

# БЮЛЛЕТЕНЬ

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

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ

2021. №1



МОСКВА - 2021

# Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

## НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО 2021. № 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: **Хабриев Рамил Усманович**, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (*Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия*)

Ответственный секретарь: **Спасенникова Марина Геннадьевна**, кандидат медицинских наук, доцент (*Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия*)

**Азнаурян Смбат Арташесович**, доктор медицинских наук (*Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци, г. Ереван, Республика Армения*)

**Васильев Константин Константинович**, доктор медицинских наук, профессор (*Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина*)

**Меньшикова Лариса Ивановна**, доктор медицинских наук, профессор (*Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, Россия*)

**Мороз Ирина Николаевна**, доктор медицинских наук, профессор (*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь*)

**Саввина Надежда Валерьевна**, доктор медицинских наук, профессор (*Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, г. Якутск, Россия*)

**Самородская Ирина Владимировна**, доктор медицинских наук, профессор (*Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия*)

**Санников Анатолий Леонидович**, доктор медицинских наук, профессор (*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия*)

**Черкасов Сергей Николаевич**, доктор медицинских наук (*Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Россия*)

**Шаповалова Марина Александровна**, доктор медицинских наук, профессор (*Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия*)

Адрес редакции: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1. E-mail: mosmedizdat@yandex.ru

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

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

2021. № 1

Научно-практический журнал  
Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

<i>Шипова В.М., Берсенева Е.А.</i> Нормы труда вспомогательной службы: проблемы и пути решения .....	6
<i>Малахова А.Р., Васильева Т.П., Александрова О.Ю., Зинченко Р.А.</i> Динамика генетического груза общественного здоровья из-за врожденных аномалий развития, деформаций и хромосомных нарушений в субъектах Российской Федерации за 2013–2019 гг. ....	16
<i>Васильева Т.П., Наумова Н.А., Арсеев О.Ю., Васильев М.Д., Шукурлаева Г.Ё., Хайретдинова Э.Х.</i> Семейные факторы в приобщении к курению несовершеннолетних .....	24
<i>Полозков О.И., Черкасов С.Н., Мешков Д.О.</i> Признание ответственности за свое здоровье как детерминанта здоровья в старших возрастных группах .....	30
<i>Тельнова Е.А., Плесовских А.В., Загоруйченко А.А.</i> Мониторинг как индикатор качества в системе обращения лекарственных средств .....	36
<i>Коломийченко М.Е.</i> Критерии доступности и качества паллиативной медицинской помощи в нормативных правовых актах .....	44

## COVID-19

<i>Дыньков С.М., Тарасова Н.К., Дуберман Б.Л., Облицова З.Г.</i> Итоговая государственная аттестация выпускников медицинских вузов в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции .....	52
---	----

## ОБЗОРЫ

<i>Нестеров С.С.</i> Правовое регулирование информированного добровольного согласия в условиях оказания телемедицинской помощи .....	60
--	----

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

<i>Спасенников Б.А.</i> Александра Васильевна Спасенникова – врач, организатор здравоохранения .....	66
<i>Андреева А.В., Осипова А.В., Самбуров Г.О., Спасенникова М.Г.</i> Гигиенист, физиолог, эколог, профессор Юрий Рудольфович Теддер .....	80
<i>Саркисов А.С.</i> Вклад академика О.В. Барояна в развитие эпидемиологии .....	86
<i>Андреева А.В., Самбуров Г.О., Спасенников Б.А.</i> История создания Северной научной педиатрической школы (к 110-летию со дня рождения профессора Марии Владимировны Пиккель) .....	92

## ЛЕКЦИИ

<i>Тельнова Е.А.</i> Организация лекарственного обеспечения в Российской Федерации (часть 1) .....	100
--	-----

## ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

*Поддубный М.В., Егорышева И.В., Шерстнева Е.В.* Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения 2021 года ..... 112

## ОРГАНИЗАТОРЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Сурмач М.Ю., Хильмончик Н.Е., Спасенникова М.Г.* Снежицкий Виктор Александрович – организатор высшего медицинского образования..... 118

## РЕЦЕНЗИИ

*Чичерин Л.П.* Рецензия на диссертацию Рукодайнго Олега Владимировича на тему «Научное обоснование и разработка рекомендаций по повышению уровня удовлетворения потребностей населения в первичной специализированной медицинской помощи (на примере г. Москвы)» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение» ..... 122



# ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.001

## НОРМЫ ТРУДА ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ СЛУЖБЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Шипова В.М.<sup>1</sup>, Берсенева Е.А.<sup>2,3</sup>

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

<sup>2</sup> *Национальный институт качества Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Москва, Российская Федерация*

<sup>3</sup> *Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Российская Федерация*

### Ключевые слова:

нормирование труда, медицинские работники, вспомогательная лечебно-диагностическая служба, нормативы численности.

### Аннотация

В статье представлены теоретические основы разных способов расчета численности должностей медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы: по штатным нормативам, по объему деятельности и нормам труда на единицу работы, на основании проведения хронометража. Ограничения в их применении в практическом здравоохранении обусловлены неполнотой и неоднозначностью современных нормативно-правовых документов по труду, отсутствием норм труда для ряда должностей, указаниями на сменность работы как показателя и измерителя нормативов численности без определения числа смен на число врачей амбулаторного приема или число коек. Анализ приказов Министерства здравоохранения России о Положениях об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, о Правилах проведения исследований приводит к выводу о существовании проблем в системе нормирования труда в здравоохранении и ее управления. Авторами намечены основные направления для изменения сложившейся негативной ситуации в нормировании труда медицинских работников вспомогательной службы, состоящие из необходимости создания Центра по нормированию труда, ответственного за совместную с клиницистами разработку нормативно-правовых документов для применения в медицинских организациях; полного пересмотра всей нормативно-правовой базы по труду; включения вопросов нормирования труда в программу дипломного и последипломного обучения врачей, медицинских работников со средним образованием.

## LABOUR STANDARDS OF THE SUPPORT SERVICE: PROBLEMS AND SOLUTIONS

Shipova V.M.<sup>1</sup>, Berseneva E.A.<sup>2,3</sup>

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

<sup>2</sup> *National Quality Institute, Moscow, Russian Federation*

<sup>3</sup> *Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation (RANEP), Moscow, Russian Federation*

### Keywords:

labour standards, medical workers, the auxiliary medical and diagnostic service, standards of the medical personnel number.

### Abstract

The publication presents the theoretical foundations of various ways of calculating the number of the auxiliary medical and diagnostic service medical workers positions according to staff standards, the volume of activity and labor standards per unit of work, based on timing. Restrictions in their application in practical health care are due to the incomplete and ambiguity of modern legal documents on labor, the lack of labor standards for a number of positions,

instructions on the shift of work as an indicator and meter of numbers without determining the number of shifts per number of outpatient doctors or number of beds. An analysis of the Russian Ministry of Health on the Regulations on the Organization of Primary Health Care, on the Rules for Research leads to the conclusion that there are current problems in the labor rationing system in healthcare and its management. The authors outlined the main directions for changing the current negative situation in the rationing of the work of medical workers of the auxiliary service, consisting of the need to create a Center for Labor Rationing, responsible for jointly with clinicians developing regulatory documents for application in medical organizations; a complete review of the entire labour legal framework; inclusion of labor rationing issues in the program of diploma and postgraduate training of doctors, medical workers with secondary education.

В штатном расписании медицинских организаций удельный вес медицинских работников, работающих во вспомогательной лечебно-диагностической службе, составляет от 10–15% (в поликлиниках) до 70–80% (в диагностических центрах).

Нормативная численность этого персонала, как и любого другого, определяется на основе:

- штатных нормативов;
- объема деятельности с учетом норм времени на единицу работы;
- хронометража или других способов измерения затрат труда.

1. Расчет по штатным нормативам.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинских работников в последние годы определяются приказами Министерства здравоохранения России о Порядках оказания медицинской помощи, Положениях об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, о Правилах проведения тех или иных исследований.

Показателем и измерителем норматива должностей медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы является число должностей врачей амбулаторного приема (например, должность врача-рентгенолога устанавливается на 25 врачей амбулаторного приема), число коек (например, должность врача рентгенолога областной больницы устанавливается из расчета 1 должность на 150 коек), конкретный объем работы (например, должности медицинских сестер по физиотерапии устанавливаются из расчета 1 должность на 15 тыс. условных физиотерапевтических единиц в год).

Штатные нормативы медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы при оказании медицинской помощи в ам-

булаторных условиях указываются в приказах о Положениях и в ряде приказов о Порядках.

Как видно из данных таблицы, нормативным показателем численности врачей вспомогательной лечебно-диагностической службы при оказании амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению является число должностей врачей амбулаторного приема. В приказе № 543н отсутствуют должность врача ультразвуковой диагностики и должность врача-эндоскописта.

Нормативными показателями для работников со средним медицинским образованием являются следующие:

- число врачей амбулаторного приема, например, для лаборанта, медицинской сестры по массажу;
- число врачей соответствующей специальности, например, для медицинской сестры функциональной диагностики;
- объем работы, например, для медицинской сестры по физиотерапии.

Как видно из приведенных в таблице 1 данных, нормативы почти полностью повторяют штатные нормативы, установленные приказом Минздрава СССР от 11.10.1982 № 999 для городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тыс. человек. Механический перенос этих нормативов из документа 35-летней давности привел к отсутствию штатного обеспечения деятельности подразделения ультразвуковой диагностики. Дело в том, что должность врача ультразвуковой диагностики в период утверждения приказа № 999 отсутствовала в номенклатуре врачебных должностей и специальностей и поэтому не была включена в штатные нормативы.

Таблица 1

Рекомендуемые штатные нормативы медицинских работников вспомогательной  
лечебно-диагностической службы поликлиники (извлечения из приказа № 543н<sup>1</sup>)

№ п/п	Наименование должностей	Количество должностей
25.	Врач клинической лабораторной диагностики	1 должность на 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, и, дополнительно, 0,25 должности при наличии аллергологического кабинета
26.	Врач-рентгенолог	1 должность на 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием
27.	Врач-физиотерапевт	в зависимости от числа должностей врачей амбулаторного приема поликлиники: от 15 до 30 – 0,5 должности; свыше 30 до 50 – 1 должность; свыше 50 – 1 должность и дополнительно 0,5 должности на каждые последующие 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием (сверх 50)
28.	Врач по лечебной физкультуре	1 должность на 40 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, но не менее 1 должности на поликлинику
30.	Врач функциональной диагностики	В зависимости от числа должностей врачей амбулаторного приема: от 20 до 50 – 0,5 должности; свыше 50 – 1 должность
40.	Медицинская сестра по физиотерапии	1 должность на 15 тыс. условных физиотерапевтических единиц в год
41.	Инструктор по лечебной физкультуре	1 должность на 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, и, дополнительно, 0,5 должности при наличии в составе поликлиники травматолого-ортопедического отделения
42.	Лаборант	1 должность на 8 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием
38.	Медицинская сестра	1 должность на каждую должность врача функциональной диагностики
43.	Рентгенолаборант	Соответственно должностям врачей-рентгенологов и дополнительно 1 должность при наличии в составе поликлиники травматолого-ортопедического отделения
44.	Медицинская сестра по массажу	1 должность на 10 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, и дополнительно 0,5 должности при наличии в поликлинике травматолого-ортопедического отделения
53.	Санитар	1 должность ... на каждые 4 должности врачей-лаборантов и лаборантов; на каждые 2 должности медицинских сестер по физиотерапии, а при наличии водо-грязе-торфо-озокерито-парафинолечения – на каждую должность медицинской сестры, занятой отпуском указанных процедур; ...на рентгеновский кабинет в смену.

<sup>1</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Архив Министерства здравоохранения России. 2012.

Таблица 2

Рекомендуемые штатные нормативы детской поликлиники  
(детского поликлинического отделения) на 10 тыс. детей

№	Наименование должности	Количество должностей
17.	Врач клинической лабораторной диагностики	2,2 должности
21.	Врач-рентгенолог	2 должности
23.	Врач функциональной диагностики	2 должности
24.	Врач ультразвуковой диагностики	2 должности
27.	Врач-физиотерапевт	2 должности
28.	Врач-эндоскопист	2 должности
29.	Врач по лечебной физкультуре	2 должности
31.	Рентгенолаборант	2 должности
32.	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник, фельдшер-лаборант	2 должности
33.	Инструктор по лечебной физкультуре	2 должности
42.	Медицинская сестра	2 должности – для обеспечения работы рентгеновского кабинета; 2 должности – для обеспечения работы кабинета функциональной диагностики; 2 должности – для обеспечения работы кабинета ультразвуковой диагностики; 10 должностей – для обеспечения работы физиотерапевтического кабинета; 6 должностей кабинета массажа; 2 должности для обеспечения работы врача-эндоскописта

Как видно из приведенных в таблице 2 данных, для всех врачей вспомогательной службы, кроме врача клинической лабораторной диагностики, указывается одинаковый норматив: 2 должности на 10,0 тыс. детей, что вызывает определенные сомнения, основанные на многолетних изучениях объема работы подразделений вспомогательной службы [1; 2; 3; 4; 5; 6]. Ошибочными положениями этого документа является также отсутствие норматива должностей лаборантов и должностей санитаров.

При организации оказания больничной помощи такие обобщающие приказы, как приказы № 543н и № 92н, где бы указывались нормативы численности медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы и общего учрежденческого персонала, отсутствуют. В ряде приказов о Порядках, в частности, в документах, определяющих штатные нормативы не по отдельным подразделениям, а по учреждению

в целом, например, по противотуберкулезному диспансеру, приводится следующая нормативная запись по вспомогательной службе: устанавливается в порядке и по нормам соответствующего структурного подразделения, однако самих норм в документах не указано. Следовательно, медицинские организации, оказывающие больничную помощь, в этой части норм труда по указанным службам были вынуждены использовать приказы Минздрава СССР. В этих документах нормативы численности медицинских работников вспомогательной службы имели различия по типам учреждений, что обусловлено разной иерархией учреждений и их разной ролью в оказании медицинской помощи. Например, должность врача-рентгенолога устанавливалась в областной больнице из расчета на 150 коек<sup>2</sup>, в городской больнице, рас-

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения СССР от 31 мая 1979 г. № 560 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь областных, краевых и республиканских больниц для взрослых и детей». Архив Министерства здравоохранения России. 1979.

положенной в городе с численностью населения свыше 25 тыс. человек – на 200 коек<sup>3</sup>, а в учреждениях, расположенных в населенных пунктах с численностью населения до 25 тыс. человек, – на 250 коек<sup>4</sup>.

Но, в конце 2016 г. приказом Минздрава России от 16.10.2016 № 708 основные приказы Минздрава СССР по больничным учреждениям признаны не действующими на территории Российской Федерации<sup>5</sup>. Следовательно, с конца 2016 г. медицинские работники вспомогательной лечебно-диагностической службы больничных учреждений (подразделений) лишились нормативов численности. Наши рекомендации в этом отношении сводятся к тому, что до утверждения новых разработок норм труда для указанной группы медицинских работников целесообразно продолжать использовать приказы Минздрава СССР с коррекцией на объем работы.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы наряду с тем, что они указываются в Положениях (для поликлиник), в ряде приказов о Порядках, приводятся также и в документах, названных как Правила проведения тех или иных диагностических исследований, перечень которых приведен в таблице 3.

Приведенные в этих документах рекомендуемые штатные нормативы лишь по названию соответствуют таковым. На самом деле в документах нормативные данные отсутствуют, а рекомендации об установлении той или иной должности в смену без указания необходимого числа смен на определенное число врачей амбулаторного приема или (и) определенное число коек не является

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения СССР от 06 июня 1979 г. № 600 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь центральных городских, городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тыс. человек». Архив Министерства здравоохранения России. 1979.

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения СССР от 25 сентября 1978 г. № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов». Архив Министерства здравоохранения России. 1978.

<sup>5</sup> Приказ Министерства здравоохранения России от 16 октября 2016 г. № 708 «О признании не действующими на территории Российской Федерации приказов Министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 4 января 1988 № 2 «О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР». Архив Министерства здравоохранения России. 2016.

нормативной записью, то есть нормативную формулировку этих приказов: должность в смену, не менее 1 должности в смену, – нельзя принять за норматив. Единственно приемлемая запись содержится в приказе от 06.12.2017 № 274н по эндоскопическому отделению: в соответствии с выполняемым или планируемым объемом работ на основе расчетных норм времени на исследования и процедуры. Хотя это тоже не является нормативом, но, по крайней мере, показывает возможный путь расчета.

2. Расчеты по объему работы и нормам времени на единицу работы.

Методика расчета указанного способа расчета, подробно представленная в соответствующих публикациях [7, 8], предполагает наличие двух групп данных: объема деятельности соответствующих групп персонала, подразделений и норм времени на каждый вид работы.

Объем работы на отдельные виды исследований впервые был приведен в ПГГ<sup>6</sup>. Эти данные отражены в таблице 4.

В структуре представленных исследований ведущую роль играют ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, далее следуют исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, а компьютерная томография (далее – КТ) и магнитно-резонансная томография составляют менее 16% (рис. 1).

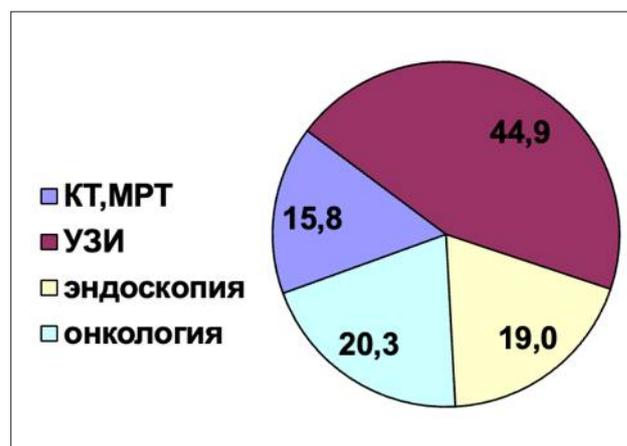


Рис. 1. Структура диагностических исследований

<sup>6</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 07 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Архив Министерства здравоохранения России. 2019.

