабриев Р.У. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
2. Anderson C. The local-ladder effect: social status and subjective well-being / C. Anderson, M.W. Kraus, A.D. Galinsky, D. Keltner // *Psychological Science*. – 2012. – Vol. 23. – № 7. – P. 764–771.
3. Dhak B. Gender differences in health and its determinants in the old-aged population in India / B. Dhak // *Journal of Biosocial Science*. – 2009. – Vol. 41. – № 5. – P. 625–643.
4. Kim Y. The dynamics of health and its determinants among elderly in developing countries / Y. Kim // *Economics and Human Biology*. – 2015. – Vol. 19. – P. 1–12.
5. Хабриев Р.У. Система принятия решений в программе льготного лекарственного обеспечения / Р.У. Хабриев, А.П. Суходолов, Б.А. Спасенников, Л.Ю. Безмельницына, Д.О. Мешков // Известия Байкальского государственного университета. – 2018. – Т. 28. – № 1. – С. 6–11.
6. Хабриев Р.У. Оценка необходимого объема финансирования лекарственной терапии отдельных заболеваний / Р.У. Хабриев, А.П. Суходолов, Л.Ю. Безмельницына, Б.А. Спасенников, Д.О. Мешков, С.Н. Черкасов // Известия Байкальского государственного университета. – 2018. – Т. 28. – № 2. – С. 179–185.
7. Хабриев Р.У. Смертность от внешних причин у лиц группы риска / Р.У. Хабриев, С.В. Кулакова, Л.Ф. Пертли, Б.А. Спасенников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 4–8.
8. Суходолов А.П. Оптимизация тарифной политики в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации / А.П. Суходолов, Л.И. Меньшикова, Н.Н. Ясько, О.А. Ларюшкина, А.Л. Санников, Б.А. Спасенников // Известия Байкальского государственного университета. – 2019. – Т. 29. – № 1. – С. 138–145.
9. Черкасов С.Н. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. – № 1. – С. 40–43.
10. Eriksson I. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study / I. Eriksson, A.-L. Undén, S. Elofsson // *International Journal of Epidemiology*. – 2001. – Vol. 30. – P. 326–333.
11. Черкасов С.Н. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов, Г.С. Шестаков, И.Д. Киртадзе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 9–10. – С. 57–60.

REFERENCES

1. Khabriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Yu.M. Strategies of population health protection as the basis of social policy of the state. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*, 2014, no. 3, pp. 3–5. (in Russian)
2. Anderson C., Kraus M.W., Galinsky A.D., Keltner D. The local-ladder effect: social status and subjective well-being. *Psychological Science*, 2012, vol. 23, no. 7, pp. 764–771.
3. Dhak B. Gender differences in health and its determinants in the old-aged population in India. *Journal of Biosocial Science*, 2009, vol. 41, no. 5, pp. 625–643.
4. Kim Y. The dynamics of health and its determinants among elderly in developing countries. *Economics and Human Biology*, 2015, vol. 19, pp. 1–12.
5. Khabriev R.U., Sukhodolov A.P., Spasennikov B.A., Bezmelnitsyna L.Y., Meshkov D.O. The Decision-Making System in the Program of Subsidized Pharmaceutical Provision. *Bulletin of Baikal State University*, 2018, vol. 28, no. 1, pp. 6–11. (in Russian)
6. Khabriev R.U., Sukhodolov A.P., Bezmelnitsyna L.Y., Spasennikov B.A., Meshkov D.O., Cherkasov S.N. Evaluation of the Necessary Amount of Financing of Drug Therapy for Particular Diseases. *Bulletin of Baikal State University*, 2018, vol. 28, no. 2, pp. 179–185. (in Russian)
7. Khabriev R.U., Kulakova S.V., Pertli L.F., Spasennikov B.A. The Mortality from External Causes in Individuals of Risk Group. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 2019, vol. 27, no. 1, pp. 4–8. (in Russian)
8. Sukhodolov A.P., Menshikova L.I., Yasko N.N., Laryushkina O.A., Sannikov A.L., Spasennikov B.A. Optimization of Tariff Policy in the Area of Compulsory Medical Insurance in the Subject of the Russian Federation. *Bulletin of Baikal State University*, 2019, vol. 29, no. 1, pp. 138–145. (in Russian)
9. Cherkasov S.N., Kirtadze I.D. Influence of life priorities on self-assessment of health in the population of older age

groups. *Public health and healthcare*, 2019, no. 1, pp. 40–43. (in Russian)

10. Eriksson I., Undén A.-L., Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 2001, vol. 30, pp. 326–333.

11. Cherkasov S.N., Shestakov G.S., Kirtadze I.D. Influence of education on self-assessment of health in older age groups. *Problems of standardization in health care*, 2018, no. 9–10, pp. 57–60. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Федяева Анна Владимировна – старший научный сотрудник лаборатории управления общественным здоровьем, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: orgzdravotdel@gmail.ru

Черкасов Сергей Николаевич – главный научный сотрудник лаборатории управления общественным здоровьем, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Олейникова Валерия Сергеевна – научный сотрудник, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация; e-mail: reruka@rambler.ru

AUTHORS

Anna V. Fedyaeva – Senior Researcher, Laboratory of Public Health Management, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: orgzdravotdel@gmail.ru

Sergey N. Cherkasov – Chief Researcher, Laboratory of Public Health Management, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Valeria S. Oleynikova – Researcher, Laboratory of Public Health Management, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation; e-mail: reruka@rambler.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.006

ПЕНИТЕНЦИАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Патрушев С.В.¹

¹ Архангельская областная клиническая больница, г. Архангельск, Российская Федерация

Ключевые слова

Общественное здоровье, пенитенциарная система, охрана материнства и детства.

Аннотация

Осужденная мать находится в местах лишения свободы по приговору суда. Ребенок находится в местах лишения свободы, не имея вины перед обществом и государством. Мать может посещать ребенка лишь в свободное от работы время, если у нее есть для этого возможность и желание. Ребенок не имеет полноценного общения с матерью, ее любви. В результате отмечается психофизическое замедление развития ребенка. В целях охраны материнства и детства в отечественной пенитенциарной системе создаются Дома матери и ребенка, где возможно совместное пребывание матери и ребенка. Полученные в результате проведенного исследования результаты свидетельствуют о позитивном влиянии такой практики на поведение осужденной матери и развитие ребенка, лишённого свободы. В российской пенитенциарной системе России существуют тринадцать Домов ребенка, где находятся около шестисот детей в возрасте до трех лет, значительная часть которых рождена матерями в местах лишения свободы. Руководство российской пенитенциарной системы прилагает большие усилия для того, чтобы эти дети, независимо от пола и возраста, имели бы возможность в социальной защите и медицинской помощи, соответствующей стандартам отечественного здравоохранения.

PENITENTIAL PROBLEMS PROTECTION OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD

Patrushev S.V.¹

¹ Arkhangelsk Regional Clinical Hospital, Arkhangelsk, Russian Federation

Keywords

Public health, penitentiary system, childhood, motherhood.

Abstract

Mother is in prison by a court sentence. The child is in prison, not having guilt before society and the state. A mother can visit a child only in her free time, if she has the opportunity and desire for this. The child does not have full communication with the mother, her love. As a result, psychophysical retardation of the child's development is noted. In order to protect motherhood and childhood in the domestic penitentiary system, orphanages are created where mother and child can stay together. The results of the study show a positive effect of such practices on the behavior of the convicted mother and the development of a child deprived of liberty. The leadership of the Russian penitentiary system makes great efforts to ensure that these children, regardless of gender and age, have the opportunity to social protection and medical care that meets the standards of national health care.

Тюремная депривация, являясь специфическим видом социальной депривации, вбирает в себя такие виды деприваций, как депривация сенсорная, эмоциональная, двигательная, психическая и т.д., что, в результате, делает тюремное заключение самым действенным социальным наказанием, эффективнее которого за всю историю человечества ничего не было предложено. В ука-

занном ряду ограничений, связанных с тюремной изоляцией, следует назвать один из важных видов депривации – материнская депривация [1, с. 9–13].

В российской пенитенциарной системе России существуют тринадцать Домов ребенка, где находятся около шестисот детей в возрасте до трех лет, значительная часть которых рождена матерями в местах лишения свободы. Руководство

ФСИН прилагает большие усилия для того, чтобы эти дети, независимо от пола и возраста, имели бы возможность в социальной защите и медицинской помощи, соответствующей стандартам отечественного здравоохранения.

Тем не менее, надо отметить, что развитие и здоровье детей, родившихся в местах лишения свободы, формируется под непосредственным влиянием образа жизни отбывающих наказание матерей, нередко представляющих маргинальный слой нашего общества, страдающих различными социально значимыми заболеваниями. Так, на сегодня, около 16% содержащихся в уголовно-исполнительной системе России осужденных женщин являются носительницами ВИЧ, 11% – страдают наркоманией, 12% – хроническим алкоголизмом, 2% – туберкулезом [2, с. 141–144].

Материнская депривация, связанная с недостатком в общении с матерью, выражается в нарушении развития ребенка, различной патологии нервно-психической сферы, ведущей к поведенческим нарушениям. Примерно каждый третий выпускник обычных сиротских учреждений сам в дальнейшем становится обитателем мест лишения свободы.

Родившая в тюрьме мать, то есть выросшая в обстановке социальной депривации (и совершившая преступление во многом «благодаря» своему трудному детству), не обладая достаточным уровнем социализации, не может обеспечить своему ребенку должного внимания и любви, реплицируя тем самым дальнейшую цепочку асоциальных паттернов поведения. Так медленно, но неуклонно увеличивается доля полностью или частично десоциализированного населения в общей популяции, что является важнейшей криминологической проблемой [3, с. 70–71].

Эта проблема имеет актуальность, учитывая увеличение количества беременных осужденных женщин и осужденных женщин, имеющих детей до трех лет, содержащихся в местах лишения свободы.

Сотрудниками НИИ ФСИН России показано, что в условиях материнской депривации возникает замедление (отставание) различных сторон развития ребенка: возникает торможение интеллектуального развития, позже появляется речь, ухудшаются двигательные навыки. То есть происходит торможение тех участков мозга, которые не упражняются должным образом, возникает их

дисфункция. Развитие и состояние детей, которые находятся в закрытых учреждениях, пребывают в состоянии сенсорного голода, социальной депривации, аналогично развитию детей с врожденной слепотой, глухотой, глухонемой. Возникает общее запаздывание в развитии, а также в развитии некоторых двигательных функций, возникают общие особенности (расстройства) личности и поведения [4].

В условиях мест лишения свободы процесс формирования личности и социализации ребенка нарушается, так как протекает в состоянии социальной депривации, представляющей собой потерю одного из составляющих формирования личности – семьи. Здесь имеется в виду не только отсутствие и неучастие в воспитании ребенка одного из родителей (отца). Нередко сами родившие заключенные-матери, как было сказано, не могут дать ребенку так необходимой ему любви и заботы. В результате формируется личность «недолюбленного», «недотисканного» ребенка, что в дальнейшем имеет для него различные негативные последствия: трудности в создании семьи, притупление родительских чувств, неспособность к любви и доверию, замкнутость и т.п.

Для мест лишения свободы характерно так называемое девиантное пенитенциарное материнство, заключающееся в нежелании матери выполнять по отношению к своему ребенку родительских функций. У большинства матерей, отбывающих наказание, отмечается недостаточное принятие роли матери на личностном уровне, эмоциональная дистанцированность от своего ребенка. При этом четверть женщин отмечали эмоциональное отторжение ребенка. Эмоциональное же принятие младенца зафиксировано лишь в единичных случаях. У всех матерей отмечается недостаток интереса к жизни ребенка, неумение с ним взаимодействовать. Большинство матерей оценивают ребенка как «глупого, беспомощного, как неудачника в будущем». Только треть матерей улыбалась при встрече со своим ребенком. Осужденные-матери зачастую не владеют самыми элементарными знаниями по уходу за ребенком, его питанию, особенностям его физического и психического развития [5, с. 98–102].

Стремление администрации исправительного учреждения создать нужную для родившей осужденной обстановку, предоставить все необходимое для ухода за ребенком, восполнить знания

матери по вопросам его питания и физического развития, выражающееся в организации практических занятий, проведении лекций и бесед, выпуске санбюллетеней, организации системы профилактики и лечения заболеваний, к сожалению, часто не может в полной мере восполнить дефекты развития личности матери, происшедшего до ее осуждения и помещения в исправительное учреждение. Особенно это заметно для женщин с отчетливыми асоциальными установками.

Известно, что первые три года жизни ребенка являются периодом наиболее быстрого психического и физического его развития. В этом возрасте формируются такие ключевые качества личности, как ориентирование и доверие к окружающей среде, познавательная активность и уверенность в себе, творческие способности и т.п. Поэтому так нежелательны в этом периоде однообразие окружающей обстановки и дефицит общения (особенно – общения с матерью).

При нарушении связи между младенцем и матерью часто развивается депрессивный симптомокомплекс: 1) замыкание ребенка в себе, отрицательное отношение к окружающим, плач в ответ на любое воздействие; 2) пониженный темп движений, ареактивность; 3) снижение аппетита, отказ от еды, снижение веса; 4) нарушение сна. Это состояние, называемое также «госпитализмом», характерно не только для детей, воспитываемых в учреждениях интернального типа. Его признаки отмечаются также у детей, эмоционально отвергаемых матерями.

Из всего сказанного следует, что тюремно-депривационное негативное воздействие на личность ребенка приводит к дисгармонии социального развития. Это и происходит в той или иной мере в Домах ребенка, существующих при исправительных учреждениях. Дети, содержащиеся в тюремных Домах ребенка, имеют задержку в социально-эмоциональном развитии, в развитии речи, в формировании навыков самообслуживания. Задержка в развитии общей моторики отмечается у трети детей, речи – у половины. Отставание в развитии предметных действий фиксировалось у младенцев в большинстве случаев.

В настоящее время осужденные женщины могут помещаться в Дома матери и ребенка исправительных учреждений своих детей в возрасте до трех лет, общаться с ними в свободное время. Им может быть также разрешено совместное прожи-

вание с новорожденными, что несомненно является положительным фактором в процессе налаживания эмоционального взаимодействия матери и ребенка. Вместе с тем, если у матери нет желания, она может и не посещать своего ребенка даже для кормления и кратковременных свиданий. Это и происходит с социально «запущенными» матерями, концентрация которых в пенитенциарной системе достаточно велика. Ребенок для таких матерей представляется либо обузой, либо лишь средством облегчения условий существования в исправительном учреждении.

Совместное проживание осужденной женщины со своим новорожденным – мощный положительный фактор формирования его физического и психического здоровья. Это было установлено впервые в профильных учреждениях Республики Мордовия, а затем подтверждено распространение такого опыта в Московской, Владимирской, Нижегородской, Саратовской, Самарской, Челябинской областях. При этом отмечено снижение заболеваемости детей острыми респираторными заболеваниями. Зарегистрировано снижение в три раза количества случаев дисциплинарных нарушений осужденными женщинами из числа матерей, то есть ребенок становится фактором перевоспитания матери.

Другим, не менее значимым фактором в формировании тюремной депривации в младенческом и раннем детском возрасте является индуцированный пенитенциарный стресс. Известно, что хронический пенитенциарный стресс – это специфическое состояние, наблюдаемое у лиц, содержащихся в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы. Переживания по поводу помещения в места лишения свободы, однообразие и монотонность жизни, бедность предметного мира, необходимость выполнения правил режима, недостаток свежего воздуха, однообразная пища, невозможность полноценного отдыха, нарушение пространственно-временных параметров, пребывание в условиях доминирования тюремной субкультуры – все эти факторы способствуют появлению синдрома тюремной депривации – специфической формы хронического стресса. Индукция от матери к ребенку пенитенциарного стресса заключается в том, что ее угнетенное состояние передается ребенку на протяжении первых лет его жизни, формируя в дальнейшем его характер [6, с. 56–62].

В связи со сказанным надо приветствовать создание Федеральной службой исполнения наказаний новых учреждений пребывания осужденной женщины с ребенком – Центр охраны материнства и детства, ориентированных на совместное проживание матери со своим ребенком. Это будет важный стимулирующий фактор в комплексе существующих исправительных мероприятий. Это направление оптимизации системы медицинского обеспечения женщин и ребенка в пенитенциарной практике требует внимания со стороны правозащитных и общественных организаций [7].

Опыт проведенного исследования убеждает, что в современных условиях следует шире раз-

вивать взаимодействие пенитенциарной системы с местным муниципальным здравоохранением, шире привлекать к лечебно-профилактической работе специалистов государственной и муниципальной систем здравоохранения. Нужно обеспечить медицинскими, социальными и педагогическими специалистами Дома матери и ребенка уголовно-исполнительной системы. Деятельность Федеральной службы исполнения наказаний, иных государственных структур, которые занимаются вопросами охраны материнства и детства, имеет особую значимость для общества и государства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ветрова И.В. Женщины в местах лишения свободы (гендерно-правовое исследование) / И.В. Ветрова, Б.А. Спасенников // Уголовно-исполнительное право. – 2014. – № 1 (17). – С. 9–13.
2. Спасенников Б.А. Охрана материнства и детства в уголовно-исполнительной системе России / Б.А. Спасенников, С.В. Воробей, С.Н. Черкасов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24. – № 3. – С. 141–144.
3. Спасенников Б.А. Психологическая помощь как средство исправления осужденных / Б.А. Спасенников // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – 2015. – № 2 (30). – С. 70–71.
4. Спасенников Б. А. Судебная психология и судебная психиатрия. Общая часть / Под редакцией заслуженного деятеля наук РФ, доктора юридических наук, профессора И. Я. Козаченко. / Б.А. Спасенников. – Архангельск, 2002.
5. Спасенников Б.А. Медико-социальная эффективность совместного содержания матери и ребенка в местах лишения свободы / Б.А. Спасенников, А.А. Бурт, Н.В. Давыдова, С.Н. Черкасов, Л.Ю. Безмельницына // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 2. – С. 98–102.
6. Спасенников Б.А. Актуальные проблемы совершенствования уголовно-исполнительного законодательства / Б.А. Спасенников, Голодов П. В. // Актуальные вопросы образования и науки. – 2015. – № 1–2 (47–48). – С. 56–62.
7. Музычук Т.Л. Тюремная депривация в младенческом и раннем детском возрасте: постановка проблемы / Т.Л. Музычук, С.Б. Пономарев, А.А. Бурт, Б.А. Спасенников // Baikal Research Journal. – 2019. – Т. 10. – № 1.

REFERENCES

1. Vetrova I.V., Spasennikov B.A. Women in places of deprivation of liberty (gender-legal research). *Criminal Executive Law*, 2014, no. 1 (17), pp. 9–13. (in Russian)
2. Spasennikov B.A., S.V. Vorobey, S.N. Cherkasov Protection of motherhood and childhood in the penal system of Russia. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*, 2016, vol. 24, no. 3, pp. 141–144. (in Russian)
3. Spasnikov B.A. Psychological assistance as a means of correction of convicts. *Bulletin of the Institute: crime, punishment, correction*, 2015, no. 2 (30), pp. 70–71. (in Russian)
4. Spasennikov B.A. *Forensic psychology and forensic psychiatry. General part*. Arkhangelsk, 2002. (in Russian)
5. Spasennikov B.A., Burt A.A., Davydova N.V., Cherkasov S.N., Bezmelnitsyna L.Yu. Medical and social effectiveness of joint mother and child detention in prisons. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*, 2018, vol. 26, no. 2, pp. 98–102. (in Russian)
6. Spasennikov B.A., Golodov P.V. Actual problems of improving penal legislation. *Actual problems of education and science*, 2015, no. 1–2 (47–48), pp. 56–62. (in Russian)
7. Muzychuk T.L., Ponomarev S.B., Burt A.A., Spasennikov B.A. Prison deprivation in infancy and early childhood: statement of the problem. *Baikal Research Journal*, 2019, vol. 10, no. 1. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Патрушев Сергей Валерьевич – врач Архангельской областной клинической больницы, магистр права, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: Patrychev@mail.ru

AUTHORS

Sergey V. Patrushev – Doctor of the Arkhangelsk Regional Clinical Hospital, Master of Law, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: Patrychev@mail.ru

УДК 614.2
DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.007

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Федяева А.В.¹, Олейникова В.С.¹

¹ Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова

Старшее поколение, факторы риска, здоровье населения.

Аннотация

Численность населения старших возрастных групп увеличивается во всем мире. Формирование здоровья этих групп населения – сложный и неоднозначный процесс. Проведенное исследование позволило получить характеристики роста и массы тела, а также интегрального показателя (индекса массы тела) как статистической величины, что необходимо для последующего анализа их значимости в качестве факторов риска нарушений здоровья в старших возрастных группах. Общей тенденцией было снижение массы тела с увеличением возраста, гендерные различия проявлялись в виде более быстрого снижения массы тела при увеличении возраста у женщин. Показатели роста были достоверно выше у мужчин во всех возрастных группах. Во всех возрастных группах показатель индекса массы тела у женщин достоверно превышал показатель у мужчин. Вариационные ряды у женщин были более симметричные, показатели вариации во всех возрастных группах, кроме старшей возрастной группы мужчин, были небольшими.

ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE POPULATION OF OLDER AGE GROUPS

Fedyayeva A.V.¹, Oleynikova V.S.¹

¹ V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation

Keywords

Older generation, risk factors, population health.

Abstract

The population of older age groups is increasing worldwide. The formation of the health of these populations is a complex and controversial process. The study allowed us to obtain characteristics of height and body weight, as well as an integral indicator (body mass index) as a statistical value, which is necessary for further analysis of their significance as risk factors for health disorders in older age groups. The General trend was a decrease in body weight with increasing age, gender differences were manifested in the form of faster weight loss with increasing age among women. Growth rates were significantly higher for men in all age groups. In all age groups, the body mass index of women was significantly higher than among men. The variation series in women were more symmetrical, and the indicators of variation in all age groups except the older age group of men were small.

Проблема сохранения здоровья населения является одной из важнейших государственных задач в современном обществе [1, с. 3–5; 2, с. 6–11; 3, с. 179–185; 4, с. 4–8; 5, с. 138–145; 6, с. 3–6]. Численность населения старших возрастных групп увеличивается во всем мире. Формирование здоровья этих групп населения – сложный и

неоднозначный процесс [7, с. 1–12; 8, с. 23–25; 9, с. 731–736].

Знание антропометрических характеристик как потенциальных факторов риска нарушения здоровья может иметь значение при прогнозе потребности медицинской помощи и моделировании факторов риска в популяции.

Антропометрические характеристики (масса тела и рост), а также индекс массы тела, достаточно часто рассматривается как один из показателей здоровья населения [10, с. 362–368; 11, с. 22].

Увеличение индекса массы тела (далее – ИМТ) повышает вероятность возникновения хронических неинфекционных заболеваний и может рассматриваться как некий маркер, свидетельствующий о степени риска ухудшения состояния здоровья.

Цель настоящего исследования: анализ массы тела и роста, а также ИМТ у лиц старших возрастных групп.

На основании данных опроса 1045 человек в возрасте 60 лет и старше были сформированы по три возрастных группы у мужчин и женщин (60-64 года; 65-69 лет; 70 лет и старше). Опрос проводился в 2017 году. Все опрошенные проживали в Москве и состояли под наблюдением в городской поликлинике. Показатели рассматривались с учетом возраста и гендерной принадлежности.

На первом этапе были оценены возрастные различия в антропометрических характеристиках, таких как масса тела и рост.

Масса тела была выше у мужчин (все возрастные группы), однако в более молодой возрастной группе (60-64 года) различия в показателях массы тела у мужчин и женщин не были достоверными ($p > 0,05$), тогда как в более старших возрастных группах различия увеличивались и были статистически достоверными с вероятностью 95% (рис. 1). При увеличении возраста показатели массы

тела у мужчин сохранялись на том же уровне до возраста 70 лет, а затем снижались ($p < 0,05$). Если средняя масса тела мужчин в возрастной группе 60-64 года составляла $80,4 \pm 2,95$ кг, в возрастной группе 65-69 лет – $80,9 \pm 2,61$ кг, то в старшей возрастной группе (70 лет и старше) снизилась до $77,6 \pm 1,23$ кг.

У женщин наблюдалась такая же тенденция, но снижение массы тела наблюдалось во всех возрастных группах. Темп снижения усиливался в старшей возрастной группе (70 лет и старше). Средняя масса тела женщин в возрастной группе 60-64 года составляла $79,3 \pm 1,92$ кг, в возрастной группе 65-69 лет – $77,2 \pm 2,58$ кг, в старшей возрастной группе (70 лет и старше) снизилась до $72,9 \pm 0,84$ кг.

Если гендерных различий в наиболее молодой возрастной группе не было, то в группе 65-69 лет они появлялись, в возрастной группе 70 лет и старше – усиливались.

У мужчин рост достоверно не изменялся в любом возрасте. Среднее значение роста мужчин в возрастной группе 60-64 года составило $172,4 \pm 1,27$ см, в возрастной группе 65-69 лет – $173,3 \pm 1,32$ см, в старшей возрастной группе (70 лет и старше) – $170,2 \pm 1,96$ см. Различия между группами не достоверны ($p > 0,05$), что подтверждает тезис об отсутствии возрастной динамики показателей роста.

Относительно женщин наблюдались те же закономерности. Во всех исследованных возрастных группах показатели были стабильны и

достоверно не различались ($p > 0,05$). Среднее значение роста женщин в возрастной группе 60-64 года составило $163,6 \pm 0,87$ см, в возрастной группе 65-69 лет – $162,8 \pm 0,97$ см, в старшей возрастной группе (70 лет и старше) – $161,3 \pm 1,09$ см.

Итак, полученные результаты дают основание предположить, что интегральный показатель массы тела и роста будет выше у женщин, чем у мужчин, не иметь значимой тенденции к изменению при увеличении возраста у мужчин и

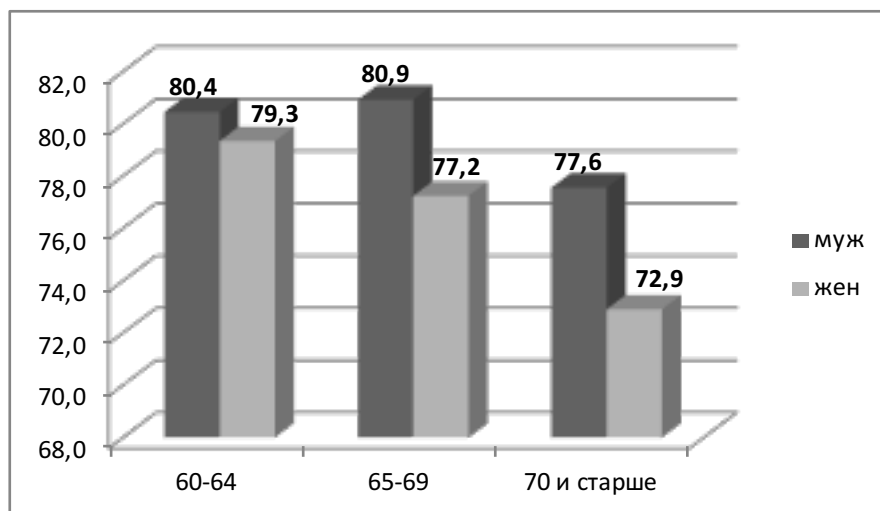


Рис. 1. Возрастные и гендерные характеристики массы тела у лиц старших возрастных групп

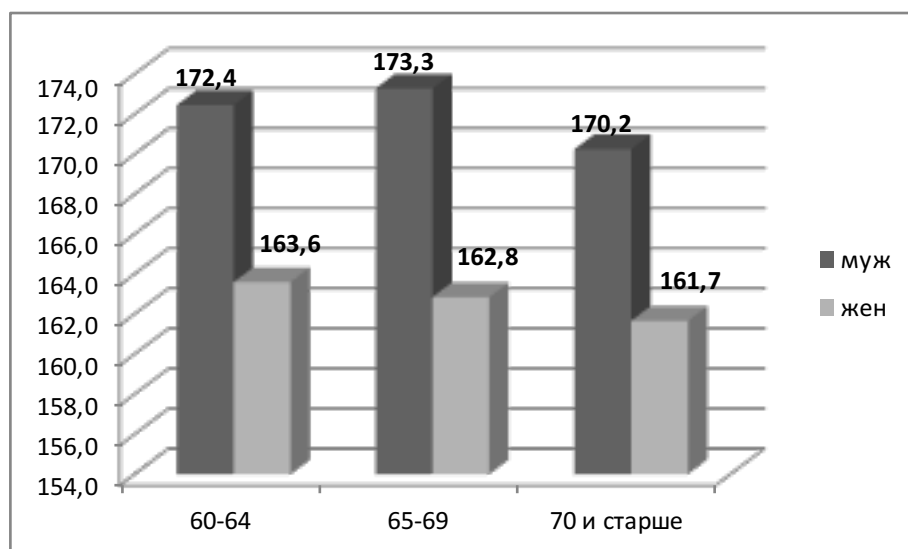


Рис. 2. Возрастные и гендерные характеристики роста у лиц старших возрастных групп

несколько снижаться при увеличении возраста у женщин.

Расчетные данные полностью подтвердили высказанное выше предположение (рис. 3).

У мужчин показатели ИМТ были стабильные во всех возрастных группах на уровне 27. У женщин наибольший показатель ИМТ регистрировался в самой молодой группе (60-64 года) – $29,62 \pm 0,66$. В более старшей возрастной группе наблюдалось некоторое снижение показателя до $29,12 \pm 0,96$. Наиболее малые показатели ИМТ зарегистрированы в группе 70 лет и старше – $28,24 \pm 0,69$. Однако, следует подчеркнуть, что во всех возрастных группах показатель ИМТ у женщин достоверно превышал показатель ИМТ у мужчин ($p < 0,05$).

С целью более подробной характеристики ИМТ были рассчитаны и другие показатели вариационного ряда для каждой возрастной группы отдельно для мужчин и женщин.

Значение медианы как характеристики симметричности вариационного ряда у мужчин возрастной группы 60-64 года составило 25,9, что меньше, чем среднее значение для данной возрастной группы – 26,98 и свидетельствует о смещенности вариацион-

ного ряда вправо, то есть в сторону больших значений ИМТ. В возрастной группе 65-69 лет значение медианы составило 25,46, что также меньше средней величины – 26,98. В старшей возрастной группе значение медианы составило 26,17 при среднем значении 26,95 и это наименьшая разница из всех исследованных возрастных групп.

Следовательно, у мужчин в возрастном диапазоне 60-69 лет упорядоченный возрастаю-

щий вариационный ряд смещен в сторону больших значений, тогда как в старшей возрастной группе он становится более симметричным.

У женщин вариационные ряды ИМТ были более симметричными. Так, в возрастной группе 60-64 года разница между значением медианы 29,1 и средней величиной 29,6 была небольшой, что свидетельствует о симметричности вариационного ряда. В возрастной группе 65-69 лет разница была более значительной, но меньше чем у мужчин. Значение медианы составило 28 при средней величине 29,1. Наименьшая разница регистрировалась в старшей возрастной группе. Значение медианы – 27,3, значение средней величины – 27,6.

Показатели вариации ИМТ (в %): мужчины

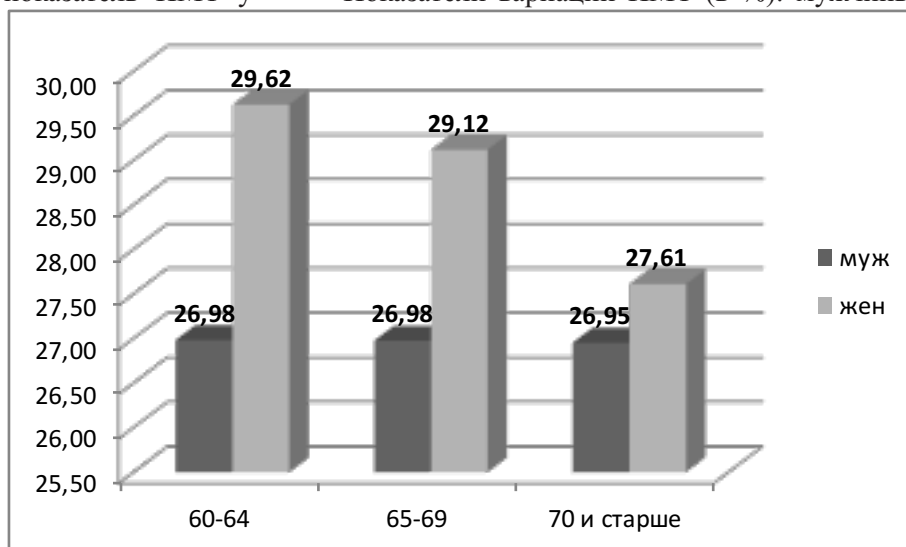


Рис. 3. Возрастные и гендерные характеристики ИМТ у лиц старших возрастных групп

Таблица 1

Показатели 25 и 75 перцентиля ИМТ

	60-64 лет	65-69 лет	70 лет и старше
Мужчины	24,5 – 27,4	24,0 – 27,7	24,4 – 28,1
Женщины	26,3 – 31,9	24,8 – 32,3	24,5 – 29,6

16,3 (60-64 года), 15,9 (65-69 лет), 27,8 (70 лет и старше); женщины 18,3 (60-64 года), 19,0 (65-69 лет), 16,2 (70 лет и старше).

Во всех возрастных группах, кроме старшей возрастной группы мужчин, показатели вариации небольшие, что может свидетельствовать о невыраженных колебаниях значений ИМТ. В старшей возрастной группе мужчин показатель вариации возрастает вдвое.

Результаты расчета значений 25 и 75 перцентиля представлены в таблице 1.

Наибольшая разница между значениями 25 и 75 перцентиля наблюдается у женщин в возрастных группах 60-64 и 65-69 лет. У мужчин разница стабильна во всех возрастных группах.

Проведенное исследование позволило получить характеристики роста и массы тела, а также интегрального показателя ИМТ как статистической величины, что необходимо для последующего анализа их значимости в качестве факторов риска нарушений здоровья в старших возрастных группах. Общей тенденцией было снижение массы тела с увеличением возраста, гендерные различия проявлялись в виде более быстрого снижения массы тела при увеличении возраста у женщин. Показатели роста были достоверно выше у муж-

чин во всех возрастных группах. Разница в показателях сохранялась во всех исследованных возрастных периодах. Общей тенденцией было сохранение показателей роста, гендерные различия проявлялись более низкими показателями роста у женщин при сохранении разницы во всех возрастных группах. У женщин в отличие от мужчин во всех возрастных диапазонах упорядоченный возрастающий вариационный ряд приближался к симметричному и в старшей возрастной группе он становился практически симметричным.

Таким образом, общей тенденцией было снижение массы тела с увеличением возраста, гендерные различия проявлялись в виде более быстрого снижения массы тела при увеличении возраста у женщин. Показатели роста были достоверно выше у мужчин во всех возрастных группах. Во всех возрастных группах показатель ИМТ у женщин достоверно превышал показатель ИМТ у мужчин. Вариационные ряды у женщин были более симметричные, показатели вариации во всех возрастных группах, кроме старшей возрастной группы мужчин, были небольшими.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хабриев Р.У. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
2. Хабриев Р.У. Система принятия решений в программе льготного лекарственного обеспечения / Р.У. Хабриев, А.П. Суходолов, Б.А. Спасенников, Л.Ю. Безмельницына, Д.О. Мешков // Известия Байкальского государственного университета. – 2018. – Т. 28. – № 1. – С. 6–11.
3. Хабриев Р.У. Оценка необходимого объема финансирования лекарственной терапии отдельных заболеваний / Р.У. Хабриев, А.П. Суходолов, Л.Ю. Безмельницына, Б.А. Спасенников, Д.О. Мешков, С.Н. Черкасов // Известия Байкальского государственного университета. – 2018. – Т. 28. – № 2. – С. 179–185.
4. Хабриев Р.У. Смертность от внешних причин у лиц группы риска / Р.У. Хабриев, С.В. Кулакова, Л.Ф. Пертли, Б.А. Спасенников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 4–8.
5. Суходолов А.П. Оптимизация тарифной политики в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации / А.П. Суходолов, Л.И. Меньшикова, Н.Н. Ясько, О.А. Ларюшкина, А.Л. Санников, Б.А. Спасенников // Известия Байкальского государственного университета. – 2019. – Т. 29. – № 1. – С. 138–145.
6. Щепин О.П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23. – № 6. – С. 3–6.
7. Kim Y. The dynamics of health and its determinants among elderly in developing countries / Y. Kim // Economics

and Human Biology. – 2015. – Vol. 19. – P. 1–12.

8. Сиротко М.Л. Здоровье, здоровый образ жизни и качество медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Самарской области / М.Л. Сиротко, Л.И. Брылякова, С.Н. Брылякова, А.И. Кирасирова // Российский семейный врач. – 2010. – Т. 14. – № 3. – С. 23–25.

9. Cott C.A. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability / C.A. Cott., M.A.M. Gignac, E.M. Badley // Journal of Epidemiology and Community Health. – 1999. – Vol. 53. – № 11. – P. 731–736.

10. Hurges S.L. Best-practice physical activity programs for older adults: finding from National Impact Study / S.L. Hurges, R.B. Seymour, R.T. Campbell, N. Whitelaw, T. Bazzarre // Amer. J. Public Health. – 2009. – Vol. 99. – P. 362–368.

11. Кравцова И.В. Индекс массы тела как фактор риска соматических заболеваний у женщин репродуктивного возраста / И.В. Кравцова, С.Н. Черкасов, Д.О. Мешков, Л.Ю. Безмельницына // Трансляционная медицина. – 2016. – № 4. – С. 22.

REFERENCES

1. Khabriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Yu.M. Strategies of population health protection as the basis of social policy of the state. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*, 2014, no. 3, pp. 3–5. (in Russian)

2. Khabriev R.U., Sukhodolov A.P., Spasennikov B.A., Bezmelnitsyna L.Y., Meshkov D.O. The Decision-Making System in the Program of Subsidized Pharmaceutical Provision. *Bulletin of Baikal State University*, 2018, vol. 28, no. 1, pp. 6–11. (in Russian)

3. Khabriev R.U., Sukhodolov A.P., Bezmelnitsyna L.Y., Spasennikov B.A., Meshkov D.O., Cherkasov S.N. Evaluation of the Necessary Amount of Financing of Drug Therapy for Particular Diseases. *Bulletin of Baikal State University*, 2018, vol. 28, no. 2, pp. 179–185. (in Russian)

4. Khabriev R.U., Kulakova S.V., Pertli L.F., Spasennikov B.A. The Mortality from External Causes in Individuals of Risk Group. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 2019, vol. 27, no. 1, pp. 4–8. (in Russian)

5. Sukhodolov A.P., Menshikova L.I., Yasko N.N., Laryushkina O.A., Sannikov A.L., Spasennikov B.A. Optimization of Tariff Policy in the Area of Compulsory Medical Insurance in the Subject of the Russian Federation. *Bulletin of Baikal State University*, 2019, vol. 29, no. 1, pp. 138–145. (in Russian)

6. Shchepin O.P., Korotkikh R.V. Prospects for the development of health care in the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*, 2015, vol. 23, no 6, pp. 3–6. (in Russian)

7. Kim Y. The dynamics of health and its determinants among elderly in developing countries. *Economics and Human Biology*, 2015, vol. 19, pp. 1–12.