Таблица 3

Перечень действующих приказов о Правилах проведения  
диагностических исследований (по состоянию на сентябрь 2020 г.)

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и номер	№ Приложений, разделов
1.	Приказ Минздрава России «О Правилах проведения патологоанатомических исследований» (с изменениями и дополнениями)	24.03.2016 № 179н	2
2.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований»	26.12.2016 № 997н	2, 5, 8, 11, 14
3.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований»	06.12.2017 № 974н	2, 5
4.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований»	08.06.2020 № 557н	2, 5
5.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований»	09.06.2020 № 560н	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32

Таблица 4

Число исследований на 1 застрахованное лицо в рамках базовой программы  
обязательного медицинского страхования на 2020-2022 гг.

№	Наименование исследований	Число
1.	Компьютерная томография	0,0275
2.	Магнитно-резонансная томография	0,0119
3.	Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	0,1125
4.	Эндоскопические диагностические исследования	0,0477
5.	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний	0,0007
6.	Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний	0,0501
	Всего:	0,2504

Однако ситуация с числом исследований и их структурой резко изменилась в 2020 г. в связи с заболеваемостью коронавирусной инфекцией (далее – COVID-19). Данные Программы государственных гарантий в части КТ должны быть пересмотрены. Такой пересмотр может быть осуществлен на основании рекомендаций клиницистов по частоте проведения КТ в острый период заболевания и в период ремиссии с учетом накопленных и прогностических данных по распространенности заболеваемости, частоты осложнений пневмониями, сценариев развития COVID-19 у населения разных возрастно-половых групп, в связи с наличием сопутствующих патологий и т.д.

Другая необходимая группа данных для расчета – нормы времени на исследования. Весьма характерно, что в последних приказах, приведенных

в таблице 3, утвержденных в 2020 г., содержатся положения о том, что «штатную численность кабинета (отделения) устанавливает руководитель медицинской организации, в которой оно создано, исходя из объема лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения и рекомендуемых штатных нормативов». Однако, в приведенной формулировке не указана необходимость соответствующих норм времени на отдельные исследования.

Перечень действующих в настоящее время нормативных документов по расчетным нормам времени по вспомогательной службе представлен в таблице 5.

Таблица 5

Список нормативно-правовых документов, определяющих нормы времени на исследования, процедуры, манипуляции, проводимые медицинскими работниками вспомогательной лечебно-диагностической службы

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа
1.	Приказ Минздрава СССР «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале»	21.12.1984 № 1440
2.	Приказ Минздрава СССР «Об утверждении расчетных норм времени на радиоизотопные исследования и о внесении изменений в действующие штатные нормативы лабораторий радиоизотопной диагностики»	05.08.1986 № 1029
3.	Приказ Минздрава РСФСР «О совершенствовании службы лучевой диагностики»	02.08.1991 № 132
4.	Письмо Минздрава России «О нормировании труда работников флюорографических кабинетов»	28.10.1992 № 21-01-983
5.	Приказ Минздрава России «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»	30.11.1993 № 283
6.	Приказ Минздравмедпрома России «О развитии и совершенствовании деятельности лабораторий клинической микробиологии (бактериологии) лечебно-профилактических учреждений»	19.01.1995 № 8
7.	Приказ Минздравмедпрома России «О дополнении к приказу Минздрава РСФСР № 132 от 02.08.1991 «О совершенствовании службы лучевой диагностики»»	05.04.1996 № 128
8.	Приказ Минздравмедпрома России «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»	31.05.1996 № 222
9.	Приказ Минздрава России «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»	25.12.1997 № 380
10.	Приказ Минздрава РФ «О мерах по улучшению организации медицинской помощи по мануальной терапии в Российской Федерации»	10.02.1998 № 39
11.	Приказ Минздрава РФ «О дальнейшем развитии рентгенохирургических методов диагностики и лечения»	22.06.1998 № 198
12.	Методические указания Департамента Госсанэпиднадзора Минздрава России «Нормы времени на выполнение основных видов микробиологических исследований»	18.01.1999 № 11000/82-99-23
13.	Приказ Минздрава РФ «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации»	03.02.1999 № 38
14.	Письмо Минздрава РФ «О нормировании труда специалистов рентгеновских кабинетов»	31.08.2000 № 2510/9736-32
15.	Приказ Минздрава РФ «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса»	26.03.2001 № 87
16.	Приказ Минздрава РФ «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физкультуры»	20.08.2001 № 337

подавляющее число документов, как видно из таблицы, было утверждено в прошлом веке и разработано на действующей в тот период времени аппаратуре. По нашему мнению, основным недостатком этих документов является отсутствие указаний (кроме функциональной диагностики) на используемую аппаратуру, такие данные содер-

жатся лишь в приказе № 283.

Изменения в обеспеченности медицинских организаций современным оборудованием, в технологиях проведения лабораторных и инструментальных видов исследований не нашли отражения в официально утвержденных документах, хотя в ряде публикаций [9, с. 29–32] эти изменения учтены.

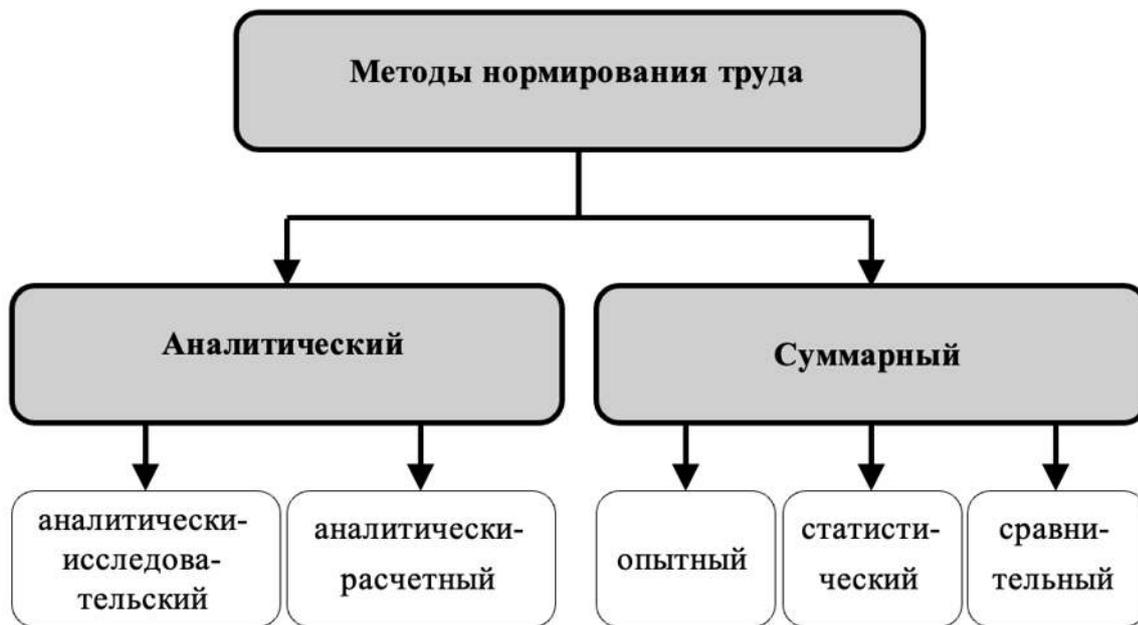


Рис. 2. Методы нормирования труда

3. Расчеты на основе хронометража или других способов измерения затрат труда.

В здравоохранении, как и в других отраслях экономики, используются разные методы нормирования труда (рис. 2).

Аналитически-исследовательский метод с применением хронометража используется в основном для разработки норм труда на федеральном уровне управления здравоохранением. В медицинских организациях этот метод используется крайне редко в связи с большой трудоемкостью его проведения и отсутствием в большинстве случаев условий для соблюдения всех правил его применения, представленных в специальной литературе [7].

Заключение. Ни один из представленных теоретически возможных способов расчета численности должностей медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы в полной мере невозможно применить в практике здравоохранения.

В штатных нормативах по вспомогательной службе при оказании амбулаторной помощи взрослому населению отсутствует должность медицинских работников кабинета (отделения) ультразвуковой диагностики, эндоскопического кабинета (отделения), при оказании медицинской помощи детям нет норматива должности лаборантов, санитаров. Штатные нормативы медицинских работников вспомогательной службы боль-

ничных учреждений отсутствуют.

Расчеты по объему работы не могут быть проведены из-за отсутствия утвержденных на федеральном уровне норм времени, используемых при оснащении медицинских организаций современным оборудованием.

Проведение хронометража в медицинских организациях затруднено в связи с невозможностью создания условий для реализации этого метода нормирования труда.

Такая ситуация, сложившаяся в последние годы в нормировании труда медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы, как и всего другого медицинского персонала, – свидетельство наличия актуальных проблем в системе нормирования труда и ее управления.

Перспективы развития системы нормирования труда представляются следующим образом:

- создание Центра по нормированию труда в здравоохранении, способного как для развития теоретических основ, так и для разработки совместно с клиницистами, профильными институтами документов для практики здравоохранения;
- полный пересмотр всей нормативно-правовой базы по труду;
- включение вопросов нормирования труда в программу дипломного и последипломного обучения врачей, медицинских работников со средним образованием.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шипова В.М. Нормирование труда медицинского персонала / В.М. Шипова. – М.: АГАР, 1997. – 160 с.
2. Шипова В.М. Вспомогательная служба ЛПУ (нормативы по труду, их применение) / В.М. Шипова. – М.: Агар, 1997. – 112 с.
3. Шипова В.М. Основы нормирования труда в здравоохранении (учебное пособие) / В.М. Шипова. – М.: ГРАНТЬ, 1998. – 320 с.
4. Шипова В.М. Организация нормирования труда в здравоохранении / В.М. Шипова. – М.: ГРАНТЬ, 2002. – 624 с.
5. Шипова В.М. Нормирование труда в здравоохранении (лекция 5) / В.М. Шипова. – М.: ЦНИИОИЗ, 2014. – 125 с.
6. Шипова В.М. Расчет численности должностей медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы: Учебное пособие / В.М. Шипова., Е.А. Берсенева, К.В. Кириллов и др. – М.: Светлица, 2019. – 108 с.
7. Шипова В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 312 с.
8. Шипова В.М. Средние и младшие медицинские работники: нормативы численности, методики расчетов / В.М. Шипова, Е.А. Берсенева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 240 с.
9. Стародубов В.И. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на выполнение работ, связанных с проведением эндоскопических исследований / В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – Том. 23. – № 1. – С. 29–32.

### REFERENCES

1. Shipova V.M. *Normirovanie truda medicinskogo personala* [Rationing of labor of medical personnel]. Moscow, AGAR, 1997. 160 p. (in Russian).
2. Shipova V.M. *Vspomogatel'naya sluzhba LPU (normativy po trudu, ih primeneniye)* [Auxiliary Service of the LPU (labor standards, their application)]. Moscow, AGAR, 1997. 112 p. (in Russian).
3. Shipova V.M. *Osnovy normirovaniya truda v zdavoohranenii (uchebnoe posobie)* [Fundamentals of labor rationing in healthcare (textbook)]. Moscow, GRANT Publishing House, 1998. 320 p. (in Russian).
4. Shipova V.M. *Organizaciya normirovaniya truda v zdavoohranenii* [Organization of labor rationing in healthcare]. Moscow, GRANT, 2002. 624 p. (in Russian).
5. Shipova V.M. *Normirovanie truda v zdavoohranenii (lekciya 5)* [Rationing of labor in healthcare (lecture 5)]. Moscow, 2014. 125 p. (in Russian).
6. Shipova V.M., Berseneva E.A., Kirillov K.V. and al. *Raschet chislennosti dolzhnostej medicinskih rabotnikov vspomogatel'noj lechbeno-diagnosticheskoy sluzhby: Uchebnoe posobie* [Calculation of the number of positions of medical workers of the auxiliary medical and diagnostic service: Training manual]. Moscow, Svetlitsa, 2019. 108 p. (in Russian).
7. Shipova V.M. *Organizaciya i tekhnologiya normirovaniya truda v zdavoohranenii* [Organization and technology of labor rationing in healthcare]. Moscow, Geotar-Media, 2018. 312 p. (in Russian).
8. Shipova V.M., Berseneva E.A. *Srednie i mladshie medicinskie rabotniki: normativy chislennosti, metodiki raschetov* [Secondary and junior medical workers: population standards, calculation meth]. Moscow, GEOTAR-Media, 2020. 240 p. (in Russian).
9. Starodubov V.I., Son I.M., Ivanova M.A. and al. The cost of working time of specialist doctors for the performance of work related to endoscopic studies. *Endoskopicheskaya hirurgiya* [Endoscopic surgery]. 2017, vol. 23, no. 1, pp. 29–32 (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  
ORCID: 0000-0002-8957-921X

*Берсенева Евгения Александровна* – научный руководитель, Национальный институт качества Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения; заведующая кафедрой организации здравоохранения и управления качеством, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: eaberseneva@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-3481-6190

## AUTHORS

*Valentina 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

ORCID: 0000-0002-8957-921X

*Evgeniya Berseneva* – Head of Scientific Direction, National Quality Institute; Head of Department of Health Organization and Quality Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation (RANEP), Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: eaberseneva@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-3481-6190

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.002

## ДИНАМИКА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ГРУЗА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИЗ-ЗА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ, ДЕФОРМАЦИЙ И ХРОМОСОМНЫХ НАРУШЕНИЙ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2013–2019 гг.

Малахова А.Р.<sup>1</sup>, Васильева Т.П.<sup>2</sup>, Александрова О.Ю.<sup>1</sup>, Зинченко Р.А.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> *Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново, Российская Федерация*

<sup>3</sup> *Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова, Москва, Российская Федерация*

### Ключевые слова:

общественное здоровье, генетический груз, врожденные аномалии развития и хромосомные нарушения, тренды, субъекты России.

### Аннотация

Генетический груз играет определяющую роль в формировании общественного здоровья. Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения приводят либо к летальным, либо к сублетальным последствиям. Анализ частоты врожденных аномалий развития и хромосомных нарушений может характеризовать вклад генетического груза в состояние этого показателя и определить состояния генетического здоровья популяции субъекта России. Целью исследования явилось изучение на уровне популяций субъектов России вклада генетического груза в формирование показателей общественного здоровья и субъектовых различий его трендов в динамике последних лет. Результаты проведенного исследования методом сплошного наблюдения, по данным официальной статистики, популяций субъектов Российской Федерации за 2013–2019 гг. показали, что имеются популяционные различия вклада генетического груза из-за врожденных аномалий развития и хромосомных нарушений. При этом отмечено, что при наличии общей закономерности формирования трендов повышения хромосомных нарушений и врожденных аномалий развития во всех субъектах Российской Федерации, имеются достоверные субъектовые различия в темпах прироста показателя по данному классу, особенно в динамике последних лет, что необходимо учитывать при планировании мероприятий по улучшению общественного здоровья с учетом генетической его детерминанты.

## DYNAMICS OF THE GENETIC BURDEN OF PUBLIC HEALTH DUE TO CONGENITAL DEVELOPMENTAL ANOMALIES, DEFORMITIES AND CHROMOSOMAL ABNORMALITIES IN THE CONSTITUENT ENTITIES OF THE RUSSIAN FEDERATION FOR 2013–2019

Malakhova A.R.<sup>1</sup>, Vasilieva T.P.<sup>2</sup>, Aleksandrova O.Yu.<sup>1</sup>, Zinchenko R.A.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> *V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood, Ivanovo, Russian Federation*

<sup>3</sup> *N.P. Bochkov Medical Genetic Research Center, Moscow, Russian Federation*

### Keywords:

public health, genetic burden, congenital malformations and chromosomal abnormalities, trends, the constituent entities of the Russian Federation.

### Abstract

Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities lead to either lethal or sublethal consequences. An analysis of the frequency of congenital malformations and chromosomal abnormalities can characterize the contribution of the genetic load to the state of this indicator and determine the state of the genetic health of a population of the Russian Federation. The aim of the research was to study the contribution of the genetic load at the level of populations of the constituent entities of the Russian Federation to the

formation of indicators of public health and the subjective differences in its trends in recent years. The study was conducted by the method of continuous observation according to official statistics of populations of the constituent entities of the Russian Federation for 2013-2019. The results of the study showed that there are population differences in the contribution of the genetic load due to congenital malformations and chromosomal abnormalities. At the same time, it was noted that in the presence of a general pattern of formation of trends in increasing chromosomal abnormalities and congenital developmental abnormalities in all the constituent entities of the Russian Federation, there are significant regional differences in the rate of growth of the indicator for this class, especially in the dynamics of recent years, which must be taken into account when planning measures to improve public health including its genetic determinants.

Концепция генетического груза, впервые предложенная известным популяционным генетиком Джоном Холдейном в 1937 году, является мерой оценки приспособляемости популяции к условиям окружающей среды [1, с. 111–176]. Если анализ частоты общей заболеваемости в популяции субъекта Российской Федерации важен для комплексной оценки общественного здоровья населения данной административной территории, то анализ частоты врожденных аномалий развития и хромосомных нарушений может характеризовать вклад генетического груза в состояние этого показателя и определять состояния генетического здоровья популяции субъекта России. Выявление этих критических точек (территориально-административных единиц с «тяжёлым» генетическим грузом) может составить основу планирования углубленных медико-генетических исследований [2, с. 47–51].