8. Sirotko M.L., Brylyakova L.I., Brylyakova S.N., Kirasirova A.I. Health, healthy lifestyle and the quality of medical care for elderly people in the Samara region. *Russian family doctor*, 2010, vol. 14, no. 3, pp. 23–25. (in Russian)

9. Cott C.A., Gignac M.A.M., Badley E.M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, vol. 53, no. 11, pp. 731–736.

10. Hurges S.L., Seymour R.B., Campbell R.T., Whitelaw N., Bazzarre T. Best-practice physical activity programs for older adults: finding from National Impact Study. *Amer. J. Public Health*, 2009, vol. 99, pp. 362–368.

11. Kravtsova I.V., Cherkasov S.N., Meshkov D.O., Bezmelnitsyna L.Yu. Body mass Index as a risk factor for somatic diseases in women of reproductive age. *Translational medicine*, 2016, no. 4, pp. 22. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Федяева Анна Владимировна – старший научный сотрудник лаборатории управления общественным здоровьем, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: orgzdravotdel@gmail.ru

Олейникова Валерия Сергеевна – научный сотрудник, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация; e-mail: reruka@rambler.ru

AUTHORS

Anna V. Fedyaeva – Senior Researcher, Laboratory of Public Health Management, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: orgzdravotdel@gmail.ru

Valeria S. Oleynikova – Researcher, Laboratory of Public Health Management, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation; e-mail: reruka@rambler.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.008

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС РАСХОДОВ НА ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ В СТРУКТУРЕ РАСХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА. ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Черкасов С.Н.¹, Камаев Ю.О.², Полозков О.И.²

¹ Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова

Детерминанты здоровья, старшее поколение, факторы риска, здоровье населения.

Аннотация

Проведенное исследование показало, что по результатам опроса населения в возрасте 60 лет и старше, уровень материального благосостояния, на основании субъективных оценок респондентов, с увеличением возраста не уменьшается, так как удельный вес респондентов, тратящих на покупку продуктов питания менее четверти своего располагаемого дохода, с увеличением их возраста, возрастает как среди мужчин, так и среди женщин. Удельный вес тех, кто вынужден тратить более половины своего дохода на покупку продуктов питания, с увеличением возраста, уменьшается. Женщины более пессимистично оценивают свой уровень благосостояния, чем мужчины. Полученные данные могут быть использованы при анализе влияния уровня материального благосостояния как экономической детерминанты на показатели здоровья населения старших возрастных групп.

SPECIFIC WEIGHT OF COSTS FOR FOOD IN THE STRUCTURE OF COSTS OF POPULATION OF THE OLDER AGE. GENDER AND AGE DIFFERENCES

Cherkasov S.N.¹, Kamaev Y.O.², Polozkov O.I.²

¹ V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords

Determinants of health, older generation, risk factors, population health.

Abstract

The study showed that according to the results of a survey of the population aged 60 years and older on the basis of subjective assessments of respondents, the level of material well-being does not decrease with increasing age, since the proportion of people who spend less than a quarter of their disposable income on food purchases increases with increasing age among both men and women. The proportion of those who have to spend more than half of their income on food purchases decreases with increasing age. Women are more pessimistic about their level of well-being than men. The obtained data can be used in the analysis of the influence of the level of material well-being as an economic determinant on the health indicators of the population of older age groups

Сотрудники Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко рассматривают наиболее актуальные проблемы общественного здоровья [1, с. 6–11; 2, с. 179–185; 3, с. 4–8; 4, с. 138–145].

Проблема увеличения продолжительности жизни является важной государственной задачей в современном обществе [5, с. 3–5; 6, с. 764–771; 7, с. 625–643; 8, с. 731–736].

Во всем мире регистрируется не только увеличение удельного веса людей пожилого и старческого возраста, но и увеличение количества граждан пенсионного возраста, продолжающих трудовую деятельность [9, с. 3–6].

Формирование здоровья этих групп населения – сложный и неоднозначный процесс. Ранее было показано, что социальные детерминанты здоровья имеют большое значение для данной группы населения [10, с. 27–31; 11, с. 45–56; 12, с. 217–222; 13, с. 21–28; 14, с. 57–60].

Однако и экономические детерминанты здоровья, а также материальное неравенство, могут иметь значимое влияние на состояние здоровья человека. Это имеет особенное значение в отношении старших возрастных групп, потому что их возможности влиять на свою экономическую обеспеченность ограничены.

Несмотря на некоторую очевидность зависимости состояния здоровья от уровня материального благосостояния, однозначных данных за принятия ее в качестве доказанного факта недостаточно. Также не существует единого методического подхода к разделению на группы сравнения в соответствии с материальным статусом. Накопление информации по этому вопросу, вероятно, даст возможность определить наиболее предпочтительный вариант разделения на группы с различным материальным статусом. Полученные данные важны при исследовании влияния и зависимости между уровнем материального благосостояния и показателями здоровья населения старших возрастных групп.

Одним из методических подходов, позволяющих разделить группы в соответствии с их материальным статусом, является учет удельного веса располагаемого дохода, который тратится на покупку продуктов питания.

Цель исследования: определить гендерные и возрастные различия удельного веса располагаемого дохода, который тратится на покупку про-

дуктов питания среди населения старших возрастных групп.

На основании опроса 1045 человек (в возрасте 60 лет и старше) были получены данные об удельном весе затрат на продукты питания в шести возрастно-половых группах. Было сформировано по три возрастных группы у мужчин и женщин (60–64 года; 65–69 лет; 70 лет и старше). Опрос проводился в 2017 году. Все опрошенные проживали в Москве и состояли под наблюдением врачей городской поликлиники. Анкета включала вопросы об удельном весе расходов на покупку продуктов питания семьи.

Респондентам было предложено выбрать из шести диапазонов, которые потом обобщали до трех: удельный вес расходов на покупку продуктов питания до 25%; более 25%, но менее 50%; более 50%. Более точные и дифференцированные значения удельного веса использовать нецелесообразно, так как данный критерий является субъективной оценкой, только воспринимаемым уровнем благосостояния. Точных данных о сумме совокупных расходов в соответствии с данной статьей у респондентов не было. Можно предположить, что женщины более точно оценивали структуру расходов, чем мужчины. Однако, полученные данные важны именно в гендерном аспекте.

Удельный вес пропуска мужчинами этого вопроса в анкете был наибольшим в самой старшей возрастной группе (70 лет и старше) – 5,4% респондентов не дали ответа на этот вопрос. Каждый двадцатый мужчина в возрасте 65–69 лет не смог дать ответ на поставленный вопрос, тогда как все мужчины из возрастной группы 60–64 года смогли представить на него ответ.

У мужчин в возрастной группе 60–64 года наибольший удельный вес во всех возрастных группах имела подгруппа с расходами на продукты питания более 25%, но менее 50% от совокупных доходов семьи – 44,8 на 100 опрошенных. Представленность этой категории мужчин увеличивалась до 47,8 на 100 человек (возрастная группа 65–69 лет) и снижалась – в возрасте 70 лет и старше до 30,9 на 100 опрошенных.

Уровень наиболее благополучных (удельный вес расходов на продукты питания до 10% от совокупного дохода семьи) был достаточно стабильным во всех возрастных группах и составлял примерно пятую часть всех опрошенных мужчин (минимальные значения в старшей возрастной

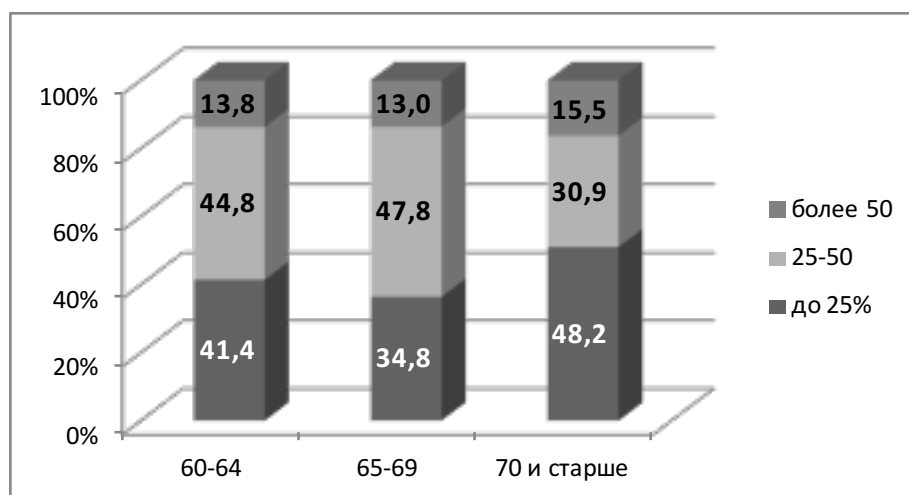


Рис. 1. Структура затрат на покупку продуктов питания в зависимости от возраста мужчин

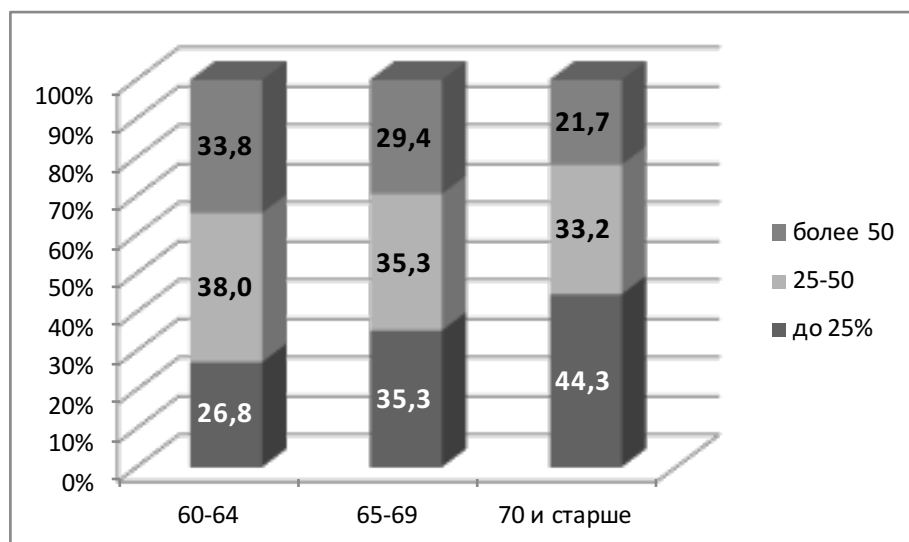


Рис. 2. Структура затрат на покупку продуктов питания в зависимости от возраста женщин

группе – 16,4 на 100 опрошенных, максимальные (в наиболее молодой возрастной группе) – 20,7 на 100 опрошенных. Примерно одинаковым был уровень наиболее бедных мужчин, которые тратили на покупку продуктов питания более 50% от размера совокупного дохода. Максимальное значение удельного веса таких респондентов наблюдалось в самой старшей возрастной группе – 15,5 на 100 опрошенных мужчин соответствующего возраста. В других возрастных группах удельный вес был несколько меньшим – 13,0 -13,5 на 100 опрошенных мужчин соответствующего возраста (рис.1).

Женщины в своих ответах испытывали меньше затруднений и были несколько менее оптимистичны. Практически все опрошенные дали ответ

на поставленный вопрос. В соответствии с их ответами, уровень наиболее благополучных в материальном отношении женщин старших возрастных групп (удельный вес расходов на продукты питания до 10% от совокупного дохода семьи), также как и у мужчин, был достаточно постоянным (на уровне 14,1–14,7 на 100 опрошенных женщин соответствующего возраста) и несколько повышался в самой старшей возрастной группе (до 17,6 на 100 опрошенных женщин в возрасте 70 лет и старше) (рис. 2).

Наибольшие гендерные различия наблюдались в отношении оценки удельного веса размера подгруппы наименее обеспеченных женщин. Так, в возрастной группе 60–64 года, треть женщин (по их представлениям) тратили на покупку продуктов питания более 50% от размера совокупного дохода, тогда как у мужчин этот показатель был более чем в два раза меньшим (33,8

против 13,8 на 100 опрошенных соответствующего возраста).

С увеличением возраста удельный вес наиболее необеспеченных женщин старших возрастных групп снижался. Наименьшие значения показателя наблюдались в возрастной группе 70 лет и старше (21,7 на 100 опрошенных женщин в возрасте 70 лет и старше) (рис. 2).

Наибольший градиент возрастания удельного веса, независимо от половой принадлежности, с увеличением возраста наблюдался в отношении группы, которая тратила до 25% своего дохода на продукты питания. У женщин рост составил 17,5% (с 26,8 до 44,3 на 100 опрошенных женщин соответствующего возраста), у мужчин – 6,8% (с

41,4 до 48,2 на 100 опрошенных мужчин соответствующего возраста).

Итак, у мужчин старших возрастных групп уровень материального благосостояния на основании данных опроса можно признать удовлетворительным, так как от трети до половины опрошенных мужчин утверждали, что тратят на продукты питания менее четверти от располагаемого дохода семьи. У женщин старших возрастных групп уровень материального благосостояния на основании данных опроса также можно признать удовлетворительным, так как от трети до половины опрошенных женщин утверждали, что тратят на продукты питания менее четверти от располагаемого дохода семьи.

Таким образом, проведенное исследование показало, что по результатам опроса, на основа-

нии субъективных оценок респондентов, уровень материального благосостояния с увеличением возраста не уменьшается, так как удельный вес тратящих на покупку продуктов питания менее четверти своего располагаемого дохода с увеличением возраста возрастает как среди мужчин, так и среди женщин. Удельный вес тех, кто вынужден тратить более половины своего дохода на покупку продуктов питания с увеличением возраста уменьшается. Женщины более пессимистично оценивают свой уровень благосостояния, чем мужчины. Полученные данные могут быть использованы при анализе влияния уровня материального благосостояния как экономической детерминанты на показатели здоровья населения старших возрастных групп.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хабриев Р.У. Система принятия решений в программе льготного лекарственного обеспечения / Р.У. Хабриев, А.П. Суходолов, Б.А. Спасенников, Л.Ю. Безмельницина, Д.О. Мешков // Известия Байкальского государственного университета. – 2018. – Т. 28. – № 1. – С. 6–11.
2. Хабриев Р.У. Оценка необходимого объема финансирования лекарственной терапии отдельных заболеваний / Р.У. Хабриев, А.П. Суходолов, Л.Ю. Безмельницина, Б.А. Спасенников, Д.О. Мешков, С.Н. Черкасов // Известия Байкальского государственного университета. – 2018. – Т. 28. – № 2. – С. 179–185.
3. Хабриев Р.У. Смертность от внешних причин у лиц группы риска / Р.У. Хабриев, С.В. Кулакова, Л.Ф. Пертли, Б.А. Спасенников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 4–8.
4. Суходолов А.П. Оптимизация тарифной политики в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации / А.П. Суходолов, Л.И. Меньшикова, Н.Н. Ясько, О.А. Ларюшкина, А.Л. Санников, Б.А. Спасенников // Известия Байкальского государственного университета. – 2019. – Т. 29. – № 1. – С. 138–145.
5. Хабриев Р.У. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
6. Anderson C. The local-ladder effect: social status and subjective well-being / C. Anderson, M.W. Kraus, A.D. Galinsky, D. Keltner // Psychological Science. – 2012. – Vol. 23. – № 7. – P. 764–771.
7. Dhak B. Gender differences in health and its determinants in the old-aged population in India / B. Dhak // Journal of Biosocial Science. – 2009. – Vol. 41. – № 5. – P. 625–643.
8. Cott C.A. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability / C.A. Cott., M.A.M. Gignac, E.M. Badley // Journal of Epidemiology and Community Health. – 1999. – Vol. 53. – № 11. – P. 731–736.
9. Щепин О.П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23. – № 6. – С. 3–6.
10. Гаенко О.Н. Социально-экономические проблемы здоровья населения пожилого и старческого возраста / О.Н. Гаенко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2004. – № 1. – С. 27–31.
11. Jefferson P.N. Does labor market status influence self-assessed health? / P.N. Jefferson, F.L. Pryor // International Advances in Economic Research. – 2014. – Vol. 20. – P. 45–56.
12. Gerino E. Quality of Life in the Third Age: A Research on Risk and Protective Factors / E. Gerino, E. Marino // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2015. – Vol. 187. – P. 217–222.
13. Au N. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? / N. Au, D.W. Johnston // Social Science and Medicine. – 2014. – Vol. 121. – P. 21–28.
14. Черкасов С.Н. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов, Г.С. Шестаков, И.Д. Киртадзе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 9–10. – С. 57–60.

REFERENCES

1. Khabriev R.U., Sukhodolov A.P., Spasennikov B.A., Bezmelnitsyna L.Y., Meshkov D.O. The Decision-Making System in the Program of Subsidized Pharmaceutical Provision. *Bulletin of Baikal State University*, 2018, vol. 28, no. 1, pp. 6–11. (in Russian)
2. Khabriev R.U., Sukhodolov A.P., Bezmelnitsyna L.Y., Spasennikov B.A., Meshkov D.O., Cherkasov S.N. Evaluation of the Necessary Amount of Financing of Drug Therapy for Particular Diseases. *Bulletin of Baikal State University*, 2018, vol. 28, no. 2, pp. 179–185. (in Russian)
3. Khabriev R.U., Kulakova S.V., Pertli L.F., Spasennikov B.A. The Mortality from External Causes in Individuals of Risk Group. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 2019, vol. 27, no. 1, pp. 4–8. (in Russian)
4. Sukhodolov A.P., Menshikova L.I., Yasko N.N., Laryushkina O.A., Sannikov A.L., Spasennikov B.A. Optimization of Tariff Policy in the Area of Compulsory Medical Insurance in the Subject of the Russian Federation. *Bulletin of Baikal State University*, 2019, vol. 29, no. 1, pp. 138–145. (in Russian)
5. Khabriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Yu.M. Strategies of population health protection as the basis of social policy of the state. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*, 2014, no. 3, pp. 3–5. (in Russian)
6. Anderson C., Kraus M.W., Galinsky A.D., Keltner D. The local-ladder effect: social status and subjective well-being. *Psychological Science*, 2012, vol. 23, no. 7, pp. 764–771.
7. Dhak B. Gender differences in health and its determinants in the old-aged population in India. *Journal of Biosocial Science*, 2009, vol. 41, no. 5, pp. 625–643.
8. Cott C.A., Gignac M.A.M., Badley E.M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, vol. 53, no. 11, pp. 731–736.
9. Shchepin O.P., Korotkikh R.V. Prospects for the development of health care in the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*, 2015, vol. 23, no 6, pp. 3–6. (in Russian)
10. Gaenko O.N. Socio-economic problems of the health of the elderly and senile age. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*, 2004, no. 1, pp. 27–31. (in Russian)
11. Jefferson P.N., Pryor F.L. Does labor market status influence self-assessed health? *International Advances in Economic Research*, 2014, vol. 20, pp. 45–56.
12. Gerino E., Marino E. Quality of Life in the Third Age: A Research on Risk and Protective Factors. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2015, vol. 187, pp. 217–222.
13. Au N., Johnston D.W. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? *Social Science and Medicine*, 2014, vol. 121, pp. 21–28.
14. Cherkasov S.N., Shestakov G.S., Kirtadze I.D. The effect of education on self-esteem of health in older age groups. *Problems of standardization in healthcare*, 2018, no. 9-10, pp. 57–60. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Черкасов Сергей Николаевич – главный научный сотрудник, Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Камаев Юрий Олегович – соискатель ученой степени доктора медицинских наук, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: scapule@mail.ru

Полозков Олег Игоревич – соискатель ученой степени кандидата медицинских наук, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: polozkov123@gmail.ru

AUTHORS

Sergey N. Cherkasov – Chief Researcher, Laboratory of Public Health Management, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Yuri O. Kamaev – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: scapule@mail.ru

Oleg I. Polozkov – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: polozkov123@gmail.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.009

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА В РОССИИ В 2000–Е ГОДЫ

Карпова О.Б.¹, Проклова Т.Н.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова

Рождаемость, смертность, миграция, демографическая нагрузка детьми, демографическая нагрузка пожилыми.

Аннотация

Демографическая нагрузка является очень важной характеристикой экономического состояния страны. Последние десятилетия в России, как и во всем мире, идет снижение показателя рождаемости, кроме того, с увеличением продолжительности жизни растет число лиц старше трудоспособного возраста. Во всех странах наблюдается старение населения. Коэффициент демографической нагрузки показывает сколько лиц нетрудоспособного возраста приходится на 1000 трудоспособного населения. Лица трудоспособного возраста являются преимущественно производителями экономических благ и отчислений средств в Пенсионный фонд и, таким образом, практически «содержат» нетрудоспособное население. Рост коэффициента демографической нагрузки осложняет социально-экономическое положение в стране. В работе анализируется динамика демографической нагрузки в России. Приводится сравнение демографической нагрузки в России и других странах. Приводятся данные об уровне демографической нагрузки с учетом проводимой пенсионной реформы. Рассматриваются возможные пути изменения сложившейся демографической ситуации. Показывается необходимость увеличения коэффициента рождаемости как наиболее перспективного направления для снижения демографической нагрузки.

DEMOGRAPHIC LOAD IN RUSSIA IN THE 2000S

Karpova O.B.¹, Proklova T. N.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords

Birth rate, mortality, migration, demographic load of children, demographic load of the elderly.

Abstract

Demographic burden is a very important characteristic of a country's economic condition. In recent decades, in Russia, as well as throughout the world, the birth rate has been decreasing, in addition, with an increase in life expectancy, the number of people over working age is growing. In all countries there is an aging population. The coefficient of demographic load shows how many people of working age account for 1000 able-bodied people. Persons of working age are predominantly producers of economic benefits and contributions to the Pension Fund, and thus practically "contain" the disabled population. An increase in the demographic load factor complicates the socio-economic situation in the country. The paper analyzes the dynamics of the demographic burden in Russia. A comparison of the demographic burden in Russia and other countries is given. The data on the level of demographic burden, taking into account, the ongoing pension reform are given. Possible ways of changing the current demographic situation are considered. The necessity of increasing the birth rate as the most promising direction to reduce the demographic burden is shown.

В последние десятилетия, в связи с все большим распространением старения населения, во всех экономически развитых странах одной из наиболее важных и актуальных тем для обсуждения является поиск путей компенсации роста демографической нагрузки. Действительно, в связи с долговременным снижением показателей рождаемости ниже уровня простого замещения поколений и одновременным ростом продолжительности жизни населения, происходит значительное изменение возрастной структуры, выраженное в росте доли старшего населения пенсионного возраста.

За последние десятилетия доля населения старше 60 лет во всем населении мира постоянно росла и в 2020 году, по прогнозам ООН, достигнет показателей в 13,5%. Однако процесс старения населения экономически развитых стран происходит намного быстрее. Уже на рубеже веков доля населения старше 60 лет составляла более пятой части всего населения, а в 2020 году превысит четверть [1].

Наиболее значительным последствием старения населения является постоянно нарастающая нагрузка на трудоспособное население, причем в первую очередь за счет нагрузки сверху (в связи с ростом доли пожилых), в то время как нагрузка снизу (детьми), постепенно снижается в связи с сокращением рождаемости практически во всех развитых странах. В целом по этому пути следует и динамика демографической нагрузки в России, за тем исключением, что несмотря на все усилия в стране средняя ожидаемая продолжительность жизни, а также уровень смертности, существенно хуже, чем в других развитых странах. Высокая смертность несколько тормозит старение населения, но недостаточно, чтобы препятствовать росту демографической нагрузки [2, с. 3–40].

Подробное рассмотрение как нынешней динамики данного показателя, так и перспектив его изменения в будущем, является актуальной задачей не только для учета экономических и социальных последствий, но и с точки зрения общественного здоровья. Действительно, изменение доли пожилого населения, а также проводимая пенсионная реформа, направленная на повышения возраста выхода на пенсию, потребуют дополнительных усилий по обеспечению не только достаточно долгой жизни людей старшего поколения, но и достаточно активной, чтобы они могли работать не только до, но и после достижения официального

возраста выхода на пенсию.

В статье, на основе анализа актуальной статистической информации Федеральной службы государственной статистики о половозрастной структуре населения России и отдельных регионов, а также на основе проведения международного сравнения, проводится анализ динамики показателей демографической нагрузки. Также проводится анализ прогноза демографической динамики с точки зрения изменения демографической нагрузки. Для оценки перспектив различных мер демографической политики, направленных на снижение нагрузки на трудоспособное население, рассматриваются отдельно показатели нагрузки сверху и нагрузки снизу, а также их изменение во времени.

За последние годы (2015-2018) в Российской Федерации продолжает оставаться неблагоприятная демографическая ситуация [3; 4; 5].

Если в 2013 году наблюдался естественный прирост населения, то уже к 2016 году, несмотря на проводимую государством демографическую политику, снизился уровень рождаемости, что привело к отсутствию естественного прироста населения. Снижение коэффициента рождаемости объясняется уменьшением доли женщин репродуктивного возраста. Эти тенденции в дальнейшем сохранились и привели в 2017-2018 годах к естественной убыли населения (-1,6).

Миграционный прирост не может перекрыть естественную убыль населения, вызванную низкой рождаемостью и на 1 января 2019 г. население Российской Федерации составляло уже только 146780720 человек, то есть численность населения сократилась на 49856 (или на 0,03%).

Во всех демографических прогнозах приводится тенденция дальнейшей убыли населения. По прогнозу Росстата до 2050 года страна будет терять в год 700-800 тысяч населения. Аналогичные данные приведены в прогнозе ООН до 2100 года. Согласно этим прогнозам убыль населения России будет расти и численность населения к 2050 году составит только 132,7 млн., а к 2100 году – 124,0 млн. человек.

Кроме указанных процессов, идет постоянное «постарение» населения, то есть растет доля лиц пожилого возраста и увеличивается общая демографическая нагрузка. Коэффициент демографической нагрузки является важным показателем экономического потенциала страны, так как он показывает сколько лиц нетрудоспособного

возраста приходится на 1000 лиц трудоспособного возраста.

Обычно выделяется три вида демографической нагрузки (на 1 января соответствующего года):

1. Демографическая нагрузка детьми (число детей до 15 лет на 1000 лиц трудоспособного возраста).

2. Демографическая нагрузка пожилыми людьми (число лиц пенсионного возраста на 1000 граждан трудоспособного возраста).

3. Общая демографическая нагрузка (сумма двух вышеуказанных показателей).

Демографическая нагрузка может иметь положительное значение, если это нагрузка детьми, так как дети через определенный период времени пополнят трудовые ресурсы, и отрицательное значение – при нагрузке людьми пенсионного возраста.

За последние 30 лет происходило постоянное снижение нагрузки детьми: с 570 в 1989 году до 250 в 2008 году. Это объясняется тем, что в начале 1990-х число рожденных детей снизилось почти вдвое, и на протяжении 10 лет рождаемость оставалась низкой. Начиная с 2011 года, нагрузка детьми несколько увеличилась до 330 в 2018 году.

Вместе с этим, все эти годы росла демографическая нагрузка пожилыми людьми с 325 в 2005 году до 454 в 2018 году.

Рост общей демографической нагрузки за период с 2005 по 2018 годы составил 31% (с 596 в 2005 году до 785 в 2018 году). При этом нагрузка лицами пенсионного возраста выросла на 39,4%, а нагрузка молодыми – на 22,5%.

Для различных регионов Российской Федерации значения коэффициента демографической нагрузки могут сильно отличаться: от 943 в Курганской области до 555 в Ямало-Ненецком автономном округе.

Самые высокие значения коэффициента демографической нагрузки в 2018 году были в Курганской (943), Новгородской (899), Кировской (878) Костромской (783), Псковской (789) и Тверской (785) областях, Республике Алтай (876). Во всех этих регионах в период с 2005-2018 гг. наблюдался рост демографической нагрузки. В Курганской области рост общей демографической нагрузки составил 48,1%, в Новгородской области – 37,5%, в Кировской области – 46,5%. В республике Алтай, Костромской, Псковской и Тверской областях

рост общей демографической нагрузки составил 46%, 37,7% 29,5% и 27,1% соответственно.

Самые низкие значения коэффициента демографической нагрузки в 2018 году были зафиксированы в Ямало-Ненецком АО (555), Чукотском АО (605), Ханты-Мансийском АО (635), Камчатском крае (651), Республике Дагестан (661), Магаданской и Мурманской областях (674 и 691 соответственно). Однако и в этих, относительно «благополучных» регионах, наблюдался рост коэффициента демографической нагрузки: в Ямало-Ненецком АО на 44,1%, в Чукотском АО на 52,8%, в Ханты-Мансийском АО на 61,1%, Магаданской и Мурманской областях на 61,2% и 52,8% соответственно. Исключение составляет республика Дагестан, где за период с 2005 по 2015 годы коэффициент демографической нагрузки практически не менялся (рост 0,15%).

Следует отметить, что для ряда регионов с высоким значением общей демографической нагрузки, доля детей значительно ниже доли пожилых людей. Для Тульской, Тамбовской, Псковской, Пензенской областей доля детей почти вдвое ниже доли пожилого населения.

С другой стороны, для регионов с малым значением коэффициента общей демографической нагрузки (Ямало-Ненецкий округ, республики Дагестан, Чечня) доля детей выше, чем доля пожилых в 2-3 раза.

Проведенный анализ показал, что для России в целом, а также всех регионов Российской Федерации, характерен рост общей демографической нагрузки.

По прогнозу Росстата к 2036 году в России число людей пенсионного возраста будет почти вдвое больше, чем молодых (44 млн. и 23 млн.). Таким образом, по прогнозу, демографическая нагрузка на работающих будет прирастать пенсионерами.

Однако этот вариант прогноза исходил из пенсионного возраста (60/55 лет). Переход к новому «пенсионному возрасту» уменьшит коэффициент общей демографической нагрузки, так как сократится доля людей пенсионного возраста.

Согласно новым расчетам Росстата к 2035 году, при среднем варианте прогноза общая демографическая нагрузка снизится до 622, при этом нагрузка людьми пенсионного возраста будет составлять 391 (табл. 1).

Таблица 1

Прогноз Росстата коэффициента демографической нагрузки
КОЭФФИЦИЕНТ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ
(на 1000 лиц трудоспособного возраста приходится нетрудоспособных, на начало года)

Годы	Низкий вариант прогноза			Средний вариант прогноза			Высокий вариант прогноза		
	Всего	в том числе лиц в возрасте:		Всего	в том числе лиц в возрасте:		Всего	в том числе лиц в возрасте:	
		моложе трудоспособного	старше трудоспособного		моложе трудоспособного	старше трудоспособного		моложе трудоспособного	старше трудоспособного
2020	775	332	443	775	332	443	775	332	443
2021	786	333	453	786	333	453	787	334	453
2022	755	325	430	756	327	429	758	329	429
2023	765	325	440	767	328	439	771	332	439
2024	730	314	416	732	318	414	739	324	415
2025	731	309	422	733	314	419	742	321	421
2026	693	296	397	697	302	395	707	311	396
2027	691	290	401	695	297	398	708	307	401
2028	653	276	377	657	283	374	673	296	377
2029	645	266	379	650	275	375	668	288	380
2030	635	256	379	643	266	377	663	281	382
2031	627	246	381	636	257	379	659	273	386
2032	617	235	382	628	248	380	655	266	389
2033	608	225	383	621	240	381	651	259	392
2034	603	219	384	619	236	383	652	255	397
2035	600	214	386	618	232	386	656	254	402
2036	601	210	391	622	231	391	664	254	410
2020	775	332	443	775	332	443	775	332	443

Для того чтобы сравнить уровень демографической нагрузки в России с соответствующими показателями других стран, необходимо рассчитать коэффициент демографической нагрузки так, как это принято в Европе и других странах. Поскольку пенсионный возраст в разных странах отличается, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), объединяющая 35 наиболее развитых стран, определяет в качестве уровня демографической нагрузки коэффициент, который показывает сколько лиц в возрасте 65 лет и старше приходится на 100 человек трудоспособного возраста (20-64 года).

Значения показателя демографической нагрузки, рассчитанные по правилам ОЭСР для Российской Федерации, представлены на рис. 1. Из рисунка видно, что в период с 2010 по 2014 годы коэффициент демографической нагрузки имел минимальные значения 19,26-19,95, далее

наблюдается рост демографической нагрузки до значения 23,1 в 2018 году.

Сравнивая эти значения с уровнем демографической нагрузки других стран [5], видим, что в РФ демографическая нагрузка почти в два раза ниже, чем в Японии, в 1,5 раза ниже, чем в Германии и в 1,45 раза ниже, чем во Франции.

С другой стороны, у таких стран как Китай, Аргентина, Чили, уровень демографической нагрузки значительно меньше среднероссийского значения (14,9, 19,9, 17,7 соответственно). Также низкий уровень демографической нагрузки имеют и страны Восточной Европы (Румыния, Литва, Латвия, Болгария). Для этих стран уровень демографической нагрузки в 5-6 раз меньше, чем в России. Для снижения уровня демографической нагрузки необходимо увеличивать долю молодого населения, то есть увеличивать рождаемость.

Представленные данные динамики демогра-

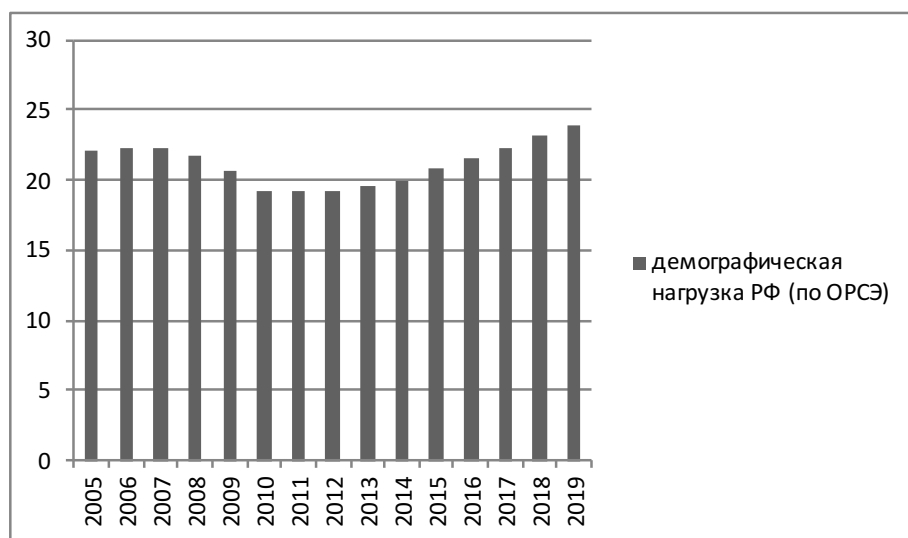


Рис. 1. Динамика коэффициента демографической нагрузки (по ОЭСР)

фической нагрузки и проведенное сравнение с сопоставимыми показателями других развитых стран показывает, что положение России на данный момент не является критическим, хотя наблюдавшиеся последние годы тенденции роста демографической нагрузки могли иметь негативные последствия для экономического развития страны.

Возможные пути выхода из складывающейся демографической ситуации достаточно прозрачны с точки зрения логики, но весьма сложны либо в реализации, либо в своих последствиях. Так, выход, по которому пошла современная Россия, – увеличение пенсионного возраста, компенсирующее рост доли пожилого населения, с одной стороны, позволяет не только решить проблему высокой демографической нагрузки, но даже приводит к ее снижению. Однако эта мера явно непопулярна среди населения – по опросам ФОМ свыше трех четвертей населения говорят о своем негативном отношении к проводимой реформе [6].

Альтернативным путем решения могло бы стать привлечение мигрантов в достаточном количестве, чтобы заместить убывающее население в трудоспособных возрастах. Однако здесь для России сразу встают два вопроса: во-первых, проблема недостаточной миграционной привлекательности и экономической стабильности в стране, чтобы поток мигрантов был достаточно большим и достаточно квалифицированным. Во-вторых, проблема постепенного замещения коренного населения мигрантами, которое может привести

к социальной напряженности и росту межэтнических конфликтов [7, с. 38–42].

Третий путь решения является наиболее перспективным с точки зрения общего улучшения демографического положения, так как заключается в обеспечении роста числа родившихся, что в последствии приведет к пополнению трудоспособного населения за счет собственных трудовых ресурсов. Однако эта

проблема, как показывает практика проводимой демографической политики, является одной и самых сложных для решения, хотя и наиболее предпочтительной во всех отношениях [8].

Подводя итог приведенным данным статистики и обсуждению перспектив решения проблем роста демографической нагрузки, можно отметить, что на данный момент в России достаточно активно реализуется лишь один из возможных путей – повышение пенсионного возраста. Другие ресурсы снижения демографической нагрузки задействованы в меньшей степени.

Повышение пенсионного возраста полностью позволяет компенсировать влияние стареющей возрастной структуры населения и, более того, даже приводит к снижению показателей демографической нагрузки. Однако эта мера может быть применена как однократная. Долгосрочные прогнозы как отечественных, так и зарубежных статистических ведомств показывают стабильную тенденцию продолжающегося роста старения населения, что в свою очередь возвращает актуальность вопросу о поиске альтернативных путей снижения демографической нагрузки. Наиболее перспективным из них выглядит повышение рождаемости, что позволит не только снизить нагрузку, но и решить саму проблему, вызывающую ее рост – затормозить или даже прекратить старение населения. Проведение исследований в этой сфере выглядит одним из перспективных направлений научной деятельности, а также соответствует актуальным задачам демографического развития.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019. – URL: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>
2. Вишневецкий А.Г. Россия: демографические итоги двух десятилетий / А.Г. Вишневецкий // Мир России: социология, этнология. – 2012. – № 3. – С. 3–40.
3. Демографический ежегодник России. 2017. – URL: https://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/demo17.pdf
4. Численность населения России за 2018 год (по регионам России). Единая межведомственная информационно-статистическая система. – URL: <https://russia.duck.consulting/maps/31/2018>
5. Дроздов А.В. Велика ли в России демографическая нагрузка на трудоспособное население? / А.В. Дроздов // Фактограф. – Июнь 26, 2018. – URL: <https://www.factograph.info/a/29321921.html>
6. Отношение россиян к повышению пенсионного возраста. – URL: <https://fom.ru/Экономика/14104>
7. Васильева О.В. Перспективы интеграции мигрантов в принимающее сообщество: анализ проблем / О.В. Васильева // Теория и практика общественного развития. – 2017. – № 11. – С. 38–42.
8. Антонов А.И. Демографические процессы в России XXI века. / А.И. Антонов, В.М. Медков, В.Н. Архангельский. – М.: «Грааль», 2002. 167 с.