Целью исследования явилось изучение на уровне популяций субъектов России вклада генетического груза в формирование показателей общественного здоровья и субъектовых различий его трендов в динамике последних лет.

Методы исследования.

Данная статья написана в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 сентября 1998 года № 268 «О мониторинге врожденных пороков развития у детей»<sup>1</sup>, который позволил ввести строгий учёт заболеваемости по XVII классу Международной классификации болезней 10-го пересмотра «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения». Программа исследования основана на сплошном

<sup>1</sup>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 сентября 1998 г. № 268 «О мониторинге врожденных пороков развития у детей». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 1998.

методе наблюдения популяций всех субъектов Российской Федерации. Программа сбора информации основана на выкопировке данных из источников официальной статистики (статистические сборники Департамента мониторинга, анализа, и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации.), размещенных на официальном сайте Минздрава России [3; 4; 5; 6; 7; 8]. Глубина наблюдения составила 5 лет (2013–2019). Программа обработки полученных данных включала использование методов анализа динамических рядов, определения показателей темпа прироста, определение ошибки относительных величин, определение достоверности разности различий показателей, метода корреляционного анализа, метода экстраполяции, графического анализа. Полученные данные анализировались в разрезе территорий Федеральных округов и внутри каждого федерального округа – по территориям каждого субъекта России, включенных в данный федеральный округ. При этом анализировались показатели, характеризующие состояние частоты врожденных аномалий и хромосомных нарушений (в сл. на 100 тыс. нас.). Для сбора и обработки данных, а также для создания графических рисунков была использована программа Excel 2016.

Результаты.

Динамику показателей частоты врожденных пороков развития (далее – ВПР) в популяции Российской Федерации характеризуют данные, представленные на рис. 1. Как мы видим, частота ВПР в России непрерывно растёт. С 2013 по 2019 гг. она возросла на 10%, причём её рост отмечен во всех федеральных округах (далее – ФО) России. Наиболее значительный рост частоты ВПР за указанный период произошёл в Южном федераль-

ном округе и составил 24%. Причём, наибольший «скачок» отмечен в 2016 году, что объясняется упразднением Крымского федерального округа и включением его субъектов в состав ЮФО. В Уральском федеральном округе частота ВПР увеличилась на 17%, в Приволжском – на 14%, в Северо-Западном – на 13%, в Центральном – на 10%, в Северо-Кавказском – на 9%. Меньше всего показатель частоты ВПР вырос в Сибирском ФО (+6%), а в Дальневосточном ФО произошло снижение на 1% с 2013 г., минуя «пик» в 2016 году. Таким образом, по состоянию на 2019 год частота ВПР преобладает в Северо-Западном ФО и Приволжском федеральном округе. Административно-территориальной единицей с самой низкой частотой ВПР является Центральный федеральный округ с показателем 622,7 на 100 тыс. населения по состоянию на 2019 год, и Южный федеральный округ с показателем 706,3 на 100 тыс. населения, несмотря на высокий темп роста показателя внутри субъектов, особенно в Астраханской и Орловской областях (+43% и +35% с 2013 по 2019 гг.).

При наличии различий в динамике генетического груза между федеральными округами России существуют межсубъектовые отличия показателя частоты ВПР среди регионов одного округа. В качестве примера был взят федеральный округ с наиболее выраженной разницей в показателях между субъектами.

Частота ВПР в Приволжском Федеральном округе с 2013 года постепенно растёт до 2016 года (рис. 2), и уже к 2017 г. можно заметить замедление в темпе роста (+0,3%). Несмотря на это, показатель имеет активную положительную динамику, так как рост с 2013 по 2019 год составил 14%. Как можно увидеть на представленном графике, только в трёх из четырнадцати субъектов Приволжского ФО частота ВПР снизилась за указанный промежуток времени: в Республике Мордовии (-28%), в Пензенской (-9%) и Самарской (-1%) областях. В остальных субъектах рост составил от 4% до 27% с 2013 по 2019 год: Республике Татарстан – 27%, в Нижегородской и Ульяновской областях – 26%, в Республике Марий Эл – 21%, в Оренбургской и Кировской областях – 17%, в Саратовской области – 16%, в Пермском крае и в Республике Башкортостан – 11%, в Удмуртской Республике – 10% (рис. 3). Чувашская Республика является субъектом с самой высокой частотой

ВПР среди регионов Приволжского ФО с 2013 по 2019 год, однако, как видно на рис. 2, с 2018 по 2019 год произошёл спад частоты ВПР (-19%). Таким образом, прирост показателя с 2013 по 2019 гг. составляет +4%. В Пензенской области, напротив, частота ВПР самая низкая в Приволжском ФО на протяжении указанного промежутка времени с продолжающейся отрицательной динамикой роста.

#### Обсуждение.

При наличии различий в динамике генетического груза между федеральными округами РФ и при учете разницы в изменении частоты ВПР могут существовать значительные межсубъектовые отличия показателя частоты ВПР среди регионов внутри округов. Причём, закономерность между динамикой показателя частоты ВПР и территориальным соседством субъектов не обнаружена: на примере Приволжского ФО было выявлено, что наибольшая частота ВПР зафиксирована в Чувашской Республике, Пермском крае и Саратовской области, тогда как данные субъекты находятся на значительном расстоянии друг от друга и не имеют общих границ. Однако, исходя из данных, отображённых на рис. 3, в Приволжском ФО рост частоты ВПР за указанный промежуток времени растёт в Республике Татарстан, Нижегородской и Ульяновской областях, Республике Марий Эл, то есть в соседствующих регионах. Таким образом, можно сделать вывод, что рост частоты ВПР в данных регионах с ВПР с 2013 по 2019 г. обусловлен фактором территориального соседства субъектов и миграцией населения между смежными регионами.

#### Заключение.

Результаты проведенного исследования методом сплошного наблюдения по данным официальной статистики частоты заболеваемости врожденными аномалиями развития, деформациями и хромосомными нарушениями в популяциях субъектов Российской Федерации за 2013–2019 гг. показали, что имеются популяционные различия вклада генетического груза по данному классу. При этом отмечено, что при наличии общей закономерности повышения показателя частоты хромосомных нарушений и врожденных аномалий развития во всех субъектах Российской Федерации, имеются достоверные различия в темпах прироста показателя по данному классу в субъектах России, особенно в динамике последних лет.

Однако рост частоты заболеваемости врожденными аномалиями развития, деформациями и хромосомными нарушениями отмечен в соседствующих регионах, имеющих смежное территориальное расположение. Данные результаты необходимо принять во внимание при планировании мероприятий по улучшению общественного здоровья с учетом его генетической детерминанты.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Muller H.J. Our load of mutations / H.J. Muller // American Journal of Human Genetics. – 1950. – Том 2. – № 2. – С. 111–176.
2. Полунина Н.В. Частота врожденных аномалий как составляющая показателя здоровья детского населения региона / Н.В. Полунина, А.Ю. Разумовский, В.А. Саввина с соавт. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. – Т. 59. – № 5. – С. 47–51.
3. Общая заболеваемость всего населения России в 2014 году. Статистические материалы. Часть II. – Москва, 2015.
4. Общая заболеваемость всего населения России в 2015 году. Статистические материалы. Часть II. – Москва, 2016.
5. Общая заболеваемость всего населения России в 2016 году. Статистические материалы. Часть II. – Москва, 2017.
6. Общая заболеваемость всего населения России в 2017 году. Статистические материалы. Часть II. – Москва, 2018.
7. Общая заболеваемость всего населения России в 2018 году. Статистические материалы. Часть II. – Москва, 2019.
8. Общая заболеваемость всего населения России в 2019 году. Статистические материалы. Часть II. – Москва, 2020.

#### REFERENCES

1. Muller H.J. Our load of mutations. *American Journal of Human Genetics*, 1950, vol. 2, no. 2, pp. 111–176 (in Russian).
2. Polunina N.V., Razumovsky A.Yu., Savvina V.A. et al. The Frequency of congenital anomalies as a component of the health indicator of the children's population in the region. *Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii [Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics]*, 2014, vol. 59, no. 5, pp. 47–51 (in Russian).
3. *Obshchaya zaboлеваemost' vsego naseleniya Rossii v 2014 godu. Statisticheskie materialy. CHast' II [Total morbidity of the entire population of Russia in 2014. Statistical data. Part II]*. Moscow, 2015 (in Russian).
4. *Obshchaya zaboлеваemost' vsego naseleniya Rossii v 2015 godu. Statisticheskie materialy. CHast' II [Total morbidity of the entire population of Russia in 2015. Statistical data. Part II]*. Moscow, 2016 (in Russian).
5. *Obshchaya zaboлеваemost' vsego naseleniya Rossii v 2016 godu. Statisticheskie materialy. CHast' II [Total morbidity of the entire population of Russia in 2016. Statistical data. Part II]*. Moscow, 2017 (in Russian).
6. *Obshchaya zaboлеваemost' vsego naseleniya Rossii v 2017 godu. Statisticheskie materialy. CHast' II [Total morbidity of the entire population of Russia in 2017. Statistical data. Part II]*. Moscow, 2018 (in Russian).
7. *Obshchaya zaboлеваemost' vsego naseleniya Rossii v 2018 godu. Statisticheskie materialy. CHast' II [Total morbidity of the entire population of Russia in 2018. Statistical data. Part II]*. Moscow, 2019 (in Russian).
8. *Obshchaya zaboлеваemost' vsego naseleniya Rossii v 2019 godu. Statisticheskie materialy. CHast' II [Total morbidity of the entire population of Russia in 2019. Statistical data. Part II]*. Moscow, 2020 (in Russian).

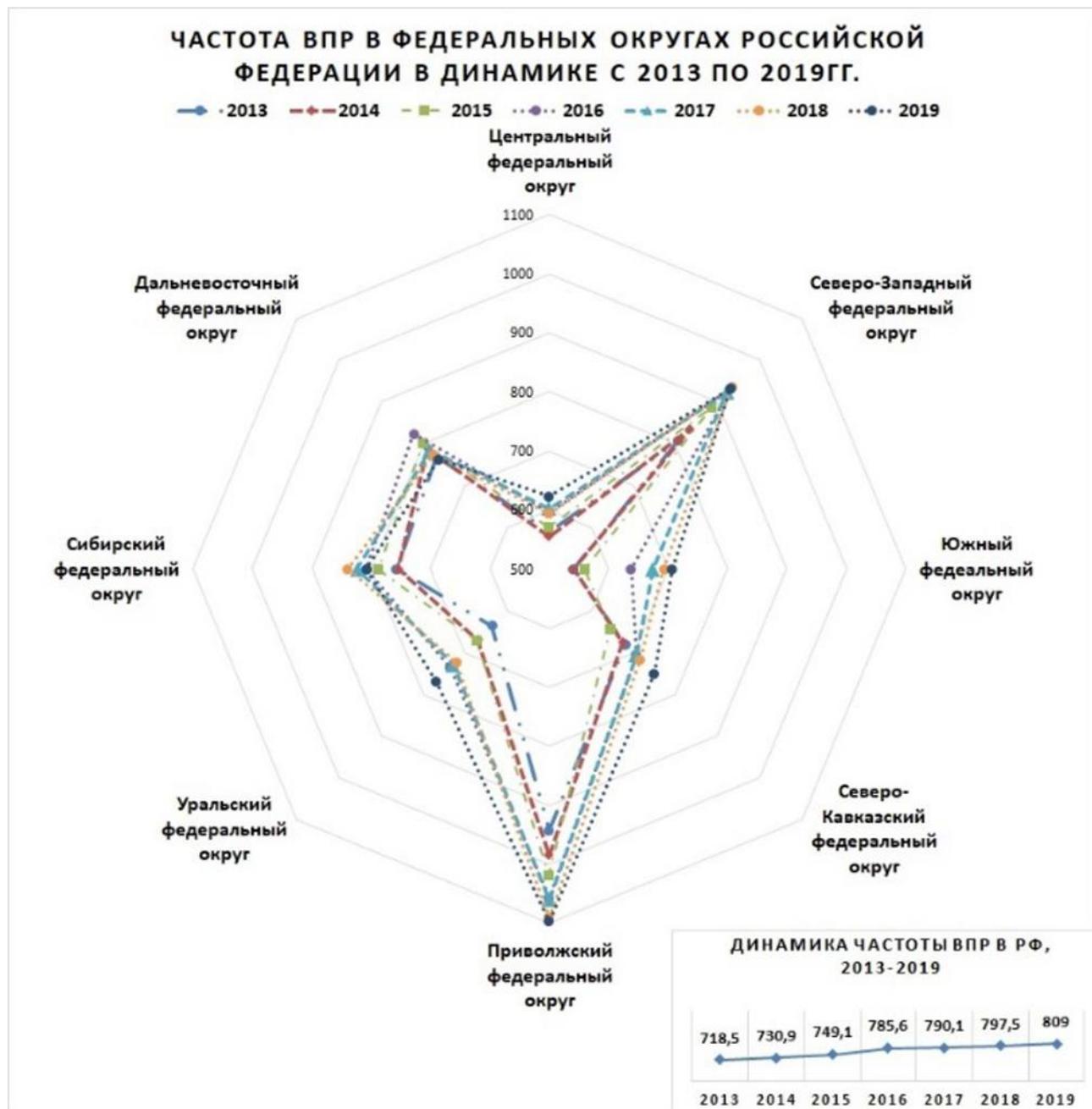


Рис. 1. Динамика частоты ВПР во всех федеральных округах РФ с 2013 по 2019 гг.

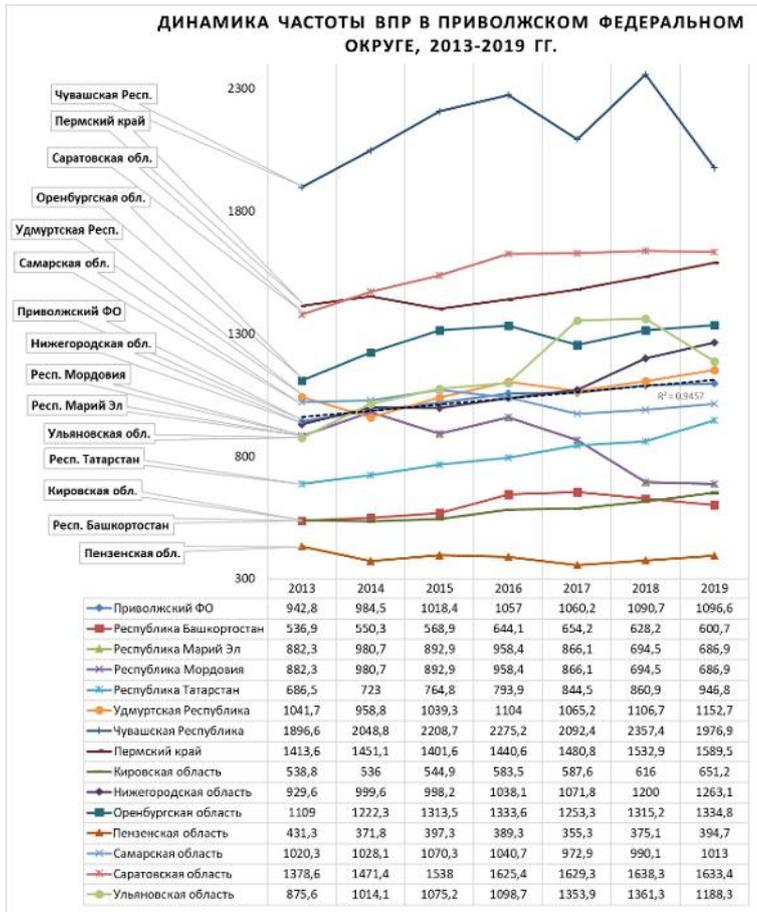


Рис. 2. Динамика частоты ВПР в Приволжском федеральном округе с 2013 по 2019 гг. по 2019 гг.

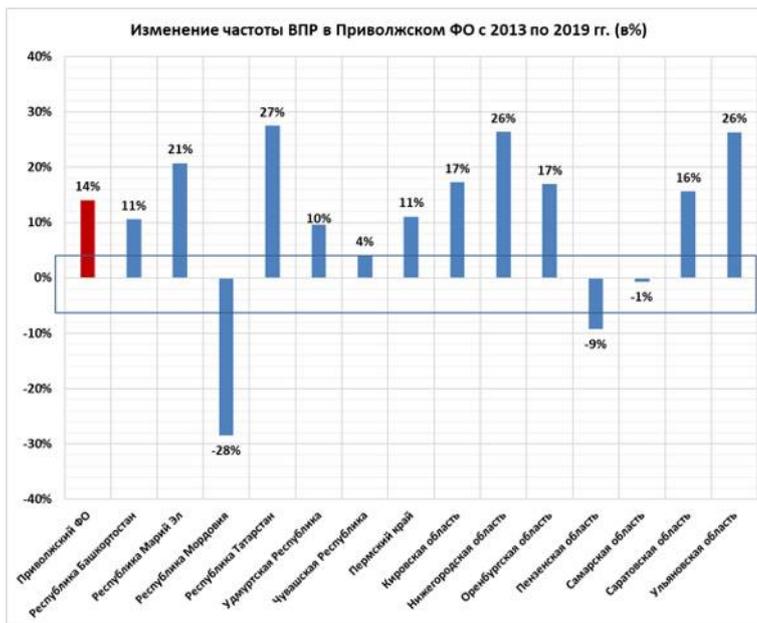


Рис. 3. Изменение частоты ВПР в Приволжском федеральном округе с 2013 по 2019 гг. в процентах. Повышение показателя произошло в 9 регионах, понижение – в 1; стабилизация – в 4.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Малахова Александра Романовна* – лаборант-исследователь, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, магистр социологических наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: alexmalakhova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-1935-4904

*Васильева Татьяна Павловна* – главный научный сотрудник, Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, доктор медицинских наук, профессор, г. Иваново, Российская Федерация; e-mail: vasileva\_tp@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-3605-8592

*Александрова Оксана Юрьевна* – заместитель директора, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: alexandrovaoyu@nrph.ru  
ORCID: 0000-0002-0761-1838

*Зинченко Рена Абульфазовна* – заместитель директора по научно-клинической работе, заведующая лабораторией генетической эпидемиологии, Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: renazinchenko@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3586-3458

## AUTHORS

*Alexandra Malakhova* – Research Assistant, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Master of Sociology, Moscow, Russian Federation; e-mail: alexmalakhova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-1935-4904

*Tatyana Vasilyeva* – Chief Researcher, V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood, Doctor habil. in Medicine, Professor, Ivanovo, Russian Federation; e-mail: vasileva\_tp@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-3605-8592

*Oxana Alexandrova* – Deputy Director, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: alexandrovaoyu@nrph.ru  
ORCID: 0000-0002-0761-1838

*Rena Zinchenko* – Deputy Director for Scientific and Clinical Work, Head of the Laboratory of Genetic Epidemiology, N.P. Bochkov Medical Genetic Research Center, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: renazinchenko@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3586-3458



УДК 316.614

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.003

## СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ В ПРИОБЩЕНИИ К КУРЕНИЮ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Васильева Т.П.<sup>1</sup>, Наумова Н.А.<sup>2</sup>, Арсенкова О.Ю.<sup>3</sup>, Васильев М.Д.<sup>3</sup>, Шукурлаева Г.Ё.<sup>3</sup>,  
Хайретдинова Э.Х.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново, Российская Федерация

<sup>2</sup> Ярославская областная клиническая наркологическая больница, г. Ярославль, Российская Федерация

<sup>3</sup> Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

### Ключевые слова:

курение, семья, подростки, родители, здоровый образ жизни.

### Аннотация

Статья посвящена актуальной проблеме здоровья детей и подростков. В широком спектре интенсивно исследуемых резервов здоровьесбережения детей и подростков особое место занимает профилактика потребления табака. Важный защитный фактор в отношении саморазрушительного поведения у подростков – родительское внимание. В статье обоснован приоритет семьи в предотвращении формирования никотиновой зависимости у несовершеннолетних. По результатам опроса выявляется специфика семейного окружения курящих подростков в России. На примере курения раскрывается ведущая роль личного примера родителей, их доверительных отношений с детьми в профилактике вредных привычек.

## FAMILY FACTORS IN SMOKING INITIATION AMONG MINORS

Vasileva T.P.<sup>1</sup>, Naumova N.A.<sup>2</sup>, Arsenkova O.Yu.<sup>3</sup>, Vasilev M.D.<sup>3</sup>, Shukurlaeva G.E.<sup>3</sup>,  
Khairtdinova E.H.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood, Ivanovo, Russian Federation

<sup>2</sup> Yaroslavl regional clinical narcological hospital, Yaroslavl, Russian Federation

<sup>3</sup> N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

smoking, family, teenagers, parents, healthy lifestyle.

### Abstract

The article is devoted to the actual problem of the health of children and adolescents. Prevention of tobacco consumption occupies a special place in a wide range of intensively studied reserves of health preservation of children and adolescents. An important protective factor against self-destructive behavior in adolescents is parental attention. The purpose of the study: the article proves family priority in protection minors from nicotine addiction formation. Survey results reveal environment peculiarities of teenagers that smoke in Russia. Smoking shows leading role of parents as an example for children and their close relationship with child to avoid unhealthy habits.

Новый текст Конституции акцентирует приоритет формирования здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) населения. В широком спектре интенсивно исследуемых резервов здоровьесбережения детей и подростков [1, с. 78] особое место занимает профилактика потребления табака. Масштабные акции, направленные на ограничение курения в России, вроде бы дают ощутимые результаты [2, с. 35–44]. Но, по данным 2019 г., среди наших соотечественников курили 23% женщин (это почти вдвое выше, чем в среднем по миру) и 60% мужчин, в возрасте 15–19 лет, соответственно, 11,8 и 22,4%<sup>1</sup>.

Дети склонны игнорировать информацию о рисках для собственного здоровья. Они закуривают из любопытства, за компанию, стремясь продемонстрировать свою «взрослость» или не отстать от пользующихся «авторитетом» сверстников, а порой и просто чтобы как-то «убить время». Здесь чрезвычайно важно, в какой мере семья противостоит тяге к пагубному пристрастию или усугубляет ее.

#### Методы.

Для выяснения семейных факторов, способствующих приобщению к курению, проведен опрос 668 подростков (из них – 287 в возрасте 10–14 лет и 381 – 15–17 лет) по специально разработанной анкете. Достоверность различий в структуре ответов между группами курящих и некурящих респондентов оценивалась по критерию Стьюдента.

#### Результаты.

Из полученных данных обращает внимание то, что более трети (36,1%) курящих подростков воспитываются в неполных семьях. Среди некурящих таковых достоверно меньше – 21,1%. Это согласуется с выводами других исследователей об удвоении частоты курения среди молодежи из неполных семей [3, с. 38].

Иммунитет к формированию вредной привычки явно выше у детей интеллигенции и медицинских работников. Родители почти половины из тех, кто не курит, имеют диплом о высшем образовании (22,1%) или среднем медицинском (23,4%) против 5,6 и 3,7%, соответственно, в группе сравнения. Данные представлены в таблице 1.

А материальное благополучие способствует приобщению наших юных земляков к потреблению табачной продукции, цены на которую

целенаправленно повышаются: доля считающих достаток своей семьи высоким среди курящих респондентов втрое выше, чем среди некурящих (45,6 против 14,5%). Данные представлены в таблице 2.

В развитых странах ситуация прямо противоположная: курение концентрируется в бедных семьях [4, с. 683]. Это не в последнюю очередь результат целенаправленного внедрения в массовое сознание представления о вредных привычках как атрибутах низших слоев общества. Ассоциация ЗОЖ с восходящей социальной мобильностью оказывается гораздо более действенным стимулом к его восприятию, чем примелькавшиеся предупреждения Министерства здравоохранения России о вреде курения.

Взрослый член семьи с сигаретой подает подрастающему поколению пример для подражания, который перевешивает в неокрепшем сознании любые разумные предостережения и рекомендации. Пристрастие к табаку ближайших родственников отмечают более половины курящих респондентов, но лишь один из шести не курящих. Чаще всего это отец – 25,4 против 10,0%, соответственно. Данные представлены в таблице 3. За рубежом получены результаты, свидетельствующие, что дети курильщиков приобщаются к потреблению табака в 2 раза чаще [5, с. 848].

Напрасно каждый четвертый курящий родитель полагает, что прививает детям ЗОЖ личным примером, а еще более половины пытаются добиться этого с помощью бесед [6, с. 178]. Авторитет таких воспитателей невелик. Трудно ожидать и доверия подростков к информации о вреде курения, поступающей от педагогов и медицинских работников, среди которых распространенность этой пагубной привычки все еще высока. Хотя и подкрепление личным примером не гарантирует успеха профилактических инициатив: в семье почти каждого второго юного курильщика никто не курит.

Немаловажно, что заядлое курение нередко сочетается со злоупотреблением алкоголем, которое омрачает домашнюю обстановку 12,7% курящих подростков, но лишь в единичных случаях (0,2%) оказывается не курящими.

Важный защитный фактор в отношении саморазрушительного поведения у подростков – родительское внимание. Его острый дефицит курящие респонденты ощущают в 4 раза чаще некурящих (44,5% против 11,2%).

<sup>1</sup> URL: <https://stopz.ru/informaciya/kurenie/statistika-kurenija-v-rossii-i-mire-v-2019-godu/>

Таблица 1

Образовательный уровень семьи (на 100 опрошенных)

Образование родителей	Некурящие подростки	Курящие подростки
высшее не медицинское	18,5	5,6
высшее медицинское	3,6	-
среднее не медицинское	53,3	88,5
среднее медицинское	23,4	3,7
ниже среднего	1,2	2,2
ВСЕГО	100,0	100,0

Таблица 2

Благосостояние семьи (на 100 опрошенных)

Материальный достаток	Некурящие подростки	Курящие подростки
высокий	14,5	45,6 (p<0,05)
средний	68,5	47,9
низкий	17,0	6,5
ВСЕГО	100,0	100,0

Таблица 3

Курение в семье (на 100 опрошенных)

Курит	Не курящие подростки	Курящие подростки
Отец	10,0	25,4
Мать	4,5	15,6 (p<0,05)
Другие совместно проживающие родственники	1,7	12,3 (p<0,05)
Никто	83,8	46,7 (p<0,05)
ВСЕГО	100,0	100,0

Обсуждение.

С 2013 г. отечественным законодательством запрещено курение в общественных местах, транспорте, на производстве, в учреждениях, организациях, учебных заведениях, вплоть до подъездов и лестничных клеток. Предусмотрена административная ответственность за продажу табачных изделий несовершеннолетним. С 1 августа 2020 г. это распространено на всю никотинсодержащую продукцию. Вот только правовой нигилизм, прочно укоренившийся в национальном менталитете [7, с. 35], ставит под сомнение неукоснительность соблюдения юридических норм. С другой стороны, вытеснение табачного дыма из общественного пространства в частное не спасает детей ни от ущерба, наносимого здоровью курением близких дома, в гостях, в личном

автомобиле, ни от толерантности и стремления приобщиться к такому рискованному, порицаемому, но тем более заманчивому способу поддержания контакта, снятия стресса, создания имиджа, получения удовольствия [8, с. 83].

Более половины детей в мире и до трех четвертей в нашей стране подвержены «пассивному курению» – вдыханию дыма от выкуриваемых поблизости сигарет [9, с. 9]. Усилия даже тех родителей, которые осознают связанный с этим вред и стараются его предотвратить, явно недостаточны: допускается курение в непосредственной близости от детей на улице, в соседней комнате или на балконе при неплотно закрытой двери; у форточки и кухонной вытяжки; в помещении и машине, пока там нет ребенка [10, с. 693], хотя вредные вещества не выветриваются окончательно оттуда

часами<sup>2</sup>.

Выводы.

Образ жизни подростков, в целом, и их отношение к никотиновой зависимости, в частности, формируется (а также деформируется) широким спектром факторов: физиологических, психологических, социальных, информационных, медицинских, юридических. Но практически все проблемы в их здоровье, поведении и мировосприятии произрастают на той почве и из тех семян, которые закладываются в раннем детстве, прежде всего в семье. А именно домашняя обстановка, как видно на примере антитабачных мер, до сих пор оказывается на периферии внимания.

---

<sup>2</sup> URL: <https://www.tubakainfo.ee/ru/passivnoe-kurenie/>

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чичерин Л.П. Реальные резервы здоровьесбережения детей России / Л.П. Чичерин, М.В. Никитин, Е.В. Михальская // Современная педиатрия. Сборник материалов IV Российского форума с международным участием. – Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России». – 2019. – С. 78–80.
2. Антонов Н.С. Динамика распространенности потребления табака под воздействием государственной антитабачной политики в Российской Федерации / Н.С. Антонов, Г.М. Сахарова, М.Ю. Передельская, Л.И. Русакова // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. – 2019. – № 2. – С. 35–44.
3. Пац Н.В. Некоторые аспекты медико-социального портрета подростков и молодежи из неполных семей / Н.В. Пац, Д.А. Редькин, О.В. Пац // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2020. – № 1 (17). – С. 33–42.
4. Moore G.F. Associations of Socioeconomic Status, Parental Smoking and Parental E-Cigarette Use with 10–11-Year-Old Children's Perceptions of Tobacco Cigarettes and E-Cigarettes: Cross Sectional Analysis of the CHETS Wales 3 Survey / G.F. Moore, L. Angel, L. Gray, et al. // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – № 17. – P. 683.
5. Leonardi-Bee J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis / J. Leonardi-Bee, M.L. Jere, J. Britton // Thorax. – 2011. – № 66. – P. 847–855.
6. Новоселова Е.Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчении факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков / Е.Н. Новоселова // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 4. – С. 175–185.
7. Косенко А.А. Правовой нигилизм в современной России / А.А. Косенко, И.А. Авласевич, Т.А. Шитова // Эпоха науки. – 2018. – № 16. – С. 34–36.
8. Капустина Н.Р. Курение в образе жизни детей и подростков / Н.Р. Капустина, Л.П. Матвеева // Вятский медицинский вестник. – 2020. – № 1 (65). – С. 81–83.
9. Радкевич Н.В. Исследование экспозиции к табачному дыму некурящих женщин и детей / Н.В. Радкевич, В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2008. – № 4. – С. 9–15.
10. Myers V. "I can't stand it...but I do it sometimes" parental smoking around children: practices, beliefs, and conflicts – a qualitative study / V. Myers, E. Lev, N. Guttman, et al. // BMC Public Health. – 2020. – № 20. – P. 693.

### REFERENCES

1. Chicherin L.P., Nikitin M.V., Mihalskaya E.V. Real Reserves of Children Health Preservation in Russia. *Sovremennaya pediatriya. Sbornik materialov IV Rossijskogo foruma s mezhdunarodnym uchastiem [Modern Pediatrics. Materials Collection of IV Russian Forum with International Participation]*. Saint-Petersburg Regional Department of «Pediatricians Union of Russia», 2019, pp. 78–80 (in Russian).
2. Antonov N.S., Sakharova G.M., Peredelskaya M.Yu., Rusakova L.I. The Dynamics of Tobacco Consumption Prevalence under the National Tobacco Control Policy in the Russian Federation. *Vestnik Central'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta tuberkuleza [Bulletin of Central TB Research Institute]*, 2019, no. 2, pp. 35–44 (in Russian).
3. Pats N.V., Redkin D.A., Pats O.V. Some Aspects of Medical and Social Portrait of Adolescents and Youth from Single-Parent Families. *Zdorov'e cheloveka, teoriya i metodika fizicheskoy kul'tury i sporta [Human Health, Theory and Method of Physical Culture and Sport]*, 2020, no. 1 (17), pp. 33–42 (in Russian).
4. Moore G.F., Angel L., Gray L., et al. Associations of Socioeconomic Status, Parental Smoking and Parental E-Cigarette Use with 10–11-Year-Old Children's Perceptions of Tobacco Cigarettes and E-Cigarettes: Cross Sectional Analysis of the CHETS Wales 3 Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, no. 17, p. 683.
5. Leonardi-Bee J., Jere M.L., Britton J. Exposure to Parental and Sibling Smoking and the Risk of Smoking Uptake in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Thorax*, 2011, no. 66, pp. 847–855.
6. Novoselova E.N. Role Played by a Family in Creating Healthy Lifestyle and Eliminating Risk Factors that Cause Threats to Children's and Teenagers' Health. *Analiz riska zdorov'yu [Health Risk Analysis]*, 2019, no. 4, pp. 175–185 (in Russian).
7. Cosenko A.A., Avlasevich I.A., Shitova T.A. Legal Nihilism in Modern Russia. *Epoha nauki [Science Era]*, 2018, no. 16, pp. 34–36 (in Russian).
8. Kapustina N.R., Matveeva L.P. Smoking in Children's and Teenagers' Lifestyle. *Vyatskij medicinskij vestnik [Vyatka Medical Bulletin]*, 2020, no. 1 (65), pp. 81–83 (in Russian).
9. Radkevich N.V., Levshin V.F., Slepchenko N.I. Secondhand Tobacco Smoke Exposure among Women and Children. *Vestnik RONC im. N.N. Blokhina RAMN [Bulletin of N.N. Blokhin RCRC RAMS]*, 2008, no. 4, pp. 9–15 (in Russian).
10. Myers V., Lev E., Guttman N., et al. "I can't stand it...but I do it sometimes" parental smoking around children: practices, beliefs, and conflicts – a qualitative study. *BMC Public Health*, 2020, no. 20, p. 693.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Васильева Татьяна Павловна* – главный научный сотрудник, Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, доктор медицинских наук, профессор, г. Иваново, Российская Федерация; e-mail: [vasileva\\_tp@mail.ru](mailto:vasileva_tp@mail.ru)  
ORCID: 0000-0002-3605-8592

*Наумова Наталья Александровна* – врач-нарколог, Ярославская областная клиническая наркологическая больница, г. Ярославль, Российская Федерация; e-mail: [natashan88@mail.ru](mailto:natashan88@mail.ru)  
ORCID: 0000-0002-2885-402X

*Арсеенкова Ольга Юрьевна* – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: [omasik@gmail.com](mailto:omasik@gmail.com)  
ORCID: 0000-0002-1440-524X

*Васильев Михаил Дмитриевич* – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: [m.vasilev@mail.ru](mailto:m.vasilev@mail.ru)  
ORCID: 0000-0003-1646-734

*Шукурлаева Гузаль Ёркиновна* – лаборант-исследователь, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: [edem\\_\\_97@mail.ru](mailto:edem__97@mail.ru)  
ORCID: 0000-0003-1656-353X

*Хайретдинова Эльнара Хафизовна* – магистр, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: [elnara.sadretdinova@mail.ru](mailto:elnara.sadretdinova@mail.ru)  
ORCID: 0000-0003-0471-4222

## AUTHORS

*Tatyana Vasilyeva* – Chief Researcher, V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood, Doctor habil. in Medicine, Professor, Ivanovo, Russian Federation; e-mail: [vasileva\\_tp@mail.ru](mailto:vasileva_tp@mail.ru)  
ORCID: 0000-0002-3605-8592

*Natalia Naumova* – Psychiatrist, Yaroslavl regional clinical narcological hospital, Yaroslavl, Russian Federation; e-mail: [natashan88@mail.ru](mailto:natashan88@mail.ru)  
ORCID: 0000-0002-2885-402X

*Olga Arseenkova* – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: [omasik@gmail.com](mailto:omasik@gmail.com)  
ORCID: 0000-0002-1440-524X

*Mikhail Vasilev* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: [m.vasilev@mail.ru](mailto:m.vasilev@mail.ru)  
ORCID: 0000-0003-1646-734

*Guzal Shukurlaeva* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health; e-mail: [edem\\_\\_97@mail.ru](mailto:edem__97@mail.ru)  
ORCID: 0000-0003-1656-353X

*Elnara Khairtdinova* – Student, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: [elnara.sadretdinova@mail.ru](mailto:elnara.sadretdinova@mail.ru)  
ORCID: 0000-0003-0471-4222

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.004

## ПРИЗНАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ЗДОРОВЬЯ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Полозков О.И.<sup>1</sup>, Черкасов С.Н.<sup>2</sup>, Мешков Д.О.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> *Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация*

### **Ключевые слова:**

старшее поколение, здоровье населения, детерминанты здоровья.