REFERENCES

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019. URL: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html> (in Russian)
2. Vishnevsky A.G. Russia: demographic results of two decades. *World of Russia: Sociology, Ethnology*, 2012, no. 3, pp. 3–40. (in Russian)
3. *Demographic Yearbook of Russia. 2017*. URL: https://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/demo17.pdf (in Russian)
4. *The population of Russia in 2018 (by region of Russia). Unified interdepartmental information and statistical system*. URL: <https://russia.duck.consulting/maps/31/2018> (in Russian)
5. Drozdov A.V. Is the demographic burden on the able-bodied population high in Russia? *Pictograph*. June 26, 2018. URL: <https://www.factograph.info/a/29321921.html> (in Russian)
6. *Attitudes of Russians to increasing of pension age*. URL: <https://fom.ru/Экономика/14104> (in Russian)
7. Vasilieva O.V. Prospects for the integration of migrants into the host community: problem analysis. *Theory and practice of social development*, 2017, no. 11, pp. 38–42. (in Russian)
8. Antonov A.I., Medkov V.M., Arkhangelskiy V.N. *Demographic processes in Russia of the XXI century*. Moscow: «Grail», 2002. 167 p. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Карпова Оксана Борисовна – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат физико-математических наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: obkarpova@mail.ru

Проклова Татьяна Николаевна – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: tnproklova@mail.ru

AUTHORS

Oksana B. Karpova – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in physics and math, Moscow, Russian Federation; e-mail: obkarpova@mail.ru

Tatyana N. Proklova – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: tnproklova@mail.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.0010

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Коломийченко М.Е.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова

Паллиативная медицинская помощь, отделение паллиативной медицинской помощи, качество медицинской помощи.

Аннотация

Управление качеством медицинской помощи невозможно без изучения объекта оказания помощи – пациента. В течение достаточно длительного времени в России паллиативная помощь оказывалась преимущественно людям, страдающим онкологическими заболеваниями. Однако, в настоящее время общепризнанной является необходимость предоставления такой помощи и при других состояниях (некоторые инфекционные заболевания, хронические неинфекционные заболевания и др.). Публикация посвящена результатам изучения контингента отделения паллиативной медицинской помощи стационара (анализ возрастно-полового состава пациентов, распределение их диагнозов по классам и блокам МКБ-10, наличие хронического болевого синдрома, потребность в анальгетической терапии) и анализу медико-социальных особенностей (потребность в дополнительных клинических исследованиях и консультациях врачей-специалистов, наличие/отсутствие инвалидности и нуждаемость в дополнительных технических средствах) пациентов, нуждающихся в оказании данного вида помощи. В публикации использованы данные собственного исследования, а также приведены ссылки на нормативные правовые акты Российской Федерации и литературу по теме исследования.

THE MEDICAL SOCIAL PORTRAIT OF PATIENT REQUIRING PALLIATIVE CARE

Kolomiychenko M.E.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords

Palliative medical care, palliative care unit, quality of care.

Abstract

The medical care quality management is impossible without studying the object of care – the patient. The publication considers the results of study of patients of the hospital palliative care unit (analysis of the age gender structure of patients, distribution of diagnoses according of ICD-10, the chronic pain syndrome availability, requirement of analgesic therapy) and analysis of medical social characteristics (requirement for additional clinical research and consultations of medical specialists, presence/absence of disability and requirement for additional technical means) of patients requirement this type of care. The publication applies original date research. The web-links to normative legal acts of the Russian Federation and publications study subject.

Паллиативная медицинская помощь выделена в качестве самостоятельного вида медицинской помощи в 2011 году в 323-ФЗ¹, где была определена как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». В марте 2019 года в федеральное законодательство, регламентирующее оказание паллиативной медицинской помощи, внесен ряд изменений^{2,3}. В частности, паллиативная медицинская помощь в настоящей редакции – это не только медицинские вмешательства, но мероприятия психологического характера и мероприятия по уходу за пациентом. А в Положении об организации оказания паллиативной медицинской помощи отражены не только принципы организации и работы структурных подразделений, но и критерии отбора пациентов для оказания им данного вида помощи, а также порядок взаимодействия медицинских организаций и социальных учреждений.

Согласно рекомендациям международных медицинских организаций, позиции отечественных ученых, предоставление паллиативной помощи должно осуществляться исходя из потребностей человека, а не на основании диагноза или прогнозов [1; 2; 3; 4; 5, с. 61–64; 6, с. 118–121; 7, с. 29–32].

Цель исследования: изучить контингент отделения паллиативной медицинской помощи стационара, определить медико-социальные особенности данной категории пациентов.

Исследование проводилось на базе отделения паллиативной медицинской помощи (далее – Отделение), имеющего коечный фонд 30 коек, одной из городских клинических больниц Департамента здравоохранения г. Москвы. В рамках тем НИР «Организационно-экономические механизмы по-

вышения эффективности оказания медицинской помощи населению» и «Организационно-экономические основы разработки системы управления качеством и эффективностью медицинской деятельности» с целью изучения контингента Отделения был проведен сбор статистических данных обо всех госпитализированных пациентах, находившихся на лечении в 2016-2017 гг. Проведен анализ данных, содержащихся в первичной медицинской документации: статистической карте выбывшего из стационара⁴ (учетная форма 066/у-02) и медицинской карте стационарного больного (форма № 003/у).

За указанный период (2016-2017гг.) имело место 1526 случаев госпитализации пациентов в Отделение.

Женщин, получивших паллиативную медицинскую помощь, было в 2 раза больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил 76 лет. Для данного Отделения характерен высокий уровень смертности – госпитализация трети пациентов завершилась летальным исходом. Подавляющее большинство пациентов (примерно $\frac{3}{4}$) получали помощь в связи с неонкологическим заболеванием.

При анализе медицинских документов пациентов с онкологической патологией (391 человек) определено, что только в трети случаев (у 142 человек) наблюдался хронический болевой синдром, из них у 119 пациентов (80%) для его купирования назначались анальгетические препараты, в том числе наркотические. Следует отметить, что препараты данной группы требовались и для купирования болевого синдрома у пациентов с неонкологическими заболеваниями, однако, гораздо реже.

Крайне важными представляются и такие медико-социальные характеристики, как наличие инвалидности и нуждаемость в технических средствах. В ходе исследования определено, что инвалидность не установлена у трети пациентов Отделения. Однако, анализ нуждаемости в дополнительных технических средствах показал, что подавляющему большинству пациентов (почти 80%) требуется абсорбирующее белье, подгузники.

Более подробная информация об обсуждаемых характеристиках представлена в таблице 1.

¹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. – № 263. – 23.11.2011.

² Федеральный закон от 6 марта 2019 г. № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» // Российская газета. – № 52. – 11.03.2019.

³ Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» // Российская газета – № 140. – 01.07.2019.

⁴ Приказ Минздрава РФ от 30 декабря 2002 г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» // Здравоохранение. – 2003. – № 3.

Таблица 1

**Медико-социальные характеристики пациентов отделения
паллиативной медицинской помощи**

Характеристика	Варианты	Выбыло пациен- ентов в 2016 г. (n=772)		Выбыло пациен- ентов в 2017 г. (n=754)		Выбыло паци- ентов, всего (n=1526)	
		абс.	доля от всех выбыв- ших пациен- тов, %	абс.	доля от всех выбыв- ших пациен- тов, %	абс.	доля от всех вы- быв- ших паци- ентов, %
Пол	мужской	236	31	250	33	486	32
	женский	536	69	504	67	1040	68
Средний возраст, лет		76	-	75	-	76	-
Исход	выписано	517	67	503	67	1020	67
	умерло	255	33	251	33	506	33
Основной диагноз	Онкологическое заболевание (C00-C97, D00-D09)	199	26	192	25,5	391	25,6
	Неонкологическое заболевание	573	74	562	74,5	1135	74,4
Хронический болевой синдром	Всего	82	10,6	114	15	196	12,8
	из них: -при онкологическом заболе- вании	55	7,1	87	11,5	142	9,3
	-при неонкологическом забо- левании	27	3,5	27	3,5	54	3,5
Нуждаемость в анальге- тической терапии (в т.ч. наркотических препа- ратах)	Всего	44	5,7	87	11,5	131	8,6
	из них: -при онкологических заболе- ваниях	42	5,4	77	10,2	119	7,8
	-при неонкологических забо- леваниях	2	0,3	10	1,3	12	0,8
Инвалидность	Нет	232	30	267	35	499	33
	III группа	44	6	44	6	88	6
	II группа	353	46	314	42	667	44
	I группа	143	19	129	17	272	18
Нуждаемость в техни- ческих средствах	Абсорбирующее белье, подгуз- ники	588	76	614	81	1202	79
	Мочевой катетер, цистостома, уретерокутанеостома	76	10	123	16	199	13
	Колостома, холецистома	20	3	16	2	36	2
	Назо-гастральный зонд	63	8	61	8	124	8
	Гастростома	5	0,65	2	0,3	7	0,5
	Трахеостома	5	0,65	13	1,7	18	1,2

Проведенное исследование показало высокий уровень потребности в предоставлении пациентам ряда дополнительных медицинских услуг (таблица 2):

- клинических лабораторных исследований и инструментальных методов (таких как общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, анализ крови на содержание глюкозы, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, электрокардиография, бронхоскопия и др.);

- консультаций врачей-специалистов (кардиолога, невролога, онколога, психиатра, травматолога, хирурга, эндокринолога и др.).

Необходимо отметить, что при проведении настоящего исследования учитывался сам факт предоставления пациенту услуги каждой категории без учета кратности. Интересно и распределение диагнозов у пациентов, получавших

паллиативную медицинскую помощь в условиях специализированного отделения в многопрофильном стационаре (таблица 3).

Первое ранговое место по частоте встречаемости занимают болезни системы кровообращения (у 975 пациентов), из которых 94% (у 916 пациентов) составляют цереброваскулярные болезни. Доля умерших от данной группы болезней составляет около 30% и в случае болезней системы кровообращения в целом, и в случае цереброваскулярных болезней.

Второе ранговое место – злокачественные новообразования (у 391 пациента), из которых наиболее часто встречаются опухоли органов пищеварения и молочной железы. Следует отметить, что именно для этой группы заболеваний характерна самая высокая доля умерших (45,5%).

Все остальные заболевания встречаются значительно реже (менее 5% случаев в каждом из классов МКБ-10).

Таблица 2

Исследования и консультации врачей-специалистов при оказании паллиативной медицинской помощи в условиях отделения паллиативной медицинской помощи

Характеристика	Выбыло пациентов в 2016 г. (n=772)		Выбыло пациентов в 2017 г. (n=754)		Выбыло пациентов, всего (n=1526)	
	абс.	доля от всех выбывших пациентов, %	абс.	доля от всех выбывших пациентов, %	абс.	доля от всех выбывших пациентов, %
Исследования	161	21	131	17	292	19
ЭКГ	230	30	190	25	420	27,5
Консультации специалистов	296	38	279	37	575	38

**Распределение диагнозов пациентов,
выбывших из отделения паллиативной медицинской помощи**

Код МКБ-10	Название	Выбыло пациентов (n=1526)			
		абс.	доля от всех выбывших пациентов, %	из общего числа выбывших пациентов	
				выписано	умерло
C00-C97	Злокачественные новообразования	391	25,6	213	178
	из них:				
C15-C26	органов пищеварения	120	7,9	46	74
C30-C39	органов дыхания и грудной клетки	39	2,5	16	23
C50-C50	молочной железы	104	6,8	79	25
G00-G99	болезни нервной системы	71	4,6	67	4
I00-I99	болезни системы кровообращения	975	64	676	299
	из них:				
I20-I25	ишемическая болезнь сердца	50	3,3	27	23
I60-I69	цереброваскулярные болезни	916	60	643	273
K00-K93	болезни органов пищеварения	27	1,7	18	9
	из них:				
K70-K77	болезни печени	23	1,5	15	8
S00-T98	травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	35	2,3	26	9
	из них:				
T90-T98	последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	31	2,0	25	6
	Другое*	27	1,8	20	7
	Всего	1526	100	1020	506

*«Другое» – заболевания, классифицируемые в других классах МКБ-10

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты позволяют утверждать, что потребность в паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях возникает не только у пациентов, имеющих злокачественное новообразование, но преимущественно у пациентов с неонкологической патологией. Кроме того, высока потребность в предоставлении дополнительных медицинских услуг (исследований, консультаций специалистов) во время госпитализации, а также в дополнительных технических средствах и проведении медико-социальной экспертизы.

Полученные данные могут быть использованы для обеспечения не только надлежащего качества медицинской помощи, но и соответствующего

качества ее организации (планирование штатных нормативов, определение предполагаемого объема данного вида помощи, планирование лекарственного обеспечения, в частности обезболивающими препаратами, и др.).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. – London: World Palliative Care Alliance, 2014. – 103 p.
2. Palliative Care. The Solid Facts. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. – 32 p.
3. Better Palliative Care for Older People. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. – 40 p.
4. Palliative care for older people: better practices. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2011. – 59 p.
5. Сидельникова К.Н. Итоги работы паллиативных отделений г. Оренбурга за 2018 год / К.Н. Сидельникова, А.Р. Миниярова // Молодой ученый. – 2019. – № 12. – С. 61–64.
6. Бухарова А.И. Анализ паллиативной помощи в г. Симферополе / А.И. Бухарова, А.В. Вакулина // Устойчивое развитие науки и образования. – 2018. – № 5. – С. 118–121.
7. Самойлов А.С. Опыт организации паллиативной медицинской помощи в многопрофильном стационаре / А.С. Самойлов, Ю.Д. Удалов, Е.А. Мироманова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 4. – С. 29–32.

REFERENCES

1. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. London: World Palliative Care Alliance, 2014. 103 p.
2. *Palliative Care. The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. 32 p.
3. *Better Palliative Care for Older People*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. 40 p.
4. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2011. 59 p.
5. Sidelnikova K.N., Miniyarova A.R. Results of work of palliative departments of Orenburg for 2018. *Young Scientist*, 2019, no. 12, pp. 61–64. (in Russian)
6. Bukharova A.I., Vakulin A.V. Analysis of palliative care in Simferopol. *Sustainable development of science and education*, 2018, no. 5, pp. 118–121. (in Russian)
7. Samoilov A.S., Udalov Yu.D., Miromanova E.A. Experience in organizing palliative care in a multi-specialty hospital. *Palliative medicine and rehabilitation*, 2019, no. 4, pp. 29–32. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Коломийченко Мария Евгеньевна – младший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация, e-mail: niiskni@mail.ru

AUTHOR

Mariya E. Kolomiychenko – Junior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: niiskni@mail.ru

УДК 61(091)
DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.0011

СЛУЖБА КРОВИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ – ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС В 1930–1940-Е ГГ.

Быков В.П.¹, Андреева А.В.¹, Самбуров Г.О.¹

¹ Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

Ключевые слова

История медицины, переливание крови, история отечественной гемотрансфузии, опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.

Аннотация

В статье изложены условия формирования и работы Службы крови на территории Архангельской области накануне и в годы Великой Отечественной войны. Развитие этой службы характеризовалось крайне медленным внедрением гемотрансфузий в лечебную практику и дефицитом обученных медицинских специалистов по переливанию крови. В 1932 г. в Архангельске появился Северный филиал Центрального института переливания крови. Он имел большое значение в становлении и развитии Службы крови. Благодаря эффективным организационным мероприятиям и самоотверженному труду сотрудников Архангельской станции переливания крови в 1941-1945 гг. около 17 тысяч северян стали донорами. Было заготовлено более 18 тысяч литров крови. Память о донорах военных лет увековечена мемориальным знаком, установленным перед зданием Архангельской областной станции переливания крови.

BLOOD SERVICE OF THE ARKHANGEL REGION – HISTORICAL EXCURSION IN THE 1930S AND 1940S

Bykov V.P.¹, Andreeva A.V.¹, Samburov G.O.¹

¹ Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

Keywords

The history of medicine, blood transfusion, the history of domestic blood transfusion, the experience of Soviet medicine in the Great Patriotic War of 1941-1945.

Abstract

The article sets out the conditions for the formation and operation of the Blood Service on the territory of the Arkhangelsk Region on the eve of and during the Great Patriotic War. The development of this service was characterized by an extremely slow introduction of blood transfusions into medical practice and a shortage of trained medical specialists in blood transfusion. In 1932, the Northern branch of the Central Institute of Blood Transfusion appeared in Arkhangelsk. He was of great importance in the formation and development of the Blood Service. Thanks to effective organizational measures and the dedicated work of the staff of the Arkhangelsk blood transfusion station in 1941-1945. about 17 thousand northerners became donors. Over 18 thousand liters of blood were harvested. The memory of the donors of the war years is immortalized with a memorial sign installed in front of the building of the Arkhangelsk regional blood transfusion station.

В Юбилейном году Победы в Великой Отечественной войне представляет повышенный исторический интерес развитие медицинских направлений по сохранению людских ресурсов в военный период. Одним из них является служба донорской крови в 1930-1940-е гг.

Проблема переливания крови в СССР впервые обсуждена на XXII Всесоюзном съезде хирургов (22-29 мая 1932 г., Москва). В резолюции съезда записано: «Переливание крови – один из видов неотложной помощи в хирургии. Первым делом следует подготовить врачей-хирургов, затем всех остальных врачей... Переливание крови – действительный метод помощи в условиях военного травматизма» [1, с. 180].

На XXIII Всесоюзном съезде хирургов (25-30 июня 1935 г., Ленинград) вновь обсуждена проблема донорства и гемотрансфузии. С основным докладом «Переливание крови в войсковом районе» выступил Н.Н. Еланский [1, с. 192]. Обсуждение на двух представительных форумах в 1930-х годах стимулировало внедрение переливания крови в качестве лечебного метода в гражданской и военной медицине.

С целью активизации переливания донорской крови в гражданских лечебных учреждениях издан приказ НКЗ РСФСР № 128 от 5 февраля 1936 г.: «1. Организовать обучение хирургов, акушеров-гинекологов крупных больниц по операциям переливания крови. 2. При центральных краевых, областных и республиканских больницах организовать круглосуточное дежурство врачей, ответственных за переливание крови с тем, чтобы по первому требованию любого лечебного учреждения города мог явиться дежурный врач с консервированной кровью для производства операции переливания крови. Заместитель Народного комиссара здравоохранения Гуревич» [1, с. 197].

Издание данного приказа было обусловлено низкими темпами создания службы крови в областях и краях нашей страны, крайне медленным внедрением гемотрансфузий в лечебную практику. В 1930 г. в СССР произведено лишь 3995 переливаний крови, а через 7 лет – 72000, за предвоенный 1940 г. – 220.000 гемотрансфузий. Таким образом, число переливаний крови в течение десяти лет перед Великой Отечественной войной увеличилось в 55 раз.

В 1940 г. около 17 тысяч врачей и 11 тысяч фельдшеров, акушеров, медицинских сестер ос-

воили методику забора, консервирования и переливания донорской крови, показания и противопоказания к переливанию [2, с. 537-551].

До 1941 г. в системе медицинского обеспечения сухопутных войск РККА страны не было отдельной службы переливания крови. Во время войны с белофиннами организацией гемотрансфузий в госпиталях действующих армейских соединений занимались главные хирурги армий. Снабжение донорской кровью осуществлялось из тыла через эвакуационные пункты. После войны с белофиннами в войсках перешли на переливание 0(I) группы универсального донора, однако реализация этого решения была сопряжена с определенными трудностями. Первую группу крови имеют примерно 35% населения. Для заготовки достаточного объема консервированной крови 0(I) группы приходилось определять группу крови у большого числа потенциальных доноров, что было сопряжено с тратой времени и гемоглабинирующих сывороток.