### **Аннотация**

В статье представлен анализ распространенности факта признания ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах. Было проведено исследование результатов анонимного анкетирования 1045 человек в возрасте 60 лет и старше. Результаты настоящего исследования позволяют сделать заключение о том, что наибольший удельный вес, как мужчин, так и женщин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдается в возрастной группе 60–64 года. С увеличением возраста удельный вес возлагающих первостепенную ответственность за состояние здоровья на государство и системы здравоохранения, то есть занимающих пассивную позицию, возрастает. Гендерных различий в тенденциях не выявляется, однако женщины в целом более ответственно относятся к своему здоровью, реже перекладывая ответственность на государство и систему здравоохранения. Уровень образования не оказывает влияния на величину удельного веса лиц старших возрастных групп, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье.

## RECOGNITION OF RESPONSIBILITY FOR ONE'S HEALTH AS A DETERMINANT OF HEALTH IN OLDER AGE GROUPS

Polozkov O.I.<sup>1</sup>, Cherkasov S.N.<sup>2</sup>, Meshkov D.O.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> *V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation*

### **Keywords:**

older generation, population health, determinants of health.

### **Abstract**

The purpose of the study: to analyze the prevalence of the fact of recognition of responsibility for their health in older age groups. The results of an anonymous survey of 1045 people aged 60 years and older were analyzed. The results of this study lead to the conclusion that the largest share, both men and women recognize the fact of responsibility for their health, is seen in the age group of 60–64 years, with increasing age the proportion, which imposes the primary responsibility for the health of the state and the health care system, that is passive, increases. There are no gender differences in trends, but women are generally more responsible about their health, less likely to shift responsibility to the state and the health system. The level of education does not affect the value of the proportion of older age groups who recognize the fact of responsibility for their health.

Формирование здоровья старшего поколения – сложный процесс, который не всегда можно объяснить с позиции только факторной теории рисков. Высокая значимость детерминант здоровья определяет необходимость поиска и описание их воздействия на показатели здоровья в данных возрастных группах [1, с. 6–11; 2, с. 179–185; 3, с. 3–5; 4, с. 764–771; 5, с. 1–12].

Ранее было показано, что признание ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах влияет на показатели самооценки здоровья, однако механизмы такого влияния не ясны [6, с. 731–736]. Можно предположить, что изменение поведения человека приводит в итоге к снижению риска нарушений здоровья и, как следствие, к более высоким показателям здоровья [7, с. 57–60; 8, с. 1309; 9, с. 4–8; 10, с. 113–120; 11; 12, с. 587–593]. Следовательно, ответственное поведение на основании признания доминирования собственной роли можно рассматривать как одну из детерминант здоровья. Понимание степени распространённости такого явления в старших возрастных группах – актуальная задача общественного здоровья.

Цель исследования.

Провести анализ распространённости факта признания ответственности за свое здоровье в старших возрастных группах.

Методы.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ результатов анонимного анкетирования 1045 человек в возрасте 60 лет и старше. В анкету были включены вопросы о субъекте, который, по мнению отвечающих, в первую очередь отвечает за их здоровье. В качестве вариантов ответов были предложены следующие: сам человек, государство или система здравоохранения, которая может рассматриваться как вариант ответственности государства, так как именно государство формирует, нормативно регулирует и поддерживает функционирование системы здравоохранения в стране.

Результаты.

На первом этапе исследования была проведена оценка распространённости такого явления как признание факта ответственности за свое здоровье в исследуемой популяции в различных возрастно-половых группах.

Наибольший удельный вес мужчин, признавших свою первостепенную ответственность за

собственное здоровье, было в самой молодой возрастной группе (60–64 года). Более чем три четверти ответивших придерживались такого мнения (рис. 1). В более старших возрастных группах удельный вес таких мужчин снижался. Так, в возрастной группе 65–69 лет, семь из десяти ответивших возлагал ответственность на государство или систему здравоохранения. В самой старшей возрастной группе (70 лет и старше) каждый шестой из десяти мужчин признавал свою ответственность за свое здоровье.

Следовательно, наибольший удельный вес мужчин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдается в возрастной группе 60–64 года – 78,8%, тогда как с увеличением возраста удельный вес мужчин, возлагающих первостепенную ответственность за состояние здоровья на государство и систему здравоохранения, то есть занимающих пассивную позицию, возрастает.

Наибольший удельный вес женщин, признавших свою первостепенную ответственность за собственное здоровье, также, как и у мужчин, наблюдалось в самой молодой возрастной группе (60–64 года). Более восьмидесяти процентов ответивших придерживались такого мнения (рис. 2), что больше, чем среди мужчин. В более старших возрастных группах удельный вес таких женщин постепенно снижался, но только менее трети из ответивших возлагала ответственность на государство или систему здравоохранения.

Следовательно, наибольший удельный вес женщин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдался в возрастной группе 60–64 года – 80,2%, тогда как с увеличением возраста удельный вес женщин, возлагающих первостепенную ответственность за состояние здоровья на государство и систему здравоохранения, то есть занимающих пассивную позицию, возрастает. В целом женщины более ответственно относились к своему здоровью. В самой старшей возрастной группе гендерных различий практически не наблюдалось.

На втором этапе исследования был проведен анализ зависимости между уровнем образования и удельным весом респондентов, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье. Для выполнения анализа в каждой поло-возрастной группе были сформированы по две группы сравнения. В первую группу были включены

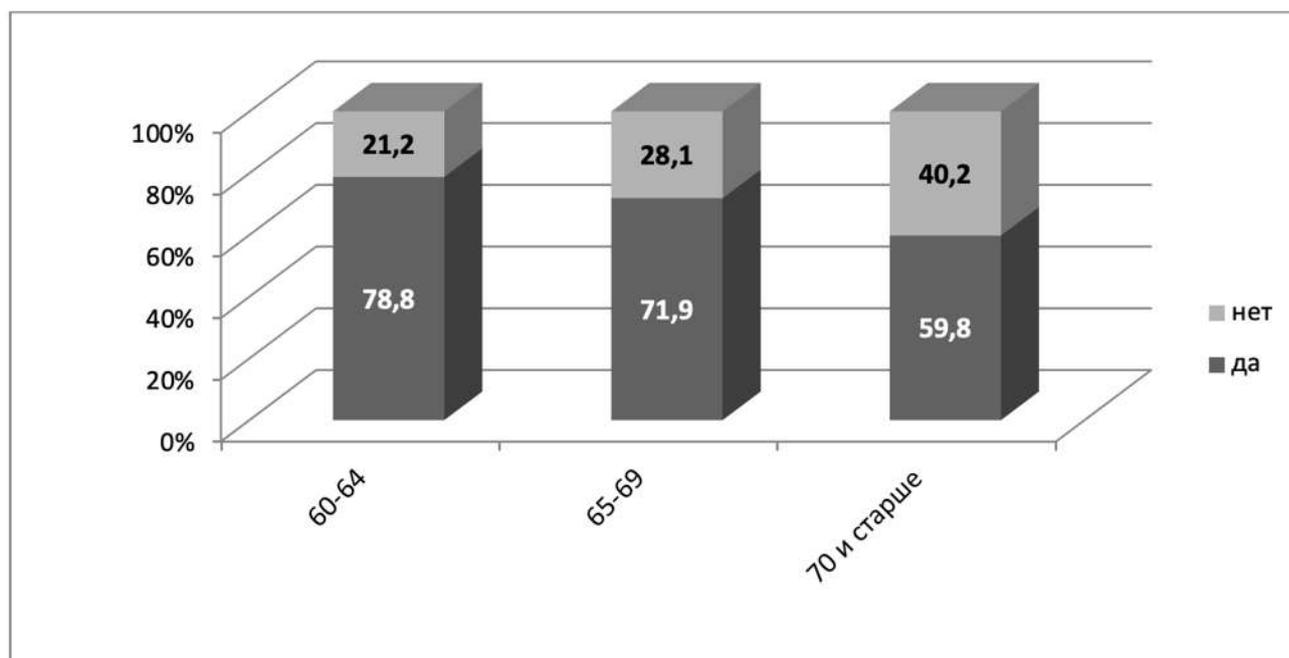


Рис. 1. Удельный вес респондентов мужского пола, признающих факт ответственности за свое здоровье (ответ «да») в различных возрастных группах

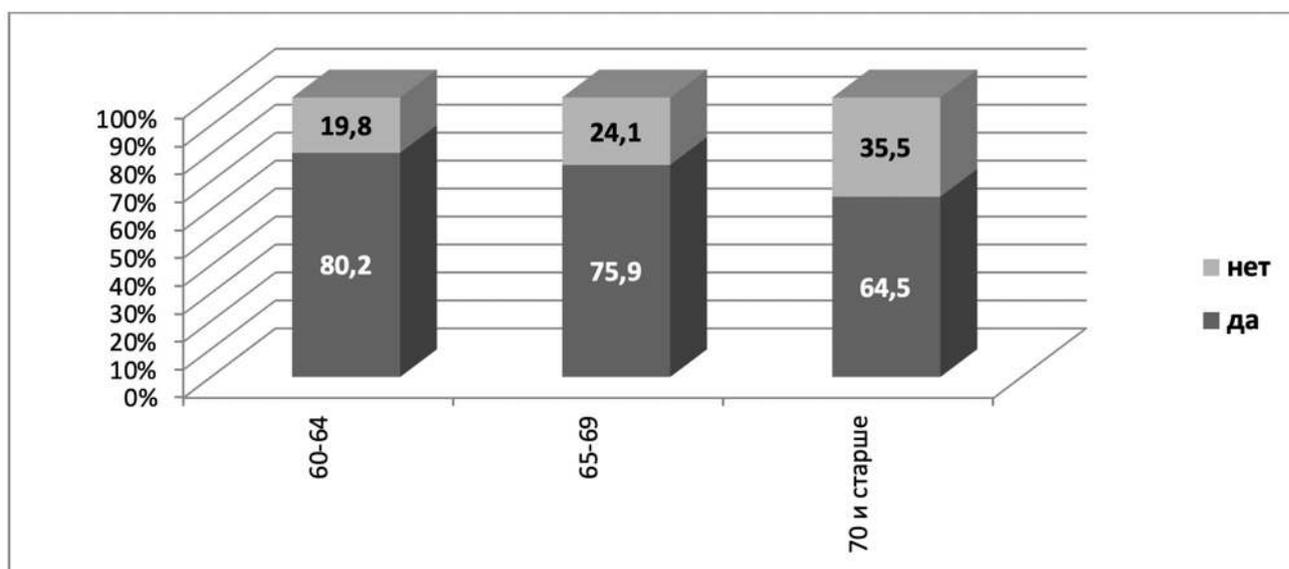


Рис. 2. Удельный вес респондентов женского пола, признающих факт ответственности за свое здоровье (ответ «да») в различных возрастных группах

Таблица 1

Удельный вес респондентов с разным уровнем образования, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье (на 100 опрошенных)

	мужчины		женщины	
	высокий	средний	высокий	средний
60–64 года	79,7	81,8	80,0	82,0
65–69 лет	80,6	61,5	75,0	78,3
70 лет и старше	59,3	61,7	68,0	62,9

респонденты с высоким образовательным цензом. Во вторую группу были включены респонденты со средним образовательным уровнем. В каждой группе были рассчитаны данные по удельному весу респондентов, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье. Данные представлены в таблице 1.

Как следует из представленных в таблице 1 данных, у мужчин разница выявляется только в возрастной группе 65–69 лет, в остальных возрастных группах различий не наблюдалось. У женщин также не было выявлено различий за исключением самой старшей возрастной группы, в которой у женщин с высоким уровнем образования удельный вес выше, чем у женщин с меньшим уровнем образования.

Следовательно, зависимости между удельным весом респондентов, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье и уровнем образования выявлено не было.

#### Обсуждение.

Использование понятия детерминант здоровья в практике общественного здоровья сравнительно новое направление, использование которого позволяет сформировать подходы к планированию мероприятий по повышению уровня и потенциала здоровья. Особенно это актуально в старших возрастных группах. Признание факта ответственности за свое здоровье определяет активную позицию человека при формировании моделей поведения, способствующих сохранению здоровья. Наибольшее распространение признание ответственности за свое здоровье распространено в более молодых возрастных группах мужчин и женщин (60–64 лет), с увеличением возраста оно уменьшается, что определяет некоторую смену приоритетов при планировании работы с этим возрастным контингентом.

#### Выводы.

Таким образом, наибольший удельный вес, как мужчин, так и женщин, признающих факт ответственности за свое здоровье, наблюдается в возрастной группе 60–64 года, с увеличением возраста удельный вес, возлагающих первостепенную ответственность за состояние здоровья на государство и системы здравоохранения, то есть занимающих пассивную позицию, возрастает. Гендерных различий в тенденциях не выявляется, однако женщины в целом более ответственно относятся к своему здоровью, реже перекаладывая ответственность на государство и систему здравоохранения. Уровень образования не оказывает влияния на величину удельного веса лиц старших возрастных групп, признающих за собой факт ответственности за свое здоровье.

### 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. Безмельницына, 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. Безмельницына, Б.А. Спасенников, Д.О. Мешков, С.Н. Черкасов // Известия Байкальского государственного университета. – 2018. – Т. 28. – № 2. – С. 179–185.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Арстангалиева З.Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста / З.Ж. Арстангалиева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 11. – С. 1309.
9. 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.
10. Черкасов С.Н. Влияние уровня дохода на величину затрат на покупку лекарственных средств населением старших возрастных групп / С.Н. Черкасов, Д.О. Мешков, А.В. Федяева, Л.Ю. Безмельницына, Т.Д. Макаренко, М.Г. Спасенникова // Известия Байкальского государственного университета. – 2020. – Т. 30. – № 1. – С. 113–120.
11. Мешков Д.О. Особенности системы оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на примере рака пищевода / Д.О. Мешков, Л.Ю. Безмельницына, Т.Д. Макаренко, М.Г. Спасенникова // Baikal Research Journal. – 2020. – Т. 11. – № 1.
12. Черкасов С.Н. Влияние материального благополучия населения старших возрастных групп на самооценку здоровья / С.Н. Черкасов, В.В. Тюньков, И.Д. Киртадзе, Ю.О. Камаев, А.В. Федяева, Б.А. Спасенников // Известия Байкальского государственного университета. – 2019. – Т. 29. – № 4. – С. 587–593.

### 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. *Izvestiya Bajkal'skogo gosudarstvennogo universiteta [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. *Izvestiya Bajkal'skogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of Baikal State University]*, 2018, vol. 28, no. 2, pp. 179–185 (in Russian).
3. Khabriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Yu.M. Strategies of population health protection as the basis of social policy of the state. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and history of medicine]*, 2014, no. 3, pp. 3–5 (in Russian).
4. 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.
5. Kim Y. The dynamics of health and its determinants among elderly in developing countries. *Economics and Human Biology*, 2015, vol. 19, pp. 1–12.
6. 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.
7. Cherkasov S.N., Shestakov G.S., Kirtadze I.D. The effect of education on self-esteem of health in older age groups. *Problemy standartizacii v zdavoohranenii [Problems of standardization in healthcare]*, 2018, no. 9–10, pp. 57–60 (in Russian).
8. Arstangalieva Z.Zh. Determinants of a healthy lifestyle of elderly people. *Byulleten' medicinskih internet-konferencij [Bulletin of Medical Internet conferences]*, 2013, vol. 3, no. 11, pp. 1309 (in Russian).

9. Khabriev R.U., Kulakova S.V., Pertli L.F., Spasennikov B.A. The Mortality from External Causes in Individuals of Risk Group. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine], 2019, vol. 27, no. 1, pp. 4–8 (in Russian).
10. Cherkasov S.N., Meshkov D.O., Fedyaeva A.V., Bezmelnitsyna L.Y., Makarenko T.D., Spasennikova M.G. The Influence of the Income Level on the Amount of Expenses for Purchase of Medicines by the Population in Older Age Groups. *Izvestiya Bajkal'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Baikal State University], 2020, vol. 30, no. 1, pp. 113–120 (in Russian).
11. Meshkov D.O., Bezmelnitsyna L.Y., Makarenko T.D., Spasennikova M.G. Features of System of Providing Medical Assistance to Patients with Oncology Diseases in Terms of Esophageal Cancer. *Baikal Research Journal*, 2020, vol. 11, no. 1 (in Russian).
12. Cherkasov S.N., Tyunkov V.V., Kirtadze I.D., Kamaev Yu.O., Fedyaeva A.V., Spasennikov B.A. Influence of Material Well-Being on Self-Assessment of Health of the Population of Older Age Groups. *Izvestiya Bajkal'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Baikal State University], 2019, vol. 29, no. 4, pp. 587–593 (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*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  
ORCID: 0000-0002-1105-4552

*Черкасов Сергей Николаевич* – главный научный сотрудник, Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: cherkasovsn@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-1664-6802

*Мешков Дмитрий Олегович* – заведующий лабораторией управления общественным здоровьем, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: meshkovdo@nrph.ru  
ORCID: 0000-0001-6474-7427

### AUTHORS

*Oleg Polozkov* – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: polozkov123@gmail.ru  
ORCID: 0000-0002-1105-4552

*Sergey 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  
ORCID: 0000-0003-1664-6802

*Dmitry Meshkov* – Head of the Laboratory of Public Health Management, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: meshkovdo@nrph.ru  
ORCID: 0000-0001-6474-7427

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.005

## МОНИТОРИНГ КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА В СИСТЕМЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Тельнова Е.А.<sup>1</sup>, Плесовских А.В.<sup>2</sup>, Загоруйченко А.А.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> *Межотраслевое объединение «Фармпробег», Москва, Российская Федерация*

### **Ключевые слова:**

доступность, мониторинг, информация, качество, лекарственные средства, лекарственные препараты.

### **Аннотация**

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире нежелательные лекарственные реакции являются причиной госпитализации до 20% больных, а на проблемы, связанные с лекарственными средствами, тратится до 15–20% бюджета здравоохранения. В связи с этим ввиду принятия эффективных управленческих решений в рамках выполнения поручений руководства страны по обеспечению населения доступными, эффективными и качественными лекарственными средствами, требуется применение информационных технологий, постоянное наблюдение с целью управления проектом, внесения в случае необходимости корректировки, получение обратной связи, документирование деятельности и, как следствие, обеспечение гарантий достижения запланированного результата. Все вышеперечисленное послужило импульсом для изучения применения эффективного инструмента оценки, которым является мониторинг основных программ в области обращения лекарственных средств. В статье дано определение понятия «мониторинг», изучены его функции, виды и представлен краткий обзор всех проводимых регуляторами мониторингов в области обращения лекарственных средств; проанализирована социальная функция мониторинга и возможности получения обратной связи с населением, а также консолидированного мнения о состоянии дел в области обращения лекарственных средств глазами потребителя.

## MONITORING AS A N INDICATOR OF QUALITY IN THE SYSTEM OF CIRCULATION OF MEDICINES

Telnova E.A.<sup>1</sup>, Plesovskikh A.V.<sup>2</sup>, Zagoruychenko A.A.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> *Inter-Industry Association "Farmprobeg", Moscow, Russian Federation*

### **Keywords:**

accessibility, monitoring, information, quality, drugs, medicinal products.

### **Abstract**

According to the World Health Organization, in the world, adverse drug reactions cause hospitalization of up to 20% of patients, and up to 15–20% of the health budget is spent on problems related to medicines. In this regard, due to the adoption of effective management decisions in the framework of the implementation of the instructions of the country's leadership to provide the population with affordable, effective and high-quality medicines, it is necessary to use information technologies, constant monitoring in order to manage the project, make adjustments if necessary, receive feedback, document activities and, as a result, provide guarantees for achieving the planned result. All of the above has served as an impetus to explore the use of an effective assessment tool, which is the monitoring of major programs in the field of drug circulation. The publication defines the concept of "monitoring", the authors have studied its functions, types and at the same time they made a brief overview of all ongoing controls monitoring in the field of circulation of medicines; analyzed the social function of monitoring and getting feedback from the General public and the consolidated opinion about the state of Affairs in the field of circulation of medicines in the eyes of the consumer.

Руководством страны поставлена задача обеспечить население доступными качественными и эффективными лекарственными средствами [1, с. 11–14; 2, с. 243–245; 3, с. 39–41]. Процесс это не простой, требующий постоянного наблюдения и, в случае необходимости, корректировки.

В настоящее время автоматизация, информатизация и цифровизация являются стратегическим ресурсом управления для принятия правильного управленческого решения. Особенно важно иметь достоверную качественную информацию, используя при этом перспективные методы и инструменты оценки [4, с. 561–562; 5, с. 221–226]. К числу таких инструментов принадлежит мониторинг, который часто называют «специфической информационной технологией».

Материалы и методы. В данной работе использовались следующие методы исследования: библиографический, информационно-аналитический, метод сравнительного анализа. Теоретической основой являлись различные литературные и нормативные источники.

Результаты. Имеется множество толкований процесса мониторинга, которые в той или иной степени как бы дополняют друг друга. Например, «мониторинг (от лат. *monitor* – «предостерегающий») – метод исследования объекта, предполагающий его отслеживание и контролирование его деятельности (функционирования) с целью прогнозирования последней» [5, с. 222].

Мониторинг представляет собой регулярное (систематическое) наблюдение за каким-либо процессом (объектом) с целью выявления его соответствия желаемому результату или первоначальному, предложениям-наблюдениям, оценки и прогнозу или состояниям того или иного процесса.

В настоящее время Росздравнадзором, как основным контролером в области обращения лекарственных средств, проводятся пять различных видов мониторинга: 1) мониторинг обеспечения необходимыми препаратами льготных категорий граждан; 2) мониторинг эффективности и безопасности лекарственных препаратов (далее – ЛП); 3) мониторинг качества ЛП в аптечных организациях; 4) мониторинг ассортимента и цен на ЛП; 5) мониторинг движения лекарственных препаратов для медицинского применения.

Однако, имея даже данные всех перечисленных видов мониторинга, мы не знаем, каково ре-

альное отношение граждан к системе обеспечения лекарствами в нашей стране.

Для эффективной реализации федерального закона «О государственной социальной помощи» (178-ФЗ)<sup>1</sup> федеральными органами в сфере здравоохранения проводится мониторинг программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами граждан.

К органам, уполномоченным проводить мониторинг, относят: Минздрав России, Росздравнадзор, представитель Президента России, органы исполнительной власти субъектов России. Мониторинг начали проводить практически с первых дней реализации программы (ДЛО) ОНЛС, а это конец 2004 г. – начало 2005 года. В письме от 2 декабря 2008 г. № 01И-752/08<sup>2</sup> Росздравнадзор установил и регламентировал порядок запроса информации об обеспечении ЛС участников программы.

В 2007 году, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России<sup>3</sup>, который действует и в настоящее время, утверждена форма отчета, где нарастающим итогом отображаются данные о поставке, выписке и отпуске, данные о численности граждан, которые получают набор социальных услуг, количестве ЛПУ и врачей, участвующих в программе, финансирование программы, количестве выписанных, обеспеченных и оставленных на обеспечение рецептов (Рис. 1).

<sup>1</sup> Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29 (19.07). – Ст. 3699.

<sup>2</sup> Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 2 декабря 2008 г. № 01И-752/08 «О представлении в Росздравнадзор информации о побочных действиях или неэффективности лекарственных средств». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4087618/>

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 816 «Об утверждении форм и порядка предоставления отчетности об осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по организации обеспечения граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов» // Российская газета. – 2008. – № 4587.

<b>Мониторинг лекарственного обеспечения</b>										
отчётный период: 01.04.2016 - 15.04.2016										
Федеральная льгота										
Имя организации	количество обратившихся льготополучателей за отчетный период	количество выписанных рецептов за неделю за отчетный период	количество льготополучателей, кот. выписано свыше 5 рецептов (одномоментно или за месяц)	количество рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении за отчетный период	количество рецептов находящихся на отсроченном обеспечении свыше 10 дней	наименование ЛП, выписанных сверх заявки мед. организации	количество льготополучателей, получающих лечение в условиях дневного стационара к дому за отчетный период	наименование ЛП, те возможных к выписке в ЕИАСЗ ПК за отчетный период	количество рецептов, выписанных "вручную" вариант	
ПЕРМЬ П.2.	2	12	1	0	0					
Региональная льгота										
Имя организации	количество обратившихся льготополучателей за отчетный период	количество выписанных рецептов за неделю за отчетный период	количество льготополучателей, кот. выписано свыше 5 рецептов (одномоментно или за месяц)	количество рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении за отчетный период	количество рецептов находящихся на отсроченном обеспечении свыше 10 дней	наименование ЛП, выписанных сверх заявки мед. организации	количество льготополучателей, получающих лечение в условиях дневного стационара к дому за отчетный период	наименование ЛП, те возможных к выписке в ЕИАСЗ ПК за отчетный период	количество рецептов, выписанных "вручную" вариант	
ПЕРМЬ П.2.	1	1		0	0			1		
Лицо, ответственное за предоставление информации: _____										
Контактный телефон: _____										
15.04.2016 16:34										

Рис. 1. Мониторинг лекарственного обеспечения

Действующим законодательством<sup>4</sup> регламентируется порядок подачи целевых прогнозов в данной сфере. Мониторинг проводится и в настоящее время. Проведение мониторинга позволило практически в постоянном режиме наблюдать за процессом реализации программы, при необходимости подключаться к процессу управления, принимать меры экстренного реагирования при возникновении сложных ситуаций по лекарственному обеспечению в регионах.

По данным ВОЗ, в мире нежелательные лекарственные реакции являются причиной госпитализации до 20% больных. На проблемы, связанные с лекарственными средствами, тратится до 15–20% бюджета здравоохранения. Наиболее часто нежелательные реакции связаны с назначением антибиотиков, химиотерапевтических средств, анальгетиков, психотропных средств, сердечных гликозидов, мочегонных, инсулина, препаратов калия.

В соответствии с постановлением Правитель-<sup>4</sup> Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 18 декабря 2007 г. № 771 «О целевых прогнозных показателях осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации по организации обеспечения граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов» // Российская газета. – 2008. – № 10 (4567).

тельства Российской Федерации<sup>5</sup> дана возможность посредством проведения фармаконадзора осуществлять полномочия по федеральному государственному надзору в сфере обращения лекарственных средств. Таким образом, следует отметить, что фармаконадзор представляет собой комплекс мер по выявлению, сбору, изучению и оценке информации о нежелательных эффектах лекарственных препаратов с целью выявления новой информации о рисках использования ЛП и предотвращения развития нежелательных реакций у пациентов.

В соответствии с п. 3 ст. 64 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств»<sup>6</sup> «субъекты обращения ЛС в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, обязаны сообщать в уполномоченный федеральный орган о побочных действиях, нежелательных и непредвиденных реакциях об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности при применении лекарственных средств, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни

<sup>5</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. – 2004. – № 28. – Ст. 2900.

<sup>6</sup> Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета. – 2010. – № 78 (5157).

или здоровью человека при применении лекарственных препаратов, выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов в Российской Федерации и других государствах»<sup>4</sup>. В среднем за год поступает около 28100 сообщений о нежелательных реакциях ЛП. Показатель количества поступающих сообщений сопоставим с показателями лучших зарубежных стран (40-50 тыс. на 100 тыс. населения.).

В 2019 году начала работать обновленная база данных «Фармаконадзор-2», основанная на международном формате Совета по гармонизации ICH E28 (R3), который способствует автоматическому принятию сообщений из различных информационных систем фармаконадзора отечественной и импортной разработки [6, с. 73–79; 7, с. 74–81; 8, с. 60–67].

Согласно Федеральному закону № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», «качество лекарственного средства – это соответствие лекарственного средства требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия нормативной документации или нормативного документа»<sup>6</sup>.

«Нормативная документация – документ, содержащий перечень определяемых по результатам соответствующих экспертиз показателей качества лекарственного средства, методов контроля его качества, установленных его производителем»<sup>4</sup>. В свою очередь «недоброкачественное лекарственное средство» – это лекарственное средство, не соответствующее требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия требованиям нормативной документации или нормативного документа.

Понятие несоответствия нормативной документации или фармакопейной статьи (далее – ФС) включает в себя «не только несоответствие по каким-то показателям качества (упаковка, маркировка), но и в целом несоответствие условиям, указанным в нормативной документации и ФС: хранения (температура и влажность), несоответствия сроков годности, которые установлены производителем или указаны в ФС», то есть в данном случае ЛП будет признан недоброкачественным.

Тем не менее действующим законодательством<sup>6</sup> даются определения таким понятиям, как: «фальсифицированное лекарственное средство» (ЛС, которое сопровождается ложной информацией о его составе и (или) производителе) и «контрафактное лекарственное средство» (лекарство,

которое находится в обороте с нарушением гражданского законодательства)<sup>6</sup>.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения России<sup>7</sup> обеспечение населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами – одна из составляющих системы качества аптечной организации в целом. Согласно Решению Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 г. № 80 «Об утверждении Правил надлежащей дистрибуторской практики в рамках Евразийского экономического союза»<sup>8</sup> «обеспечение качества лекарственных средств – совокупность всех организационных мероприятий, проведенных в целях удовлетворения требованиям качества лекарственных средств в соответствии с их назначением».

В первую очередь необходима разработка стандартной операционной процедуры (далее – СОП) «Мониторинг качества лекарственных препаратов» (в настоящее время не существует таких утвержденных документов). В различных аптечных организациях может отличаться, но согласно п. 37 приказа 647н<sup>7</sup>, «все процессы деятельности субъекта розничной торговли, влияющие на качество, эффективность и безопасность товаров аптечного ассортимента, осуществляются в соответствии с утвержденными стандартными операционными процедурами».

Одной из главных целей данной системы является не допустить оборот нелегальных лекарств. Следует подчеркнуть, что у всех субъектов системы – свои цели, например, для государства:

- предотвращение поступления в оборот и одномоментное изъятие из оборота в автоматизированном режиме на территории России недоброкачественных, а также фальсифицированных и контрафактных лекарственных препаратов на любом этапе от производителя до конечного потребителя;

- контроль движения препаратов, закупаемых за счет бюджета, и контроль розничных цен на жизненно важные лекарственные препараты;

- оперативное планирование и управление запасами и резервами препаратов;

<sup>7</sup> Приказ Министерства здравоохранения России от 31 августа 2016 г. № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» // Российская газета. – 2010. – № 10 (7168).

<sup>8</sup> Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03 ноября 2016 г. № 80 «Об утверждении Правил надлежащей дистрибуторской практики в рамках Евразийского экономического союза». – URL: <https://www.alt.ru/tamdoc/16sr0080/>

- профилактика неэффективных расходов и экономия бюджетных средств за счет невозможности реализации схем «повторного вброса» лекарственных препаратов, невозможности легальной реализации лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, а также не предназначенных для розничной продажи.

Тоже для граждан:

- каждый сумеет при помощи телефона проверить легальность приобретаемого (получаемого) лекарственного препарата.

Тоже для бизнеса:

- уменьшение упущенной выгоды, обусловленной контрафактной и фальсифицированной продукцией;

- соответствие требованиям для выведения продукции на международные рынки.

На данном этапе возникает конкретный вопрос «Кто обязан пользоваться системой мониторинга движения лекарственных препаратов?». Пользователями являются все субъекты обращения лекарственных препаратов: российские производители ЛП; иностранные держатели регистрационных удостоверений ЛП и представительства; организации оптовой и розничной торговли ЛП (аптеки); медицинские организации (далее – МО) всех форм собственности.

В соответствии с решением Правительственной комиссии по повышению устойчивости развития российской экономики (протокол № 9 от 10 марта 2009 г.) и приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 27 мая 2009 № 277н<sup>9</sup> с мая 2009 года Росздравнадзором «ежемесячно осуществляется мониторинг цен и ассортимента лекарственных препаратов в медицинских и аптечных организациях». Обеспечение ценовой доступности лекарственных средств – ключевая задача государственной политики в сфере лекарственного обеспечения населения.

Осуществление мониторинга формирует объективную оценку ситуации на фармацевтическом рынке по ассортименту и ценам на ЛП, а также по ряду инфраструктурных изменений и выявлению негативных тенденций. Результаты мониторинга ежемесячно публикуются на сайте Росздравнадзора.

<sup>9</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 27 мая 2009 г. № 277Н «Об организации и осуществлении мониторинга ассортимента и цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты» // Российская газета. – 2010. – № 99 (4923).

Введение в 2010 году государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты позволило нормализовать проблему доступности данной категории ЛП.

С января по май 2009 г. Росздравнадзором мониторинг цен на лекарственные средства проводился в тестовом режиме, но даже такое проведение мониторинга дало положительный результат по стабилизации ситуации с ценами на фармацевтическом рынке.

По результатам мониторинга готовятся доклады о состоянии рынка и анализ цен, которые направляются в различные ведомства (Минздрав России, Минпромторг России, Минэкономразвития России, Федеральную службу по тарифам, а также руководителям всех субъектов Российской Федерации).

Мониторинг ценовой и ассортиментной доступности жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (далее – ЖНВЛС) относится к надзорным мероприятиям и, как система наблюдения, способствует объективной оценке ситуации на фармацевтическом рынке, выявлению негативных тенденций и принятию соответствующих управленческих решений, направленных на обеспечение доступности ЛС для населения; проводится не с целью выявления конкретных фактов нарушения ценообразования в каждой аптечной организации или МО для принятия соответствующих санкций [7, с. 74–81].

Для проведения мониторинга цен был разработан специальный программный продукт, который предоставляет возможность дистанционного ввода информации через Интернет каждому конкретному аптечной организации и стационарному ЛПУ.

Программа позволяет:

- проводить обработку вводимой информации в объемах, необходимых для получения объективной информации об уровне цен в регионах, федеральных округах и в России в целом, а также оценивать их динамику;

- сопоставлять эту информацию с данными о ввозе и декларировании соответствия лекарственных средств.

В среднем объем репрезентативной выборки ЖНВЛС составляет 250-300 тыс. ежемесячно вводимых строк информации. Электронная база данных, отраженная на рис. 1, по препаратам, вклю-

ченным в перечень ЖНВЛС, дает возможность:

- принимать обоснованные решения по государственной регистрации предельных отпускных цен производителей с учетом анализа фактических цен реализации лекарственных средств отечественными и зарубежными производителями;
- проводить сравнительный анализ эффективности государственных закупок лекарственных средств как в амбулаторном, так и в госпитальном сегментах рынка;
- субъектам Российской Федерации отслеживать ситуацию по ценообразованию.

Работа сайта основывается на базе данных по зарегистрированным лекарственным средствам. Источники информации — это три сегмента фармацевтического рынка (госпитальный сегмент; амбулаторный сегмент; программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами (далее – ОНЛС) + программа высокочрезвычайных нозологий (далее – ВЗН)). Ввод информации осуществляется стационарными лечебно-профилактическими учреждениями (больницами), аптеками.

В то же время несмотря на большое количество информации о состоянии фармацевтического рынка, для полноты картины и правильного принятия управленческого решения, необходимо мнение потребителей лекарственных препаратов.

Для получения обратной связи от потребителя ЛП ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» совместно с межотраслевым объединением «Фармпробег» второй год проводят пациентский опрос-исследование «Качество и доступность лекарственных средств – 2020». Данное исследование с полной ответственностью можно определить как «Социальный мониторинг», отношение граждан к действующей системе лекарственного обеспечения населения исследования «Качество и доступность лекарственных средств – 2020», который прошел среди пациентов в рамках II Всероссийского Фармпробега «Национальные цели в области здравоохранения. Приоритетные вопросы развития».

Ключевая цель проведенного исследования – изучить отношение граждан, в том числе льготных категорий, к существующей системе лекарственного обеспечения в России – качеству и доступности лекарств, а также выявить сильные и слабые стороны льготного обеспечения. Дан-

ное исследование позволило нам выявить, что по сравнению с прошлым годом количество пациентов, испытывающих сложность с приобретением лекарственных средств, снизилось на 23% и составило 23% от общего количества респондентов. Тем не менее основные причины отсутствия доступности остались фактически те же – нехватка денежных средств на приобретение лекарств (58% в 2020 г. против 55% в 2019 г.) и отсутствие нужных препаратов (39% в 2020 г. против 38% в 2019 г.). Незначительный процент респондентов отметили фактор отсутствия аптек (1% в 2020 г. против 5% в 2019 г.) и недоступность привычного лекарства (по 2% в 2020 г. и 2019 гг.).

При этом отношение к показателю качества лекарственных средств с точки зрения пациентов улучшилось незначительно: 34% респондентов отметили, что им приходилось сталкиваться с проблемой качества приобретаемых препаратов. В прошлом году данный показатель составил 38%.

В отличие от 2019 г. произошло серьезное снижение финансовых затрат на покупку лекарственных средств в сегменте 4 000 – 4 999 рублей: в этой категории уменьшение произошло на 17%. Также незначительное снижение затрат произошло в сегментах от 1 000 до 4 000 рублей. Небольшой прирост продемонстрировали категории до 100 рублей и от 500 до 1 000 рублей. «Общее снижение затрат на покупку лекарственных средств частично объясняет столь значительное уменьшение количества пациентов, испытывающих сложность с приобретением препаратов. Ведь сегодня нельзя сказать, что в системе ЛО произошли какие-либо значительные изменения, направленные на повышение доступности лекарств для пациентов, не относящихся к льготным категориям, а их все же большинство».

На самом деле картина гораздо прозаичнее: пациенты, за счет снижения ценового порога, самостоятельно решают сложности с приобретением лекарств. И получение таких результатов исследования вовсе не означает, что можно успокоиться и не решать проблемы ЛО в стране. Напротив, это говорит о том, что важно и нужно снижать нагрузку с пациентов и выстраивать целостную систему лекарственного обеспечения.

В 2020 г. наблюдался рост показателей приобретения лекарственных средств через систему Интернет (+6%). При этом на вопрос «Как часто вы приобретаете лекарственные средства через

Интернет?» ответы распределились следующим образом: «часто» – 25% в 2020 г. против 23% в 2019 г.; «иногда» – 50% в 2020 г. против 42% в 2019 г.; «редко» – 25% в 2020 г. против 25% в 2019 г. Планируем и в дальнейшем совместными усилиями ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» и межотраслевого объединения «Фармпробег» проводить опросы пациентов в виде социального мониторинга, при этом они могли быть своего рода индикатором результативности проводимых мероприятий по совершенствованию действующей системы обращения ЛС на фармацевтическом рынке.

Кроме перечисленных видов мониторинга, касающихся обращения лекарственных средств, Росздравнадзор в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>10</sup> проводит также мониторинг безопасности медицинских изделий, находящихся в обращении на территории Российской Федерации, в целях выявления и предотвращения побочных действий, не указанных в инструкции по

применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий [7, с. 74–81; 8, с. 60–67].

Закключение. Таким образом, система обращения лекарственных средств – это сложная система, состоящая из множества взаимосвязанных элементов, каждый из которых требует постоянного наблюдения, что стало возможным именно сейчас в век автоматизации и информатизации. Без наличия какого-либо информационного продукта обработать поступающий объем информации было бы невозможно.

Общую картину положения дел может вполне дополнить социальный мониторинг, отражающий мнение пациентов на ситуацию по лекарственному обеспечению в соответствующем регионе. По сути, мы получаем обратную связь и консолидированное мнение о состоянии лекарственного обеспечения на фармацевтическом рынке.

<sup>10</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Романов Б.К. Мониторинг безопасности лекарственных средств / Б.К. Романов, С.В. Глаголев, В.А. Поливанов, М.В. Леонова // Безопасность и риск фармакотерапии. – 2014. – № 3. – С. 11–14.
2. Суханов А.В. Мониторинг движения лекарственных средств: перспективы внедрения автоматизированной системы контроля их качества и безопасности / А.В. Суханов // Совершенствование методологии познания в целях развития науки: материалы международной научно-практической конференции (Пермь, 25 марта 2017 года) / под общ. ред. А.А. Сукиасян – Пермь: «Аэтерна», 2017. – Т.3. – С. 243–245.
3. Смирнова О.Н. Мониторинг нежелательных побочных реакций лекарственных средств / О.Н. Смирнова, А.А. Смирнов // Биоразнообразие, биоресурсы, вопросы биотехнологии и здоровье населения Северо-Кавказского региона: Материалы VI (63-й) ежегодной научно-практической конференции «Университетская наука – региону» Северо-Кавказского федерального университета (Ставрополь, 02-27 апреля 2018 года) / Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный университет, 2018. – С. 39–41.
4. Парманкулова Т.Н. Система фармаконадзора Республики Казахстан и мониторинг побочных эффектов лекарственных средств / Т.Н. Парманкулова, М.А. Жунисбек, А.О. Шалаева, Ф. Кемербек, А. Сегизбаев // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2019. – № 1. – С. 561–562.
5. Шубникова Е.В. Мониторинг зарубежной информации по безопасности лекарственных средств / Е.В. Шубникова, М.А. Дармостукова, И.И. Снегирева, Е.О. Журавлева // Безопасность и риск фармакотерапии. – 2019. – Т. 7. – № 4. – С. 221–226.
6. Зырянов С.К. Мониторинг безопасности применения лекарственных средств в многопрофильном стационаре / С.К. Зырянов, М.А. Ивжиц, Д.А. Иванов // Хирург. – 2018. – № 5–6. – С. 73–79.
7. Тельнова Е.А. О лекарственном обеспечении населения – от острых проблем к эффективным решениям / Е.А. Тельнова, А.В. Плесовских // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 6. – С. 74–81.

8. Тельнова Е.А. Ассортиментная политика – как фактор доступности / Е.А. Тельнова, А.А. Загоруйченко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 60–67.

#### REFERENCES

1. Romanov B.K., Glagolev S.V., Polivanov V.A., Leonova M.V. Monitoring the safety of medicines. *Bezopasnost' i risk farmakoterapii* [Safety and Risk of Pharmacotherapy], 2014, no. 3, pp. 11–14 (in Russian).
2. Suhanov A.V. Monitoring the movement of medicines: prospects for the introduction of an automated system for monitoring their quality and safety. *Sovershenstvovanie metodologii poznanija v celjah razvitija nauki: (Perm', 25 marta 2017 goda) / pod obshch. red. A.A. Sukiasjan* [Improving the methodology of cognition for the development of science: proceedings of an international scientific and practical conference (Perm, March 25, 2017)] / Ed. A.A. Sukiasjan]. Perm: "Aeterna", 2017, vol. 3, pp. 243–245 (in Russian).
3. Smirnova O.N., Smirnov A.A. Monitoring of adverse drug reactions. *Bioraznoobrazie, bioresursy, voprosy biotekhnologii i zdorov'e naselenija Severo-Kavkazskogo regiona: materialy VI (63-j) ezhegodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Universitetskaja nauka -regionu» Severo-Kavkazskogo federal'nogo universiteta (Stavropol, 02-27 aprelya 2018 goda)* [Bio-diversity, bioresources, issues of biotechnology and health of the population of the North-Caucasus region: proceedings of VI (63-rd) annual scientific and practical conference (Stavropol, April 2-27, 2018)]. Stavropol, The North-Caucasian Federal University, 2018, pp. 39–41 (in Russian).
4. Parmankulova T.N., Zhunisbek M.A., Shalaeva A.O., Kemberbek F., Segizbaev A. Pharmacovigilance system of the Republic of Kazakhstan and monitoring of side effects of medicines. *Vestnik Kazahskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta* [Vestnik KazNMU], 2019, no.1, pp. 561–562 (in Russian).
5. Shubnikova E.V., Darmostukova M.A., Snegireva I.I., Zhuravleva E.O. Monitoring of foreign information on the safety of medicines. *Bezopasnost' i risk farmakoterapii* [Safety and Risk of Pharmacotherapy], 2019, vol. 7, no. 4., pp. 221–226 (in Russian).
6. Zyrjanov S.K., Ivzhic M.A., Ivanov D.A. Monitoring the safety of drug use in a multi-specialty hospital. *Hirurg* [Surgeon], 2018, no. 5–6, pp. 73–79 (in Russian).
7. Telnova E.A., Plesovskih A.V. On providing medicines to the population from acute problems to effective solutions. *Vestnik Roszdravnadzora* [Vestnik Roszdravnadzora], 2019, no. 6, pp. 74–81 (in Russian).
8. Telnova E.A., Zagoruichenko A.A. Assortment policy as a factor of accessibility. *Bjulleten' Nacional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ja imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2020, no. 2, pp. 60–67 (in Russian).

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Тельнова Елена Алексеевна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор фармацевтических наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: telnovaea@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-8893-1453

Плесовских Анна Владимировна – бизнес-тренер, генеральный директор ООО «Межотраслевое объединение «Фармпробег», Москва, Российская Федерация; e-mail: a.plesovskih@pharmprobeg.ru

Загоруйченко Анна Анатольевна – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: zagoranna@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-4040-2800

#### AUTHORS

Elena Telnova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Pharmacology, Moscow, Russian Federation; e-mail: telnovaea@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-8893-1453

Anna Plesovskikh – Business Coach, General Director of LLC "Inter-Industry Association "Farmprobeg", Moscow, Russian Federation; e-mail: a.plesovskih@pharmprobeg.ru  
ORCID: 0000-0002-0657-7623

Anna Zagoruychenko – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: zagoranna@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-4040-2800

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.006

## КРИТЕРИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТАХ

Коломийченко М.Е.<sup>1</sup>

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

### **Ключевые слова:**

качество медицинской деятельности, качество организации медицинской помощи, качество медицинской помощи, паллиативная медицинская помощь, критерии, показатели, нормативное регулирование.

### **Аннотация**

Функционирование системы управления качеством медицинской деятельности невозможно без информации о качестве медицинской помощи и ее доступности. С целью объективной оценки в научной литературе предлагается определять критерии с последующим выбором наиболее значимых показателей для каждого критерия. На территории Российской Федерации критерии доступности и качества паллиативной медицинской помощи регламентированы рядом нормативных актов (как на федеральном, так и на региональном уровне). В настоящей публикации представлено моделирование классификации приведенных критериев в соответствии с принципами, описанными в научных источниках. В результате проведенного исследования установлено, что в нормативном поле закреплены именно показатели, поскольку предполагают точное значение, выраженное в различных единицах измерения; оценка и сопоставление ряда показателей вызывает затруднения в связи с тем, что выражаются абсолютными значениями; отсутствуют критерии непосредственно оказываемой паллиативной медицинской помощи.

## CRITERIA FOR THE AFFORDABILITY AND QUALITY OF PALLIATIVE MEDICAL CARE IN REGULATORY LEGAL ACTS

Kolomiychenko M.E.<sup>1</sup>

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

### **Keywords:**

quality of medical practice, quality of medical care organization, quality of medical care, palliative medical care, criteria, indicators, legislative framework.

### **Abstract**

The functioning of the quality management system of medical activity is impossible without information about the quality of medical care and its affordability. For the purpose of objective evaluation in the scientific literature, it is proposed to define criteria with the subsequent selection of the most significant indicators for each criterion. On the territory of the Russian Federation, the criteria for the affordability and quality of palliative care are regulated by a number of regulations (both at the Federal and regional levels). This publication presents a simulation of the classification of the above criteria in accordance with the principles described in scientific sources. As a result of the study, it was found that the indicators are fixed in the normative field, since they assume an exact value expressed in different units of measurement; evaluation and comparison of a number of indicators causes difficulties due to the fact that they are expressed in absolute values; there are no criteria for directly provided palliative medical care.

В научной литературе описан ряд подходов к классификации критериев качества медицинской деятельности [1; 2; 3; 4, с. 20–23; 5, с. 74–78; 6, с. 44–47; 7, с. 3–5; 8; 9] (рисунок 1).

Качество оказания медицинской помощи (далее – КМП) характеризуется надлежащим качеством взаимодействия медицинского персонала и пациента [10, с. 3–5].



Рис. 1. Методические подходы к выбору критериев качества медицинской деятельности

В настоящее время критерии качества паллиативной медицинской помощи (далее – ПМП) встречаются в следующих нормативных документах: в Программе государственных гарантий (далее – Программа)<sup>1</sup>; в Территориальных программах государственных гарантий (далее – Территориальная программа), которые утверждаются в каждом субъекте Федерации. Кроме того, в ряде субъектов Российской Федерации утверждена Региональная программа «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» на 2020–2024 годы» (далее – Региональная программа ПМП).

Цель исследования. Анализ содержания нормативных правовых актов, регламентирующих критерии качества и доступности паллиативной медицинской помощи как в Российской Федерации в целом, так и в субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы. Настоящее исследование осуществлялось в рамках плановой темы НИР «Организационно-экономические основы разработки системы управления качеством и эффективностью медицинской деятельности». Источниками информации являлись нормативные правовые акты, а также научные публикации. Использован комплекс методов, включающий: изучение и обобщение опыта, методы монографического описания и моделирования, группу

аналитических методов (контент-анализ, сравнительный анализ).

Настоящее исследование осуществлялось в несколько этапов:

1. Сопоставление критериев доступности и качества медицинской помощи, приведенных в Программе, с классификацией, предлагаемой в научной литературе и наиболее точно отражающей процесс оказания медицинской помощи.

2. Выбор критериев доступности и качества медицинской помощи, приведенных в Программе и Территориальной программе и отражающих качество оказания ПМП.

3. Сопоставление критериев качества и доступности ПМП, поименованных в Региональной программе ПМП.

Результаты исследования. Один из основных нормативных документов, в котором приведен перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, – Программа, – в котором критерии распределены на 2 группы: критерии доступности медицинской помощи и критерии КМП. Следует отметить, что в данном нормативном документе определены не критерии, а непосредственно показатели (индикаторы) (таблица № 1) [11, с. 46–51].

Далее были отобраны критерии, отражающие доступность и качество паллиативной медицинской помощи (таблица № 2). Обращает на себя внимание отсутствие критериев, характеризующих непосредственно качество паллиативной медицинской помощи.

Кроме того, возникает ряд затруднений:

<sup>1</sup> Постановление Правительства России от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2019. – № 51 (часть I). – Ст. 7606.

1. Определение «общего количества пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» на данный момент времени невозможно в связи с отсутствием результатов эпидемиологических исследований о потребности населения в данном виде помощи в каждом субъекте Федерации и в Российской Федерации в целом. Кроме того, важным представляется определение нужды в условиях оказания ПМП.

2. В литературе отсутствуют данные о том, что высокая доля «посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи взрослому населению» соответствует высокому уровню доступности ПМП.

3. Из формулировки «число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства» совершенно неясен порядок расчета (например, в субъекте России

А оказали ПМП 3 пациентам, зарегистрированным по месту жительства в субъекте России Б, а в субъекте Б оказали ПМП 10 пациентам, зарегистрированным по месту жительства в субъекте России А. Таким образом, исходя из формулировки критерия, для субъекта России А возможно 2 варианта расчета: 1) 3 пациента (поскольку они были зарегистрированы по месту жительства в субъекте России Б); 2) 10 пациентов (поскольку эта помощь была оказана в другом субъекте России, но согласно Программе<sup>2</sup> произведено возмещение затрат). Аналогично возможен и двойственный расчет для субъекта России Б.).

4. Критерии, выражаемые в абсолютных значениях («число пациентов...»), не являются сопоставимыми и не позволяют оценить выраженность явления.

<sup>2</sup> «Субъектом Российской Федерации, на территории которого гражданин зарегистрирован по месту жительства, в порядке, установленном законом такого субъекта Российской Федерации, осуществляется возмещение субъекту Российской Федерации, на территории которого гражданину фактически оказана медицинская помощь, затрат, связанных с оказанием паллиативной медицинской помощи, на основании межрегионального соглашения, заключаемого субъектами Российской Федерации, включающего двустороннее урегулирование вопроса возмещения затрат».