Служба переливания крови на военно-морских флотах была создана перед войной в 1940 г. и состояла из пунктов гемотрансфузии флота и при госпиталях отдельных военно-морских баз. Пункты переливания донорской крови при флотских госпиталях обеспечивали заготовку и переливание крови в госпиталях и лазаретах [3, с. 242–281].

В 1932 г. в Архангельске появился Северный филиал Центрального института переливания крови (ЦИПК). Организовал и возглавил его хирург М.В. Алферов, в дальнейшем профессор, основатель и первый заведующий кафедрой госпитальной хирургии Архангельского государственного медицинского института (далее – АГМИ). Северный филиал ЦИПК вначале имел 4,5 штатных должности сотрудников. В 1938 г. штат филиала увеличен до 7,5 единицы. В 1939 г. он реорганизован в Архангельскую областную станцию переливания крови (далее – АОСПК).

Профессор М.В. Алферов разрабатывал научные вопросы донорства и переливания крови. Он организовал обучение 130 врачей городских и сельских больниц методике консервации и переливанию крови. Опыт проведения 900 гемотрансфузий в лечебных учреждениях Архангельской области доложен М.В. Алферовым на научной конференции АГМИ в 1939 г.

Научным сотрудником Северного филиала

ЦИПК работал хирург, кандидат медицинских наук Г.Ф. Николаев. Он провел научные исследования по консервации донорской крови и ее транспортировке в условиях Севера. Николаев Г.Ф. осуществил гемотрансфузии в медицинских учреждениях отдаленных населенных пунктов при вылетах в качестве бортихирурга областной санавиастанции для оказания неотложной хирургической помощи. Он вел приват-доцентский курс переливания крови для студентов выпускного курса на кафедре госпитальной хирургии АГМИ в 1938-1939 г.г.

Перед началом Великой Отечественной войны в 1941 г. в Архангельске был издан первый научный сборник по гемотрансфузиологии, подготовленный сотрудниками АОСПК и кафедры госпитальной хирургии АГМИ [4].

В начале Великой Отечественной войны отсутствовала эффективная система обеспечения лечебно-эвакуационных этапов действующих войск донорской кровью, потребность в которой была колоссальной. Главное военно-медицинское управление Красной Армии в 1-ом полугодии 1942 г. почти на всех фронтах организовывало фронтовые и армейские станции переливания крови. Передвижные станции явились новой организационной формой заготовки крови и гемотрансфузии во фронтовых условиях. Первые месяцы новой организации заготовки крови показали, что полностью обеспечить боевые части донорской кровью из собственных фронтовых станций не представлялось возможным. Доставка крови из тыла по-прежнему имела главенствующее значение.

В конце 1942 г. в Наркомздраве РСФСР создан Отдел заготовки крови для действующей армии. Одним из первых мероприятий Отдела НКЗ было распределение всех станций переливания крови на фронтовые, станции ближайшего тыла, тыловые и резервные. Были определены точные функции всех станций переливания крови в военное время и обязанности местных органов здравоохранения в отношении помощи станциям. Поставлены задачи перед 7 имевшимися в стране институтами переливания крови по разработке протившоковых растворов, новых эффективных консервантов и комплекса мер профилактики бактериального загрязнения донорской крови, конструированию флаконов и ампул для крови, защитных приспособлений для сбрасывания консервированной крови с самолетов на сушу и воду

[3, с. 242–281].

В первые дни Великой Отечественной войны перед коллективом АОСПК встала конкретная задача многократного увеличения объемов заготовки крови, требовалось заготавливать тонны крови. Одновременно возникло много препятствий: отсутствие опыта массовой заготовки крови, значительная часть населения не была знакома с вопросами донорства, не хватало штатного персонала, помещений, оборудования и стеклотары. В здании было холодно из-за отсутствия дров. В сентябре-ноябре 1941 г. Архангельский облздравотдел осуществил ряд экстренных мер по организации работы станции в соответствии с жесткими требованиями военного времени. Предстояло срочно укомплектовать станцию новыми медицинскими кадрами за счет периферийных ЛПУ.

Перед началом Великой Отечественной войны служба АОСПК состояла лишь из 6 работников. В октябре 1941 г. штат увеличился до 44, а к началу 1942 г. – до 80. Таким образом, за первые 6 месяцев войны произошел рост кадрового состава в 13 раз. Прибытие в коллектив новых сотрудников из разных непрофильных лечебных учреждений Архангельской области потребовало ускоренного обучения их на рабочем месте. Эта задача была успешно решена. Руководителями АОСПК, достойно пронесшими колоссальный груз ответственности во время войны были хирурги С.Я. Ступников и Н.Д. Анфимова, заведующий кафедрой факультетской хирургии АГМИ, профессор Л.Д. Заславский, главный врач М.Е. Вайнберг (1942-1946 гг.).

3 декабря 1942 г. научным консультантом областной станции переливания крови назначен заведующий кафедрой госпитальной хирургии д.м.н., профессор Г.М. Давыдов.

23 октября 1941 г. издан приказ ОЗО № 469 по совершенствованию донорства: «В соответствии с приказом НКЗ СССР № 454 от 16.09.1941 и в целях улучшения организации работы по донорству приказываю:

1. Райздравотделам, комитетам Красного Креста и Красного Полумесяца принять меры по укреплению донорских кадров. Обеспечить первоочередное медицинское обследование доноров, сдающих кровь безвозмездно.

2. В пятидневный срок назначить заведующих донорскими пунктами и врачей донорских комиссий. Обеспечить четкую работу донорских пунктов.

3. Тов. Ступникову обеспечить методическое руководство работой районных донорских пунктов г. Архангельска. Обеспечить четкий прием доноров на станции переливания, чтобы продолжительность их пребывания на станции не превышала 2-2,5 часа» [5].

Работой по вовлечению в ряды доноров занимались медицинские работники и активисты общества Красного Креста, которые внесли неоценимый вклад в развитие донорства. В 1942 г. ассистент кафедры оперативной хирургии, кандидат медицинских наук С.И. Елизаровский подготовил для населения и пропагандистов донорства научно-популярную брошюру «О переливании крови», которая вышла тиражом 3000 экземпляров.

Для пропаганды донорства проводились слеты и вечера доноров, где зачитывали благодарственные письма с фронта от бойцов, вернувшихся в строй, и выступали активные доноры. В годы войны донорское движение интенсивно развивалось. В 1941 г. в городских поликлиниках создавались донорские пункты и специальные комиссии с целью разъяснительной, организационной работы и первичного обследования доноров в госпиталях. Врачи, медицинские сестры и санитарки становились донорами. Сотрудники АОСПК тоже вступали в ряды доноров. Проблема донорских кадров была решена: в 1941-1945 гг. 17000 жителей Архангельска и области стали донорами, было заготовлено 18410 литров крови.

Однократная доза забора крови (кровосдача) в период войны была различной. Максимальная доза, установленная инструкцией НКЗ, составляла 450 мл, средняя доза – 200-250 мл. У доноров, сдававших кровь первый раз, доза не превышала 200 мл. Значительная часть доноров сдавала кровь безвозмездно. За годы войны доноры в фонд обороны перечислили 100 000 рублей. Донор, сдавший кровь, получал право на донорский обед из следующих продуктов (в граммах): хлеб – 400, мясо или рыба – 130, масло – 30, сахар – 30, чай – 0,3, крупа – 40, овощи (морковь, свекла, картофель) – 400, молоко – 200 и мука – 10. Как следует из акта финансово-хозяйственной ревизии АОСПК, проведенной 5-21 мая 1945 г., имел место недорасход средств на питание доноров. Торгующие организации, из-за отсутствия продуктов на складах, нередко заменяли мясо более дешевой рыбой, масло – салом; овощей, вместо положенных 400 г., выдавали 200 г. [6].

В военный период объем заготовки крови за-

висел от ситуации на фронтах. Чтобы обеспечить в достаточном количестве кровью раненых в госпиталях Северного флота, Карельского, Волховского и других фронтов, а также в эвакогоспиталях, развернутых в Архангельске и области, сотрудники работали в 2-3 смены с небольшими перерывами на отдых. Кровь заготавливали в четырехгранные стеклянные ампулы, позднее в цилиндрические, емкостью по 500 мл, при их отсутствии – в бутылки из-под водки.

В очень тяжелых условиях проводилась обработка посуды для взятия крови. Теплой воды и специальных ванн для мытья посуды не было. Ампулы мыли ершами вручную в тазах с мыльно-содовым раствором или в растворе древесной золы – щелоке, если не было соды и мыла. Для приготовления щелока собирали древесную золу в домашних печах. Стеклянную посуду после мытья замачивали в 2% раствор двуххромовокислого калия (хромпика) для удаления белковых субстратов крови, фиксированных на стекле, после чего следовало тщательное прополаскивание холодной водопроводной водой. Работали в слабо отапливаемом холодном помещении. Кроме заготовки крови на станции готовились консервирующие без антисептиков растворы, поэтому были случаи роста микрофлоры в заготовленной донорской крови. Труд был ручной и очень тяжелый. Заготовка крови производилась в стеклянные ампулы. Герметизация их выполнялась резиновыми трубками, которые легко соскальзывали со стекла, доза крови становилась нестерильной и браковалась. Возврат тары из-под крови с фронтов и из эвакогоспиталей был низкий. Наблюдался большой бой стеклянной тары. Все, что возвращалось на АОСПК (ампулы, резиновые трубки, из которых монтировали системы для взятия крови, инъекционные иглы, металлический и другой инструментарий), тщательно обрабатывалось. Специальная одежда, маски для работы в боксах, перчатки после донорского дня подвергались стирке и стерилизации.

Лекарственное обеспечение лечебных учреждений оставляло желать лучшего, поэтому на станции производили кровезаменители по специальной рецептуре – противошоковый, плазмозамещающий растворы, лечебную противовоспалительную сыворотку по рецепту А.Н. Филатова, сотрудника Ленинградского НИИ гематологии и переливания крови.

Архангельск в августе 1942 г. подвергся се-

резным налетам немецкой авиации [7]. После объявления воздушной тревоги сотрудники станции собирались на сборном пункте, брали с собой перевязочный материал, стерильный инструментарий, небольшое количество заготовленной донорской крови в специальных изотермических ящиках (сколько можно было унести) и укрывались в бомбоубежище [5].

Представление о распределении заготовленной донорской крови дают следующие цифры. В 1944 г. прошло 15305 доноров, заготовлено 4716,5 литров крови. Средний объем кровосдачи составил 300 мл. Отправлено в действующую армию 2399,0 литров (50,9%), эвакогоспиталям госпитальной базы Карельского фронта 1141,0 литров (24,2%), отпущено гражданским лечебным учреждениям 712,2 литров (15,1%), передано для изготовления агглютинирующих сывороток 265,0 литров (5,6%), лечебных сывороток 299,0 литров (6,3%), на бактериологический контроль 92,0 литра (2,0%), списано по браку 5,0 литров (0,1%).

С 1 января по 30 апреля 1945 г. заготовлено 2665,1 литров крови. Отправлено в действующую армию 1911,1 литров (71,7%), эвакогоспиталям 245,7 литров (9,2%), отпущено гражданским лечебным учреждениям 268,4 литров (10,1%), передано на изготовление сывороток 196,7 литров (7,4%), на бактериологический контроль 35,3 литров (1,3%), списано по браку 0,7 литров (0,03%). Таким образом, в медицинские учреждения сражающейся армии и эвакогоспитали АОСПК направляла 75-81% заготовленной крови, в гражданские лечебные учреждения Архангельской области лишь 10-15%. Обращает внимание предельно низкая доля бракованной крови (0,03-0,1%), что свидетельствует о высоком качестве работы коллектива АОСПК. По данным В.Н. Шамова, выбраковка крови, доставленной на все этапы медицинской эвакуации, составляла в среднем до 5% [6].

Требования фронтов и госпиталей на кровь всегда удовлетворялись в срок. За кровью приезжали специальные экспедиторы, но иногда кровь приходилось транспортировать силами сотрудников станции. Перевозка донорской крови осуществлялась железнодорожным транспортом по линиям Архангельск – Москва и Архангельск – Обозерская – Сорочская (Беломорск). Ящики с упакованной в них кровью грузили и выгружали грузчики и носильщики [5].

Роль доноров была высоко оценена. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 17.09.1943 г. за систематическую и многократную сдачу крови для лечения раненых бойцов и командиров 48 доноров Архангельска были награждены медалями и орденами. В 1944 г. Совнаркомом был учрежден нагрудный знак «Почетный донор СССР». В годы войны 559 наших земляков были награждены этим знаком, среди них и сотрудники АОСПК С.И. Рябьева, А.М. Едемская, Е.Р. Криницкая. В 1997 г. 92 донора периода Великой Отечественной войны были награждены нагрудным знаком «Почетный донор России», в том числе Т.А. Орехова, отработавшая на станции санитаркой почти 50 лет. Она стала донором во время войны и за все время донорства дала кровь более 100 раз. Память о донорах военных лет увековечена в 2010 г. мемориальным знаком, установленным перед зданием АОСПК [5; 8; 9].

Итак, архивные материалы свидетельствуют о том, что в предвоенное десятилетие в Архангельской области были заложены основы службы крови, позволившие в кратчайший срок в 1941–1942 гг. в тяжелейших условиях дефицита материальных ресурсов многократно увеличить заготовку донорской крови и обеспечить этим незаменимым лечебным препаратом ряд фронтовых госпиталей и эвакогоспитали Карельского фронта, Северного флота.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Околов В.Л. Истории хирургических съездов в России и СССР 1900-1986 гг. (историко-тематический обзор) / В.Л. Околов, Э.А. Восканян. – Петрозаводск: КМВ, 2010. – 279 с.
2. Петровский В.Б. Советское здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. Избранные труды / В.Б. Петровский. – М.: Весть, 2008. – 893 с.
3. Переливание крови // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. – Т. 3. – М.: Медгиз, 1953. – 356 с.
4. Переливание крови: Сборник работ Архангельской областной станции переливания крови / отв. ред. проф. М.В. Алферов. – Архангельск: Архангельское обл. изд-во, 1941. – 160 с.
5. Служба крови Архангельской области (1932-2012 гг.). – Архангельск: Северный государственный медицинский

университет, 2014. – 176 с.

6. Отчеты и переписка по вопросам переливания крови. 03.02.1945- 04.11.1945 // Государственный архив Архангельской области. – Ф. 1932. – Оп. 3. – Д. 263.

7. Габидулин Р.С. История отечественного государства и права / Р.С. Габидулин. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 453 с.

8. Книги приказов по Архангельскому облздравотделу с 29.07.1941 г. по 31.12.1945 г. – Государственный архив Архангельской области. – Ф. 1734. – Оп. 3. – Д. 178, 179, 180, 183, 185, 187.

9. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2013 год / сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. Архангельск, 2013. – 390 с.

REFERENCES

1. Okolov V.L., Voskanyan E.A. *History of surgical congresses in Russia and the USSR 1900-1986 (historical and thematic review)*. Pyatigorsk: KMV, 2010. 279 p. (in Russian)
2. Petrovsky V.B. *Soviet health care during the Great Patriotic War. Selected Works*. Moscow: Vest, 2008. 893 p. (in Russian)
3. Blood transfusion. *The experience of Soviet medicine in the Great Patriotic War of 1941-1945. Vol. 3*. Moscow: Medgiz, 1953, pp. 242-281. (in Russian)
4. *Blood transfusion: Sat. works of the Arkhangelsk regional blood transfusion station* / ed. prof. M.V. Alferov. Arkhangelsk: Arkhangelsk region Publishing House, 1941. 160 p. (in Russian)
5. *Blood service of the Arkhangelsk region (1932-2012)*. Arkhangelsk: Northern State Medical University, 2014. 176 p. (in Russian)
6. *Reports and correspondence on blood transfusion on February 3, 1945 - November 4, 1945*. The State Archive of the Arkhangelsk Region. Section 1932, Inventory 263. (in Russian)
7. Gabidulin R.S. *History of the domestic state and law*. Moscow: YurLitinform, 2012. 453 p.
8. *Order books on the Arkhangelsk regional health department from 29.07.1941 to 31.12.1945*. The State Archive of the Arkhangelsk Region. Section 1734, Inventory 178, 179, 180, 183, 185, 187. (in Russian)
9. *Anniversary and memorable dates of medicine and healthcare of the Arkhangelsk region for 2013* / A.V. Andreeva, M.G. Chirtsova. Arkhangelsk, 2013. 390 p. (in Russian)
9. *Anniversary and memorable dates of medicine and healthcare of the Arkhangelsk region for 2013* / A.V. Andreeva, M.G. Chirtsova. Arkhangelsk, 2013. 390 p. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Быков Виталий Петрович – профессор кафедры, «Северный государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: museumnsmu@mail.ru

Андреева Анна Владимировна – директор музейного комплекса, Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: aandra@yandex.ru

Самбуров Глеб Олегович – специалист музейного комплекса, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: museumnsmu@mail.ru

AUTHORS

Vitaliy P. Bykov – Professor of the Department, Northern State Medical University, Doctor habil. in Medicine, Professor, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: museumnsmu@mail.ru

Anna V. Andreeva – Director of the Museum Complex, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: aandra@yandex.ru

Gleb O. Samburov – Specialist of the Museum Complex, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: museumnsmu@mail.ru

УДК 61(091)
DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.0012

ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПОЯВЛЕНИЕ ПРОМЫШЛЕННОЙ КОСМЕТИКИ В СЕРЕДИНЕ XIX ВЕКА

Сточик А.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова

История медицины, история косметологии, Лола Монтес (1818-1861), искусство красоты.

Аннотация

Статья посвящена истории развития косметологии. Автор анализирует книгу Л. Монтес «Искусство красоты или секреты женского туалета с рекомендациями джентльменам на искусство восхищения» 1858 г., оказавшую большое влияние на появление косметологии. Книга была бестселлером в России и Западной Европе XIX века. В издании рекомендовался комплекс ухода за собой для сохранения красоты и молодости, включающий ограничения в еде, занятия физическими упражнениями, очищение кожи прохладной водой, что предупреждало многие болезни и поддерживало красоту тела. Автор анализирует советы по уходу за кожей лица, предупреждающему развитие морщин. Рекомендовалось использование масок, протирания кожи, которые осветляли и смягчали кожу. В состав масок входили различные смеси растений и продуктов. Книга содержала рекомендации женщинам по увеличению или уменьшению груди, борьбы с покраснениями кожи и ее увяданием, сохранению белизны зубов. Автор исследуемой книги – танцовщица, актриса, писательница, являла собой образец такого здорового образа жизни, ухода за своим телом. Она проводила публичные лекции, доклады, чтения о том, как быть красивой в Париже, Берлине, Лондоне и Америке. При этом в этот исторический период в обществе существовал культ бледных женщин. Для достижения такого внешнего вида существовало много опасных для жизни рецептов. В середине XIX века в Европе появилась промышленная косметика: различные сорта мыла, «дан-тифисы» (зубные пасты), туалетные воды, духи, «филокомы» (лосьоны для волос) и др.

BACKGROUND OF COSMETIC PRODUCTS AND THE APPEARANCE OF INDUSTRIAL COSMETICS IN THE MIDDLE OF THE XIX CENTURY

Stochik A.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords

History of medicine, history of cosmetology, Lola Montes (1818-1861), beauty art.

Abstract

The author analyzes the book by L. Montez "The Art of Beauty or Secrets of the Women's Toilet with Recommendations for Gentlemen on the Art of Admiration" of 1858, which was a bestseller in Russia and Western Europe of the 19th century. The book recommended a personal care complex for preserving beauty and youth, including food restrictions, exercise, cleansing the skin with cool water, which prevented many diseases and supported the beauty of the body. The author analyzes the tips for skin care that prevents the development of wrinkles. It was recommended to use masks, rubbing the skin, which lightened and softened the skin. The masks included various mixtures of plants and products. The book contained recommendations for women to increase or decrease breast, to combat redness of the skin and its wilting, preservation of whiteness of teeth. The author of the book under study - a

dancer, actress, writer, was an example of such a healthy lifestyle, caring for her body. She held public lectures, reports, readings on how to be beautiful in Paris, Berlin, London and America. Moreover, in this historical period in society there was a cult of pale, painful women. To achieve this appearance, there were many life-threatening recipes. In the middle of the 19th century, industrial cosmetics appeared in Europe: various types of soaps, "dentifs" (toothpastes), eau de toilette, perfumes, "flocomes" (hair lotions), etc.

Сотрудники Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко весьма подробно изучают различные проблемы истории медицины [1, с. 478–480; 2, с. 274–276].

История отечественной косметологии исследована меньше.

В середине XIX века среди русских красавиц популярностью пользовалась книга Лолы Монтез «Искусство красоты, или секреты женского туалета с рекомендациями джентльменам на искусство восхищения», опубликованная в 1858 году. В ней автор писала: «без счастливого состояния ума никакие тайные искусственные ухищрения не сделают лицо прекрасным», а совершенствовать свою красоту уже можно с помощью «терпения, упражнений и очищения» [3].

По мнению автора, прежде всего женщина должна заниматься физическими упражнениями непременно на свежем воздухе. Во-вторых, быть воздержанной в еде и высыпаться: «Молодая дева, будь она прекрасна как Геба (богиня юности. – Автор.) и очаровательна, как сама Венера, может вскоре разрушить все свое очарование и красоту, если будет предаваться забавам без усталости и мало спать». И третье правило – очищение, говоря о котором Лола советовала принимать ванны с прохладной водой, очищающие кожные покровы «в то время как поверхность тела сохраняется в его первозданной красоте, предупреждаются многие болезни» [3].

Книга содержит немало советов по уходу за кожей лица. Например, от морщин, по мнению автора, помогают ломтики говядины, которые в качестве маски накладываются на лицо; от покраснений следует применять смесь лимонного сока с яичным белком; чтобы осветлить кожу лица следует «взять в равных частях семена дыни, тыквы и огурца и растереть в порошок, развести небольшим количеством свежих сливок, добавить достаточно молока ... чуть-чуть мускуса и несколько капель лимонного масла. Нанести приготовленную смесь на лицо и оставить на 20-30 минут», затем смыть теплой водой.

В арсенале красавицы было и средство для увеличения груди: $\frac{1}{2}$ унции миртовой настойки смешать с 4 унциями настойки воробейника и 4 унциями настойки бузины, добавить 1 грамм мускуса и 6 унций винного спирта. Полученную смесь рекомендовалось наносить на грудь 2 раза в день, оставляя на 5-10 минут.

Большое внимание Лола уделяла белизне зубов и приятному запаху изо рта, для чего и составила домашний рецепт зубного порошка: смешать 6 унций очищенного мела, унцию порошка кассии и унцию измельченного фиалкового корня и чистить зубы этим составом 1 раз в день.

Лола раскрыла своим читательницам секрет «спасения» рано увядающей нежной кожи рук: следовало по примеру французских и испанских красавиц спать в перчатках, пропитанных специальной «помадой», в составе которой было мягкое мыло, измельченный салат латук, растопленный бараний жир, мускус и винный спирт. Пошаговые инструкции по приготовлению помады были описаны в книге. Лола Монтез поделилась рецептом чешских красавиц, которые принимали ванны с мышьяком и пили воду из мышьяковых источников [3].

Книга Лолы Монтез стала бестселлером. В течение первых 3 месяцев было куплено 60000 экземпляров. Она неоднократно переиздавалась уже в наше время во многих странах. Конечно сама личность этой знаменитой танцовщицы, авантюристки и куртизанки, сводившей с ума самых известных талантливых и влиятельных мужчин Европы, среди которых были Оноре де Бальзак, Ференц Лист, отец и сын Дюма и даже король Людвиг I Баварский, вызывала неподдельный интерес и стала живой рекламой издания. Дерзкий, неукротимый нрав в сочетании с яркой внешностью, женственный нежный образ и при этом иногда откровенно шокирующее поведение стали визитной карточкой красотки Монтез, непохожей ни на одну из дам Викторианской эпохи.

«Репутация женщины часто не что иное, как эхо мужской злобы» – писала Лола в своих мемуарах (1849) – «У вас нет права судить о добродете-

ли женщины, пока вы не станете строже по отношению к самим себе!».

За свой недолгий сорокалетний жизненный путь, эта женщина (танцовщица, актриса, писательница, а под конец жизни – примерная христианка) успела объехать 4 континента, 3 раза выйти замуж, стать виновницей дуэли, на которой погиб ее возлюбленный известный критик и журналист Александр Дюжарье, (причем она порывалась участвовать в дуэли сама), послужить причиной закрытия университета и отречения короля от престола. Шлейф страстей и скандалов следовал за ней из города в город: в Петербурге она во время выступления со сцены бросила в публику свою подвязку, эротично сняв ее со стройной ножки; в Берлине отхлестала плетью жандарма; в Мюнхене она разгуливала по улице в мужском костюме с сигарой во рту и вступила в студенческое традиционно мужское объединение, чем вызвала возмущение общественности, и, когда наиболее критически настроенные студенты устроили манифестацию возле ее дворца, бросая камни в окна, Лола невозмутимо появилась на балконе с бокалом шампанского, провозгласив тост в честь «своих Баварских подданных» [4].

К тому времени король Людовик I уже был пленен прекрасной актрисой и в ответ на восстание студентов приказал закрыть университет на семестр. В своем письме барону фон дер Танну он писал: «Я могу сравнить себя с Везувием, который считается погасшим, пока снова не начнет извергаться. Я думал, что больше не могу любить и испытывать страсть, что мое сердце выгорело. Но ни в сорок лет, ни в двадцать, ни даже в пятнадцать – никогда страсть не охватывала меня так полно. Я потерял сон и аппетит, кровь кипит во мне. Я взмывал в небесные выси, мои мысли становились чище, сам я стал лучше. Я был счастлив, я и сейчас счастлив. Моя жизнь получила новый толчок» [4]. Между тем, Лола даже не трудилась вставать, когда монарх входил в ложу театра, что было неслыханной дерзостью, но вместо наказания влюбленный шестидесятилетний Людовик подаривал свою строптивую 25-летнюю фаворитку драгоценностями, поселил во дворце, преподнеся его Лоле в качестве презента, заказал ее портрет Йозефу Карлу Штилеру для «Галереи красавиц» и назначил содержание, в четыре раза превышавшее жалование министра. А в 1847 году ей был пожалован титул графини фон Ландсфельд и ба-

варское гражданство, с чем министры были категорически не согласны и в полном составе подали в отставку.

В 1848 году вновь вспыхнувшие протесты возмущенных граждан заставили короля отречься от престола, а Лолу Монтез покинуть Баварию. Мраморная скульптура «стопа Лолы», изготовленная по заказу короля известным скульптором Йоханом Лебом сопровождала монарха везде [5]. Он нежно целовал ее и прижимал к груди, продолжал отправлять Лоле деньги, а коварная танцовщица вновь вышла замуж в 1849 году.

В 1851 году Лола решила поискать счастье на Новом континенте и отправилась покорять Нью-Йорк. Здесь ее ждал успех с мюзиклом «Лола Монтез в Баварии», в котором она играла саму себя (1852) и новое замужество (1853). После успешных гастролей в Австралии (1855), Лола вернулась в Америку и теперь ее основным доходом стали публичные чтения, доклады и книги, в том числе о том, как быть красивой. Самыми популярными были «Искусство красоты», «История любви» и автобиографические лекции.

Лола умерла за месяц до своего сорокалетия, успев стать примерной христианкой.

В те времена Викторианские идеалы красоты в Европе характеризовались смертельно бледным цветом кожи [6]. Например, считалось, что «идеальной внешностью» обладали чахоточные больные. Общество было увлечено смертью. Существовало множество опасных для жизни рецептов, которыми молодые дамы «травили» себя в погоне за идеалом. Для придания коже прозрачности, такой, чтобы были видны вены, на ночь рекомендовалось наносить на кожу лица опиум, а утром умываться аммиаком. Веснушки и пигментные пятна советовали выводить мышьяком, а древесный уголь и карбонат аммония сохраняли красоту в течении дня. Для улучшения качества волос женщины мыли голову раствором аммиака, который как известно, может обжечь дыхательные пути и повредить зрение [7].

В погоне за тонкой талией представительницы прекрасного пола проглатывали яйца ленточного червя, и вылупившиеся солитеры пожирали все, что попадало дамам в желудок. Добившись желаемого результата, красавицы стремились вывести солитера. На этот случай существовал следующий рецепт: сидеть с открытым ртом перед миской молока, и червь выползет самостоятельно,

но в процессе такого способа «изгнания» солитера можно было задохнуться, ведь он достигал 9 метров в длину. Весьма опасным было изобретение доктора Мейерса из Шеффилда, который помещал металлический цилиндр, наполненный едой в горло зараженного человека, с целью заманить ленточного червя в цилиндр и быстро извлечь его из горла пациента, но, к сожалению, многие больные при этом умирали от удушья. В Викторианскую эпоху женщины с большими зрачками считались очень красивыми, и добивались они этого эффекта с помощью белладонны [7].

Известно, что даже пара съеденных ягод этого растения может привести к смерти, но даже осознавая это, красавицы шли на риск и закапывали сок белладонны себе в глаза. Зубную пасту людям того времени заменял порошок из черствого черного хлеба или древесного угля, а для предотвращения кариеса внутрь принимали чайную ложку аммиака, растворенного в воде.

Существовали также приспособления для исправления формы носа. Эти металлические устройства помещали внутрь носа и привязывали к лицу. Например, парижский хирург середины 19 века Доктор Сид сообщил, что подобным устройством ему удалось за 3 месяца исправить форму носа своего 15 летнего пациента.

К другим экзотическим и опасным рецептам красоты можно добавить тени, состоящие из смеси ртути, свинца, сульфида натрия и вермильона. Менее отважные дамы наносили на веки кашицу из измельченных насекомых. Для удаления волос на теле и отбеливания плеч использовали хлорную известь, которая разъедала кожу, если переждать ее хотя бы на пару минут [8].

Мода на бледные лица захватила и русскую элиту. Для придания белизны коже дамы пили уксус и использовали «Березовый бальзам доктора Ленгиля», применяли рисовую французскую пудру «la Veloute» и «Нинон де Ланкло», берлинскую пудру Лейхнера и «Глицериновую пудру» от Брокара [9].

В середине XIX века в Европе появилась промышленная косметика, в России ее можно было приобрести в иностранных лавках на Невском проспекте. Тут продавались самые популярные сорта мыла «Royale de Thridance», «Cold cream of roses», «Muse tonkine», «Savon aux amandes des jeux amandes des peches» французского и английского производства, «дантифрисы» (зубная паста.

– Автор) и зубные эликсиры от Парижского Гигиенического общества, зубной порошок от доктора Пьерра из Парижа и шведский зубной порошок Голлендера, а также различные лосьоны, молочные и туалетные воды, одеколоны и духи, самыми дорогими из которых была продукция французского дома Герлен. Особой популярностью пользовались одеколоны из Кельна [6].

Для волос существовали специальные средства, так называемые, «филокомы». В Санкт Петербурге эти лосьоны для волос («Oranges de chine», «Violettes des Alpes», «Vanille Blanche», «Rose de ton-que» и др.) были представлены в магазине Гарди на Большой Морской улице [9].

Важная политическая и экономическая роль, которую Россия играла в то время в Европе [10; 11; 12; 13], способствовала появлению духов с русскими названиями. Так, например, возникли духи, туалетная вода и мыло под названием «Русский букет» («Bouquet Russe»), созданные придворным немецким парфюмером Густавом Лозе. К 300-летию Дома Романовых (1913) ведущий парфюмер Август Мишель по заказу императрицы Елизаветы Федоровны создал духи «Любимый букет императрицы», которые в последствии (1925) приобрели новое название – «Красная Москва».

Отечественные производства не отставали от Запада, крупнейшими парфюмерными фирмами в конце 19 века в России были «А. Ралле и К», «Брокер и К», «С.-Петербургская химическая лаборатория», «А. Сиу и К», «С.И. Чепелевецкий с С-ми», «Товарищество парфюмерной фабрики провизора А.М. Остроумова» и др.

Таковы изученные нами вехи развития отечественной косметологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хабриев Р.У. Алексей Петрович Доброславин и отечественная пенитенциарная гигиена (историко-медицинский и историко-правовой аспекты) / Р.У. Хабриев, Б.А. Спасенников, Л.Ф. Пертли, С.А. Копыткин // Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97. – № 5. – С. 478–480.
2. Спасенников Б.А. Ученый, социал-гигиенист, профессор Раиса Васильевна Банникова / Б.А. Спасенников // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. – Т. 62. – № 5. – С. 274–276.
3. Montez L. *The Arts of Beauty; or, Secrets of a Lady's Toilet* / L. Montez. – New York: Dick & Fitzgerald, 1858. – 153 p.
4. Лола Монтез: первая феминистка. – URL: <https://hist-etnol.livejournal.com/6297769.html>
5. Лола Монтез, прекрасная и ужасная. – URL: <http://nurenergia.com/blog/lola-montes-prekrasnaja-i-uzhasnaja>
6. Elbridge L. *Face Paint. The Story of Make Up* / L. Elbridge. – New York: Abrams, 2015. – 240 c.
7. Power S.D. *The ugly-girl papers, or, Hints for the toilet* / S.D. Power. – New York: Harper, 1874. – 283 c.
8. Brinton D.G. *Personal Beauty: How to Cultivate and Preserve it in Accordance with the Law of Health* / D.G. Brinton, G.H. Napheys. – Boston, 1870 – 369 c.
9. Васильев А.А. Александр Васильев рассказывает / А.А. Васильев. – М.: Этерна, 2009. – 104 с.
10. Габидулин Р.С. История отечественного государства и права / Р.С. Габидулин. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 453 с.
11. Спасенников Б.А. Общая теория государства (государствоведение) / Б.А. Спасенников. – М.: НИИ ФСИН России, 2018. – 112 с.
12. Спасенников Б.А. Общая теория права / Б.А. Спасенников. – М.: НИИ ФСИН России, 2018. – 213 с.
13. Спасенников Б.А. Общая теория государства и права / Б.А. Спасенников. – М.: Флинта, 2013. – 290 с.

REFERENCES

1. Khabriev R.U., Spasennikov B.A., Pertley L.F., Kopytkin S.A. Alexey Petrovich Dobroslavin and domestic prison hygiene (historical medical and historical legal aspects). *Hygiene and sanitation*, 2018, vol. 97, no. 5, pp. 478–480. (in Russian)
2. Spasennikov B.A. Scientist, social hygienist, professor Raisa Vasilyevna Bannikova. *Health of the Russian Federation*, 2018, vol. 62, no. 5, pp. 274–276. (in Russian)
3. Montez L. *The Arts of Beauty; or, Secrets of a Lady's Toilet*. New York: Dick & Fitzgerald, 1858. 153 p. (in Russian)
4. *Lola Montes: the first feminist*. URL: <https://hist-etnol.livejournal.com/6297769.html> (in Russian)
5. *Lola Montes, beautiful and terrible*. URL: <https://histethnol.Levskom.com/6297769.html> (in Russian)
6. Elbridge L. *Face Paint. The Story of Make Up*. New York: Abrams, 2015. 240 p.
7. Power S.D. *The ugly-girl papers, or, Hints for the toilet*. New York: Harper, 1874. 283 c.
8. Brinton D.G. *Personal Beauty: How to Cultivate and Preserve it in Accordance with the Law of Health*. Boston, 1870. 369 c.
9. Vasiliev A.A. *Alexander Vasiliev tells*. Moscow: Eterna, 2009. 104 p. (in Russian)
10. Gabidulin R.S. *History of the domestic state and law*. Moscow: YurLitinform, 2012. 453 p. (in Russian)
11. Spasennikov B.A. *The general theory of the state (state science)*. Moscow: Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, 2018. 112 p. (in Russian)
12. Spasennikov B.A. *General Theory of Law*. Moscow: Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, 2018. 213 p. (in Russian)
13. Spasennikov B.A. *General Theory of State and Law*. Moscow: Flinta, 2013. 290 p. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Сточик Анна Андреевна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: medpublish@mail.ru

AUTHOR

Anna A. Stochik – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: medpublish@mail.ru

УДК 61(091)
DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.0013

ПЕРВЫЕ КРУПНЫЕ ПРОИЗВОДСТВА ПАРФЮМЕРИИ И КОСМЕТИКИ В РОССИИ И ОТКРЫТИЕ ИНСТИТУТА ВРАЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ ПРОВИЗОРА А.М. ОСТРОУМОВА. ЧАСТЬ I

Сточик А.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова

История медицины, история косметологии, врачебная косметика, элитная парфюмерия, институт.

Аннотация

Статья посвящена истории отечественной косметологии. Показано, что первая парфюмерная фабрика в России (на 40 работников), начавшая работу в 1843 году, наладила выпуск духов, туалетного мыла, помад, пудр. В 1856 г. на ее основе был учрежден торговый дом «А. Ралле и Ко». К 1899 г. его производство расширилось, появилось новейшее оборудование, паровые машины, заложены плантации эфиромасличных культур, обеспечивающих собственное сырье. В 1900 г. была получена высшая премия «Гран-при» в Европе за высокое качество парфюмерной продукции, составившей 675 наименований. В 1864 г. было учреждено предприятие Брокера в Москве, начавшее производство с изготовления фигурного мыла, например, «Детское», «Народное», «Русское мыло» и др., а затем пудры, помады, румян. Позже предприятие открыло крупный собственный магазин в Москве. На смену массовой пришла элитная парфюмерия. В 1860 г. купец Ф.И. Киль основал «Петербургскую химическую лабораторию», выпускающую одеколоны, туалетное мыло, душистые воды, получившие в 1878 г. на Всемирной Парижской выставке большую серебряную медаль. Таким образом был признан профессионализм российских парфюмеров и русская продукция стала экспортироваться за границу. Одно из ведущих мест занимало парфюмерное товарищество «С.И. Чепелевецкий с С-ми», в дальнейшем торговый дом, получивший 5 высших наград на Всемирных торгово-промышленных выставках. Одним из крупных предприятий в России было также «Товарищество парфюмерной фабрики провизора А.М. Остроумова», образованное в 1885 г. и производившее различную медицинскую и гигиеническую продукцию, пользующуюся большим успехом и известностью. В 1910 г. на ее основе был учрежден А.М. Остроумовым Московский институт врачебной косметики, где в отличие от Первого Московского института врачебной косметики (1909 г.) были отдел пластической хирургии и уникальная лаборатория.

THE FIRST LARGE-SCALE PRODUCTIONS OF PERFUMES AND COSMETICS IN RUSSIA AND THE ESTABLISHMENT OF THE INSTITUTE OF MEDICAL COSMETICS BY PHARMACIST A.M. OSTROUMOV. PART I

Stochik A.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords

History of medicine, history of cosmetology, medical cosmetics, elite perfumes, institute.