Таблица 1

Классификация индикаторов доступности и качества  
медицинской помощи в Программе государственных гарантий

Критерии оценки качества медицинской помощи	
I Структура (КОМП)	II Процесс (КСМП)
<b>1. Своевременность</b>	<b>1. Своевременность</b>
доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года	доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года
доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взяты под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями
доля пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями, взяты под диспансерное наблюдение	доля пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями, взяты под диспансерное наблюдение
доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями
доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала заболевания	доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала заболевания
<b>2. Показатели, характеризующие ресурсное обеспечение и эффективность его использования</b>	
обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения)	
обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения)	
доля фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов	
Показатели использования кассового фонда	
Выполнение функций врачебной должности	
для медицинской помощи, оказываемой МО*, подведомственными федеральными органами исполнительной власти	
доля доходов за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме доходов МО*, подведомственной федеральному органу исполнительной власти	

<b>3. Доступность</b>	
доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	
доля охвата диспансеризацией взрослого населения, подлежащего диспансеризации	
доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения, в том числе городских и сельских жителей, подлежащего профилактическим медицинским осмотрам	
доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам	
1) информационная	доля записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру МО*, в общем количестве записей к врачу
2) финансовая	доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу
3) транспортная	число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь (на 1000 человек сельского населения) доля посещений выездной патронажной службы на дому для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи взрослому населению число пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь по месту жительства, в том числе на дому число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства
для медицинской помощи, оказываемой МО*, подведомственными федеральным органам исполнительной власти	
доля объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной гражданам, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организацией (за исключением медицинских организаций, имеющих прикреплённое население)	
<b>III. Результат</b>	
удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процент от числа опрошенных)	
количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы	
смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения)	
доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте	
материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми)	
младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми)	
доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года	
смертность детей в возрасте 0 - 4 лет (на 1000 родившихся живыми)	
смертность населения, в том числе городского и сельского населения (число умерших на 1000 человек населения)	
доля умерших в возрасте 0 - 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 4 лет	
смертность детей в возрасте 0 - 17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)	
доля умерших в возрасте 0 - 17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0 - 17 лет	
доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года	
доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, лиц старше трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у лиц старше трудоспособного возраста	
доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года	
доля пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением с даты установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением	
доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, в общем количестве лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека	
доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года	
доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению	
доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи	
доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению	
доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры	
доля пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь, в общем количестве пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи	
доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи	
доля женщин, которым проведено экстракорпоральное оплодотворение, в общем количестве женщин с бесплодием	

Примечание: \*МО – медицинская организация

Таблица 2

Критерии доступности и качества паллиативной медицинской помощи  
в Программе государственных гарантий

Критерии оценки качества медицинской помощи	
I. Структура (КОМП)	II. Процесс (КМП)
<b>Доступность</b>	
доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания ПМП взрослому населению в общем количестве посещений по ПМП взрослому населению	
число пациентов, получивших ПМП по месту жительства, в том числе на дому	
число пациентов, которым оказана ПМП по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства	
<b>III. Результат</b>	
доля пациентов, получивших ПМП, в общем количестве пациентов, нуждающихся в ПМП	
доля пациентов, получающих обезбоживание в рамках оказания ПМП, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании ПМП	

Территориальные программы характеризуются указанием целевых значений каждого критерия.

Следующий этап исследования – моделирование критериев, обозначенных в Региональных программах ПМП (таблица 3).

Обращает на себя внимание отсутствие критериев качества непосредственно паллиативной медицинской помощи. Добавлены критерии, отражающие ресурсное обеспечение. Однако, в данной группе истинными показателями являются: «Обеспеченность койками» и «Обеспеченность бригадами выездных патронажных служб ПМП». Для остальных показателей предполагается выражение в абсолютных значениях, что делает невозможным оценку и сравнение.

Вызывает беспокойство показатель «Число амбулаторных посещений с целью получения ПМП врачей-специалистов и среднего медицинского персонала любых специальностей», поскольку в данном случае абсолютно все врачи-специалисты и средний медицинский персонал должны пройти обучение по ПМП (в соответствии с законом № 323-ФЗ<sup>3</sup>).

Следует отметить, что в ряде субъектов Российской Федерации в Региональной программе ПМП встречаются только некоторые из критериев.

Заключение.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить необходимость:

- разработки критериев и показателей, позволяющих оценивать качество непосредственно ПМП;

- внесения изменений в формулировки показателей с целью уточнения, в том числе единиц измерения, для возможности проведения анализа и сопоставимости данных.

<sup>3</sup> Пункт 3 статьи 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

Таблица 3

Критерии доступности и качества паллиативной медицинской помощи  
в региональных программах ПМП

Критерии оценки качества медицинской помощи	
I. Структура (КОМП)	II. Процесс (КМП)
1. Показатели, характеризующие ресурсное обеспечение и эффективность его использования	
число физических лиц основных работников, занятых на должностях в структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих паллиативную специализированную медицинскую помощь	
обеспеченность койками (паллиативными, сестринского ухода)	
количество отделений выездной патронажной ПМП	
количество выездных патронажных бригад	
количество кабинетов ПМП*	
число обученных медицинских работников для работы в кабинетах ПМП*	
обеспеченность бригадами выездных патронажных служб ПМП*	
количество медицинских организаций, имеющих койки в дневном стационаре для лечения паллиативных больных*	
наличие регистра паллиативных пациентов*	
количество некоммерческих организаций, участвующих в оказании помощи медицинским организациям, оказывающим ПМП*	
2. Показатели, характеризующие доступность	
доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания ПМП в общем количестве посещений по ПМП	
число пациентов, получивших ПМП по месту жительства, в том числе на дому	
число пациентов, которым оказана ПМП по месту их фактического пребывания	
число пациентов, которым оказана ПМП по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства*	
III. Результат	
число амбулаторных посещений с целью получения ПМП врачей-специалистов и среднего медицинского персонала любых специальностей	
полнота выборки наркотических лекарственных препаратов субъектом РФ в рамках заявленной потребности в соответствии с планом распределения	
доля пациентов, получивших ПМП, в общем количестве пациентов, нуждающихся в ПМП	
доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания ПМП, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании ПМП	
число пациентов, получающих респираторную поддержку	
число проживающих, переведенных из организаций социального обслуживания в структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие ПМП	
число пациентов, переведенных из структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих ПМП, в организации социального обслуживания	

\*данные критерии встречаются в Региональной программе ПМП одного или нескольких субъектов Российской Федерации.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Donabedian A. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring* / A. Donabedian. – Michigan: Health Administration Press. 1985. – 900 p.
2. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. – Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – 100 p.
3. *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. – Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – 74 p.
4. Линденбрaтен А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии его оценки / А.Л. Линденбрaтен // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2013. – № 2. – С. 20–23.
5. Линденбрaтен А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А.Л. Линденбрaтен // Здравоохранение. – 2015. – № 1. – С. 74–78.
6. Кицул И.С. Оценка результативности медицинской помощи с позиции новых требований по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности / И.С. Кицул, Д.В. Пивень // Заместитель главного врача. – 2013. – № 4. – С. 44–47.
7. Линденбрaтен А.Л. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и проблемы управления качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбрaтен // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. – С. 3–5.
8. Щепин О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбрaтен, Г.И. Галанова. – М.: «Медицина», 2002. – 176 с.
9. Щепин О.П. Оценка качества и эффективности медицинской помощи / О.П. Щепин, А.Л. Линденбрaтен, Т.М. Шаровар, В.С. Васюкова. – М.: РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, 1992. – 91 с.
10. Линденбрaтен А.Л. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи / А.Л. Линденбрaтен // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 10. – С. 3–5.
11. Коломийченко М.Е. Критерии доступности и качества медицинской помощи: нормативное регулирование / М.Е. Коломийченко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 46–51.

### REFERENCES

1. Donabedian A. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring*. Michigan: Health Administration Press. 1985. 900 p.
2. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 100 p.
3. *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 74 p.
4. Lindenbraten A.L. Quality of medical care organization and criteria for its evaluation. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya RAMN [Bulletin of the National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences]*, 2013, no. 2, pp. 20–23 (in Russian).
5. Lindenbraten A.L. Methodological approaches to assessing the quality of medical care. *Zdravoohranenie [Health care]*, 2015, no. 1, pp. 74–78 (in Russian).
6. Kicul I.S., Piven' D.V. Evaluation of the effectiveness of medical care from the position of new requirements for ensuring the quality and safety of medical activities. *Zamestitel' glavnogo vracha [Deputy Chief Physician]*, 2013, no. 4, pp. 44–47 (in Russian).
7. Lindenbraten A.L. Federal law "On the basics of public health protection in the Russian Federation" and problems of quality management of medical care. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny [Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine]*, no. 4. pp. 3–5 (in Russian).
8. Shchepin O.P., Starodubov V.I., Lindenbraten A.L., Galanova G.I. *Metodologicheskie osnovy i mekhanizmy obespecheniya kachestva medicinskoj pomoshchi [Methodological foundations and mechanisms for ensuring the quality of medical care]*. Moscow: "Medicine", 2002. 176 p. (in Russian).

9. Shchepin O.P., Lindenbraten A.L., Sharovar T.M., Vasyukova V.S. *Ocenka kachestva i effektivnosti medicinskoj pomoshchi* [Evaluation of the quality and effectiveness of medical care]. Moscow: Russian Academy of medical Sciences, Semashko Research Institute of Social Hygiene, Economics and Health Management, 1992. 91 p. (in Russian).
10. Lindenbraten A.L. Some arguments about the quality of medical care. *Problemy standartizacii v zdravooohranenii* [Problems of Standardization in Healthcare], 2007, no. 10, pp. 3–5 (in Russian).
11. Kolomiychenko M.E. The affordability and quality criteria of medical care: legislative framework. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2020, no. 3, pp. 46–51 (in Russian).

#### **ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ**

*Коломийченко Мария Евгеньевна* – врач-методист отдела трансфузиологии, Национальный медицинский исследовательский центр гематологии, Москва, Российская Федерация; e-mail: niiskni@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8572-0706

#### **AUTHOR**

*Mariya Kolomiychenko* – Doctor of Medicine, Department of Transfusiology, National Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation; e-mail: niiskni@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8572-0706

УДК 617-089.378.147

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.007

## ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дыньков С.М.<sup>1</sup>, Тарасова Н.К.<sup>1</sup>, Дуберман Б.Л.<sup>1</sup>, Облицова З.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

<sup>2</sup> Институт управления, г. Архангельск, Российская Федерация

### Ключевые слова:

аттестация, выпускники, коронавирусная инфекция, дистанционное обучение, симуляционное обучение, факультетская хирургия.

### Аннотация

В статье представлены особенности аттестации выпускников института хирургии Северного государственного медицинского университета. В результате проведенного анализа раскрыты некоторые методы и методические приемы, которые используются в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции, представлены вопросы организации самостоятельной работы обучаемых при подготовке к аттестации. Особый акцент сделан на изучении методов интерактивного обучения хирургических дисциплин, в частности, при симуляционном обучении. Подчеркнуты особенности проведения практических занятий, сопряженных с самостоятельной работой. Системно изложены формы преподавания, контроль качества обучения. Доказано преимущество использования дистанционного обучения в условиях пандемии.

## FINAL STATE CERTIFICATION OF MEDICAL UNIVERSITY GRADUATES IN THE CONTEXT OF ANTI-EPIDEMIC MEASURES IN THE EVENT OF A CORONAVIRUS PANDEMIC

Dynkov S.M.<sup>1</sup>, Tarasova N.T.<sup>1</sup>, Duberman B.L.<sup>1</sup>, Oblitsova Z.G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

<sup>2</sup> Institute of Management, Arkhangelsk, Russian Federation

### Keywords:

certification, graduates, coronavirus infection, distance learning, simulation training, faculty surgery.

### Abstract

The aim of the investigation was to study the features of certification of medical graduates of the Institute of surgery at the Northern State Medical University. The analysis disclosed some methods and techniques that are used in terms of anti-epidemic measures in a pandemic coronavirus infection, presents problems of organization of distant substantive work of students in preparation for certification. Special emphasis is placed on the study of methods of interactive teaching of surgical disciplines, in particular simulation training. The features of conducting practical classes associated with independent work (patient supervision, writing a medical history, studying material for solving situational problems) are emphasized. The forms of teaching and quality control are systematically described. The advantage of using distance learning in the context of a pandemic has been proven.

Современная ситуация в здравоохранении требует иных подходов к оценке качества медицинского образования, предъявляет новые требования к подготовке высококвалифицированных профессиональных кадров в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции.

В июле 2020 года Всемирная организация здравоохранения опубликовала официальное заявление в связи с распространением в мире коронавирусной инфекции. Генеральным секретарем ВОЗ было отмечено, что пандемия COVID-19 затронула все без исключения страны. При этом урон понесли все сферы деятельности человечества. Вирусная инфекция внесла разлад в работу не только систем здравоохранения многих стран мира, но существенно изменила возможности осуществления образовательной деятельности. Наиболее уязвимым оказалось обучение в медицинских вузах по лечебным специальностям, как на додипломном уровне, так и при реализации программ подготовки специалистов в клинической ординатуре. Особенно сложной оказалась ситуация в сегменте специальностей хирургического профиля.

В связи с необходимостью работы в условиях эпидемии, при завершении 2019-2020 учебного года, на протяжении трех месяцев образовательный процесс был переведен в дистанционный формат. Такой вариант организации учебного процесса в принципе не противоречит положениям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО) ординатуры по специальности «Хирургия». В данном документе указано, что образовательная организация вправе применять электронное обучение и дистанционные образовательные технологии при реализации программы ординатуры, за исключением практической подготовки обучающихся, осуществляемой в соответствии с порядком ее организации и проведения по профессиональным образовательным программам медицинского образования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2013 г. № 620н<sup>□</sup>.

ФГОС ВО по специальности 31.08.67 «Хирургия» предусматривает, что при проведении итоговой государственной аттестации необходимо выявить освоение ординаторами следующих профессиональных задач: профилактическая

деятельность; проведение профилактических медицинских осмотров; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения; диагностическая деятельность; лечебная деятельность; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации; реабилитационная деятельность; психолого-педагогическая деятельность; организационно-управленческая деятельность; организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях; создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности.

Коллектив авторов имеет богатый клинический и педагогический опыт работы на кафедре хирургии (преобразованной в институт хирургии в сентябре 2020 г.) Северного государственного медицинского университета, располагающейся на базе многопрофильной хирургической клиники «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» (г. Архангельск). Преподавательским составом кафедры хирургии удалось решить задачу по завершению обучения клинических ординаторов без существенных недостатков в реализации предусмотренной программы и организации итоговой государственной аттестации выпускников. В сложившейся ситуации Роспотребнадзор рекомендовал перейти на дистанционную форму обучения.

Современные ученые под дистанционным обучением понимают обучение на расстоянии, когда обучаемый отделен от обучающего расстоянием, или образовательную технологию, при которой каждый человек, проживающий в любом месте, получает возможность изучить программу любого колледжа или университета, или новую форму получения образования, базирующуюся на прин-

ципе самостоятельного обучения [1, с. 41–45]. При этом отсутствует прямой контакт обучаемого с преподавателем, что определяет специфичность данного процесса.

Кафедре хирургии потребовалось внести изменения в программу подготовки врачей-хирургов. Все теоретические занятия, лекции и семинары перевести в дистанционную форму обучения. Также были использованы возможности дистанционных технологий на основе образовательной платформы Moodle, облачной платформы видеоконференций Zoom, общение с обучающимися осуществлялось по электронной почте.

Симуляционное обучение по отработке хирургических практических навыков проводилось в виде индивидуальных занятий на базе симуляционно-аккредитационного центра СГМУ. Проблема практического обучения реализована в режиме волонтерства ординаторов по оказанию специализированной медицинской помощи в многопрофильном хирургическом стационаре.

Целью исследования авторов статьи является необходимость акцентировать внимание на особенностях преподавания хирургических дисциплин и проблеме аттестации выпускников медицинских вузов в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции. Данная проблема в настоящее время практически не исследована. В связи с этим проведенное исследование и приобретенный опыт позволили актуализировать данную проблему, изучить субъективную оценку клинических ординаторов Северного государственного медицинского университета (далее – СГМУ) об эффективности и объективности оценивания знаний при проведении государственной итоговой аттестации.

Результаты и их обсуждение. С.И. Зиновьев, автор одной из первых монографий, посвященных учебному процессу в высшей школе, основными принципами дидактики высшей школы считал: научность; связь теории с практикой, практического опыта с наукой; системность и последовательность в подготовке специалистов; сознательность, активность и самостоятельность студентов в учебе; соединение индивидуального поиска знаний с учебной работой в коллективе; сочетание абстрактности мышления с наглядностью в преподавании; доступность научных знаний; прочность усвоения знаний [2]. В условиях коронавирусной пандемии соблюдение перечисленных принципов

дидактики является весьма проблематичным, тем более, при подготовке врачей-хирургов (клинических ординаторов) и изучении дисциплины «факкультетская хирургия» обучаемым по другим направлениям подготовки.

Как известно, государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) имеет своей целью определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры – соответствующим требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 «Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) и требованиям профессионального стандарта «Врач-хирург», утвержденного Приказом Минтруда России № 743н от 26 ноября 2018 г. и является наиболее ответственным этапом в подготовке обучаемых.

Традиционно ГИА ординаторов предполагает прохождение трёх этапов.

На первом этапе осуществляется проверка уровня знаний путем решения тестовых заданий.

Второй этап традиционно проводился с участием больного. Он предполагал оценку практических навыков и, как правило, проходил в клинике. Именно на данном этапе существует возможность наиболее объективно оценить навыки обучающегося по умению обследования больного и клиническое мышление выпускника, что является особенно важным. При этом выпускникам в типичных клинических условиях у конкретного больного необходимо установить диагноз, т.е. сделать заключение о состоянии здоровья обследуемого пациента, дать интерпретацию результатам лабораторного и инструментального обследования, провести дифференциальный диагноз, обосновать лечебную тактику, оценить течение заболевания и эффективность проводимого лечения.