Abstract

The first perfumery factory in Russia (for 40 employees), was opened in 1843 and launched the production of perfumes, toilet soaps, lipsticks and powders. The trading house "A. Ralle and Co." was established based on this factory in 1856. By 1899, its production expanded, the trading house was well equipped to European standards and possessed steam engines and plantations of essential oil crops that provided their own raw materials. In 1900, the Company received the highest Grand Prix award in Europe for the high quality of perfumery products, which included 675 items. In 1864, the Brokar's enterprise was opened in Moscow, which started with soap production, such as Detskoe, Narodnoye, Russian Soap, etc., and then powders, lipsticks, blush, and soon their large own store was opened in Moscow. Mass perfume was replaced by elite perfumery and the Company received numerous awards for elite products. In 1860, the merchant F.I. Kiel founded the Petersburg Chemical Laboratory, which produced colognes, toilet soap, and fragrant waters, and received a large silver medal at the Paris World Exhibition in 1878. Thus, was the recognition of professionalism of Russian perfumers and Russian products abroad. One of the leading positions on perfumery market was occupied by the perfume partnership "S.I. Chepelevetsky with S.", later a trading house, which received 5 highest awards at the World Trade and Industrial Exhibitions. One of the largest enterprises in Russia was also the "Partnership of the Perfume Factory of the Pharmacist A.M. Ostroumov", formed in 1885, which produced various medical and hygiene products as well and became very successful and famous. In 1910, A.M. Ostroumov established the Moscow Institute of Medical Cosmetics where, unlike the First Moscow Institute of Medical Cosmetics (1909), there were a plastic surgery department and a unique laboratory.

Сотрудники Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко весьма подробно изучают историю медицины [1, с. 478–480; 2, с. 274–276].

История отечественной науки косметологии исследована меньше.

Первой парфюмерной фабрикой в России можно назвать Товарищество «А. Ралле и Ко», основателем которой стал купец французского происхождения Альфонс Антонович Ралле. В 1843 году он организовал небольшую (на 40 рабочих и одну паровую машину) фабрику, где был налажен выпуск духов, одеколонов, туалетного мыла, помад и пудр. Альфонс Ралле был нацелен на производство продукции класса люкс в промышленных масштабах. В то время такую косметику можно было приобрести только за границей, либо поштучно изготовить. Ралле закупал сырье во Франции и Италии, а для разработки рецептуры духов пригласил опытных иностранных парфюмеров [3]. Успеху предприятия поспособствовал владелец хрустального завода Фридрих Дютфуа, который стал «акционером» фабрики и разработал оригинальные флаконы для духов, производимых Товариществом «А. Ралле и Ко». Отлично организована была и система сбыта: распространяли

«парфюм» многочисленные агенты.

Торговый дом «Товарищество А. Ралле и Ко» был учрежден в 1856 году, но его основатель по причине болезни был вынужден продать производство своим компаньонам – французам Бодрану и Бюжону (сохранившим имя Ралле в названии компании) и эмигрировал во Францию. Новым директором фабрики стал Эдуард Бо, который впоследствии придумал непревзойденные духи «Шанель № 5».

Уже в 1899 году производство потребовалось расширить новое здание фабрики было возведено в Бутырьках по проекту академик-архитектора Оскара-Жана Францевича Дидио. Фабрика обладала новейшим оборудованием, имела средства механизации, электричество, лифт, паровые машины, телефон. На юге России были заложены плантации для выращивания эфиромасличных культур. Все необходимое сырье теперь выращивалось в России, а не привозилось из-за границы. В 1896 году компания была преобразована в «Товарищество высшей парфюмерии А. Ралле и Ко». Благодаря высокому классу продукции, «Ралле и Ко» являлось официальным поставщиком Дворов его Императорского Величества Императора Всероссийского, Шаха Персидского и князя Черно-

горского.

Товарищество четыре раза награждалось Государственным Гербом Российской Империи (больше из российских компаний никто столько раз эту награду не получал), высшим наградным знаком за высокое качество продукции, что считалось наибольшим достижением, а на Парижской всемирной выставке в 1878 году изделия компании были признаны «выше всякой награды». В 1900 году была получена высшая премия – «Гран-при» и фирма стала одной из крупнейших в Европе, ведь ее парфюмерная продукция насчитывала уже 675 различных наименований.

Очень популярными были в России духи «Букет Наполеона», «Нильская лилия», «Серебристый ландыш», «Русская фиалка», «Источник любви». В 1918 году предприятие было национализировано и переименовано в «Государственный мыловаренный завод № 4», но уехал во Францию. Фабрика долгое время выпускала только мыло. В 1922 году завод был переименован в «Государственную мыльно-косметическую фабрику «Свобода». А в 1930 году все парфюмерное производство с фабрики «Свобода» было передано фабрике «Новая Заря». «Свобода» же сконцентрировалась на производстве более 30 сортов мыла, зубных порошков, средств для бритья, кремов, гигиенических средств для спортсменов. Во время Великой Отечественной войны производство переориентировалось на нужды фронта, стало производить дуст, пеналы для противогазных карандашей, глицерин для авиации, взрывчатые вещества, горючие смеси, гильзы, запалы для гранат [3].

15 мая 1864 г. состоялось открытие предприятия потомственного парфюмера Генриха Афанасьевича Брокера (или Анри Брокера) в Теплом переулке в Москве. Капитал для открытия собственной фабрики в Москве Брокер получил, продав известной французской фирме «Рур Бертран» свое открытие (новый способ изготовления концентрированных духов) за 25.000 франков. Начать производство Анри решил с мыла. Работая сначала втроем: сам Генрих Брокер, ученик Брокера – А.И. Бурдаков и рабочий Герасим, они производили от 60 до 120 кусков мыла в день, при этом качество мыла было очень высоким, а цена низкой. Брокер сам развозил продукцию по мелким лавкам. Жена Анри, Шарлотта Реве предложила выдавливать на мыле буквы, а само мыло делать фигурным.

Наиболее известным стало мыло «Детское», которое стоило всего копейку. Затем появилось мыло «Народное», по той же цене. Оно имело большой успех. У конкурентов мыло продавалось по ценам от 10 до 35 копеек. Вскоре последовали новые шедевры: «Глицериновое», «Греческое», «Мягкое мыло», «Русское мыло», «Кокосовое мыло», а также мыла с необычными для того времени названиями: «Шар», «Огурец», «Мандарины» и т.д.

Разбогатев на мыле, Анри решил вернуться к своей главной страсти – парфюмерии. Совместно с новым компаньоном, купцом Василием Германом, они учредили товарищество, построили большую фабрику, а в 1872 году открыли первый крупный собственный магазин в Москве. Шарлотта занималась дизайном упаковки, придумывала название для новой продукции. На фабрике было налажено производство пудры «Лебяжий пух», помады «Румяш», крема «Снежинка».

Анри мечтал сделать парфюмерию и косметику доступной для всех классов общества. Он выпустил парфюмерный набор из 10 предметов, который стоил всего 1 рубль. А набором косметических средств за 3 копейки: пудрой, помадой и куском мыла, свою жену мог порадовать крестьянин. В 1882 году на Всероссийской промышленно-художественной выставке был построен фонтан, в котором вода была заменена одеколоном «Цветочный». Посетители выставки бросали в парфюмерный фонтан предметы своей одежды, и потом носили на себе прекрасный аромат духов [4].

Первыми средствами массового употребления в России стали «Народное мыло» и одеколон «Цветочный». Брокер мечтал создавать не только массовую, но и элитную парфюмерию. Успеху в развитии данного направления его деятельности способствовала одна очень важная встреча. Будучи на приеме в Кремлевском дворце в 1873 году, по случаю приезда Великой княжны Марии Александровны [5; 6; 7; 8], Генрих преподнес высокой гостье изысканный букет из искусственных цветов, сделанных из воска. Княжна была восхищена – искусственные розы, ландыши, нарциссы благоухали, как настоящие! На возгласы изумления княжны, что такого чуда она не встречала во всей Европе, Брокер скромно произнес: «В Европе — нет, а в Москве — есть». [3] Вот таким образом он получил разрешение делать надпись на своих

товарах: «Поставщик Двора ее Императорского высочества Великой княгини Марии Александровны, герцогини Эдинбургской».

Производство получало многочисленные награды на выставках, но в 1900 году Анри Брокар умер. До 1917 г. Шарлота и ее сыновья успешно управляли компанией, однако, революция положила конец этому уникальному производству.

Фабрика после национализации получила новое название – Замоскворецкий парфюмерно-мыловарный комбинат № 5, а затем – «Новая Заря» (1922). В Германии же существует компания Brocard Parfums GmbH.

Таковы изученные вехи развития отечественной косметологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хабриев Р.У. Алексей Петрович Доброславин и отечественная пенитенциарная гигиена (историко-медицинский и историко-правовой аспекты) / Р.У. Хабриев, Б.А. Спасенников, Л.Ф. Пертли, С.А. Копыткин // Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97. – № 5. – С. 478–480.
2. Спасенников Б.А. Ученый, социал-гигиенист, профессор Раиса Васильевна Банникова / Б.А. Спасенников // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. – Т. 62. – № 5. – С. 274–276.
3. Бренды Российской империи. Парфюмерия и косметика. – URL: <https://id77.livejournal.com/1484196.html>
4. Маржецкий С.Н. Руководство по врачебной косметике и лечению волос. – М.: Тип. Остроумова, 1911 – 176 с.
5. Габидулин Р.С. История отечественного государства и права / Р.С. Габидулин. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 453 с.
6. Спасенников Б.А. Общая теория государства (государствоведение) / Б.А. Спасенников. – М.: НИИ ФСИН России, 2018. – 112 с.
7. Спасенников Б.А. Общая теория права / Б.А. Спасенников. – М.: НИИ ФСИН России, 2018. – 213 с.
8. Спасенников Б.А. Общая теория государства и права / Б.А. Спасенников. – М.: Флинта, 2013. – 290 с.

REFERENCES

1. Khabriev R.U., Spasennikov B.A., Pertley L.F., Kopytkin S.A. Alexey Petrovich Dobroslavin and domestic prison hygiene (historical medical and historical legal aspects). *Hygiene and sanitation*, 2018, vol. 97, no. 5, pp. 478–480. (in Russian)
2. Spasennikov B.A. Scientist, social hygienist, professor Raisa Vasilyevna Bannikova. *Health of the Russian Federation*, 2018, vol. 62, no. 5, pp. 274–276. (in Russian)
3. *Brands of the Russian Empire. Perfumes and cosmetics*. URL: <https://id77.livejournal.com/1484196.html> (in Russian)
4. Marzhetsky S.N. *Guidelines for medical cosmetics and hair treatment*. Moscow: Typography Ostroumov, 1911. 176 p. (in Russian)
5. Gabidulin R.S. *History of the domestic state and law*. Moscow: Yurlitinform, 2012. 453 p. (in Russian)
6. Spasennikov B.A. *The general theory of the state (state science)*. Moscow: Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, 2018. 112 p. (in Russian)
7. Spasennikov B.A. *General Theory of Law*. Moscow: Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, 2018. 213 p. (in Russian)
8. Spasennikov B.A. *General Theory of State and Law*. Moscow: Flinta, 2013. 290 p. (in Russian)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Сточик Анна Андреевна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: medpublish@mail.ru

AUTHOR

Anna A. Stochik – Leading researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: medpublish@mail.ru

УДК 614.22

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.0014

РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ Е.Ю. БЕЛОВОЙ, Д.В. ГОРБАНЬ, А.В. ДЕРГАЧЕВА, Ю.А. КАШУБЫ, В.В. КИМА, А.А. КРЫМОВА, Д.А. НИКИТИНА, И.С. НИСТРАТОВОЙ, Е.Е. НОВИКОВА, А.А. ПАВЛЕНКО, А.В. РОДИОНОВА, С.М. САВУШКИНА, А.П. СКИБЫ, Г.В. ЩЕРБАКОВА, В.Е. ЮЖАНИНА «ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ»

Спасенников Б.А.¹

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова

Пенитенциарная система, осужденные, принудительное питание.

Аннотация

В статье представлена рецензия на опубликованную монографию.

REVIEW TO MONOGRAPHY E.Y. BELOVA, D.V. HORBAN, A.V. DERGACHEV, Y.A. KASHUBA, V.V. KIM, A.A. KRYMOV, D.A. NIKITIN, I.S. NISTRATOVA, E.E. NOVIKOV, A.A. PAVLENKO, A.V. RODIONOV, S.M. SAVUSHKIN, A.P. SKYBA, G.V. SHCHERBAKOV, V.E. YUZHANIN «FORCED NUTRITION OF CONDEMNED»

Spasennikov B.A.¹

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords

The penitentiary system, convicts, forced food.

Abstract

The article presents a review of the published monograph.

На рецензирование представлена книга «Принудительное питание осужденных к лишению свободы», подготовленная коллективом авторов из пятнадцати (15) человек¹.

В авторском коллективе сотрудников Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России, к сожалению, нет. Среди авторов нет ни одного доктора (или кандидата) медицинских наук, ни одного практического врача, имеющего знания, умения и навыки проведения принудительного питания.

¹ Рецензирование проводилось по поручению руководства ФСИН России. Рецензия передана в Управление организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России.

Авторы издания, именуемого монографией, не имеют практического опыта проведения принудительного питания и практического опыта правового сопровождения этой терапии. При этом из аннотации следует, что авторами поставлена цель совершенствования «теории и практики» применения принудительного питания.

Рецензентами издания являются доктор юридических наук и кандидат юридических наук. Однако, рецензентами монографии должны выступать только доктора наук. Исследуемое издание не соответствует требованиям к монографии в части рецензирования.

Во Введении к изданию говорится о «проанкетированных респондентах». Однако не указано кто, когда, где и каким образом были проанкетированы. Не приведены доказательства того, что результаты опроса являются репрезентативными, что исключает научный характер исследования.

На шестой странице издания авторы задаются вопросами, ответы на которые являются общеизвестными в медицинской и юридической практиках.

На девятой странице авторы пишут, что проблема принудительного питания осужденных «до настоящего времени остается одной из приоритетных в деятельности УИС», что вызывает, по меньшей мере, недоумение. Уголовно-исполнительная система России имеет совсем другие приоритеты в своей деятельности.

В историко-правовом обзоре (раздел 1.1) авторы ошибочно не разделяют вопросы содержания (продовольственного обеспечения) лиц, лишенных свободы, и вопросы принудительного питания, имеющие совсем иное историко-научное содержание. Раздел 1.1 издания не имеет отношения к проблемам принудительного питания, указанным в названии книги.

В разделе 1.2 авторы, не имеющие высшего медицинского образования, ученой степени в медико-биологических науках, пытаются обсуждать вопросы физиологии питания, лечебно-диагностическую тактику при анорексии, которую называют «серьезным психофизическим заболеванием». Современной науке термин «серьезное психофизическое заболевание» неизвестен (существует словосочетание «психофизическая проблема»). Авторы используют терминологию, смысл и значение которой они не понимают. Раздел 1.2 издания имеет минимальное отношение к проблемам принудительного питания, указанным в названии книги.

В разделе 1.3 авторы, не имеющие высшего медицинского образования, ученой степени в медицинской науке, не знакомые с медицинской пропедевтикой, практикой принудительного питания, пытаются обсуждать вопросы медицинских показаний к принудительному питанию, что исключает научный характер издания.

Итак, глава первая рассматриваемого издания не имеет научной новизны, теоретического и практического значения в вопросах принудительного питания.

Раздел 2.1. «Организация питания осужденных к лишению свободы: российские и международные вопросы» не имеет отношения к проблемам принудительного питания, указанным в названии брошюры.

Раздел 2.2. «Медицинские аспекты принудительного питания осужденных к лишению свободы: российский и международный подходы», подготовленный авторами, не имеющими высшего медицинского образования, ученой степени в медицинской науке, то есть заведомо не имеющих медицинских знаний, умений и навыков проведения принудительного питания, вызывает недоумение у компетентного читателя.

Раздел 2.3. «Российское и международное регулирование правового положения осужденных, отказавшихся от приема пищи», а также материал, представленный в других разделах брошюры, наглядно демонстрирует, что авторы необоснованно смешивают различные проблемы. Отказ от приема пищи и основания к принудительному питанию – это различные проблемы. Массовый, групповой или одиночный отказ от приема пищи осужденных к лишению свободы, приводит к соответствующим действиям сотрудников уголовно-исполнительной системы, которые позволяют прекратить так называемую «голодовку». Принудительное питание – это медицинская процедура, которая применяется в единичных случаях в уголовно-исполнительной практике.

Отметим, что авторы не приводят случаев проведения принудительного питания осужденных к лишению свободы; не разбирают имевшиеся основания для его проведения; не исследуют вопросы, возникавшие в ходе принудительного питания. Авторы посвятили книгу проблеме, с которой они не знакомы в реальной юридической и медицинской практиках.

В разделе 2.4. «Институт принудительного питания осужденных к лишению свободы: зарубежный опыт применения» приведены интересные публицистические данные о принудительном питании в зарубежных странах. Однако научной новизны, теоретического и практического значения этот раздел также не имеет.

На странице 116 (раздел 3.1) вновь говорится о неких респондентах, что позволяет предположить проведение социологического исследования, которое не описано авторами.

Проблемы членовредительства, описанные в

данном разделе, также весьма далеки от сложных вопросов принудительного питания.

Заключительный раздел (3.2. «Этапы применения института принудительного питания осужденных и правовое положение его участников в ходе их реализации») имеет те же существенные недостатки, что и иные разделы, что исключает научный характер издания.

В издании не приводится статистика (распространенность) применения принудительного питания осужденных к лишению свободы. Не дано описание случаев применения принудительного питания в уголовно-исполнительной практике. Не рассмотрены успехи и неудачи практики принудительного питания. Не представлено описание правового сопровождения случаев принудительного питания в отечественной уголовно-исполнительной системе. Отсутствует криминологическая, уголовно-правовая и уголовно-исполнительная характеристика осужденных к лишению свободы, которым проводилось принудительное питание. Не рассмотрены случаи, которые привели к излечению или существенному улучшению состояния здоровья осужденных к лишению свободы, в отношении которых применялось принудительное питание. Не указаны потенциальные осложнения, которые могут возникать в результате применения принудительного питания. Не дана характеристика причин смерти осужденных, умерших в результате отказа от приема пищи, неверного проведения принудительного питания.

ИНФОРМАЦИЯ О РЕЦЕНЗЕНТЕ

Спасенников Борис Аристархович – советник директора Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор юридических наук, доктор медицинских наук, профессор, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Сложные, реально существующие вопросы принудительного питания осужденных к лишению свободы в монографии не рассмотрены. Многочисленный авторский коллектив не исследовал объективную действительность, а подготовил свое издание на основании литературного обзора вопросов, зачастую весьма далеких от проблемы принудительного питания, теоретических умопостроений, что исключает научный характер книги.

Как указано выше, в книге упоминается о неких респондентах неизвестного социологического исследования. В Приложении книги приводится анкета, вероятно, имеющая отношение к такому исследованию. Однако не указано, кто, когда, где, каким образом был проанкетирован. Не приведены доказательства того, что результаты опроса являются репрезентативными, что исключает научный характер исследования.

Вызывает недоумение объем книги (175 страниц; формат 60 × 90 1/16), что визуально не соответствует указанному объему условных печатных листов. Объем издания визуально не соответствует требованиям, предъявляемым к монографии. Книга по объему визуально соответствует брошюре.

Рецензент полагает, что издание этой книги может нанести необоснованный репутационный ущерб Федеральной службе исполнения наказаний, деятельности медицинской службы ФСИН России.

INFORMATION ABOUT THE REVIEWER

Boris A. Spasennikov – Advisor to the director of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Law, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru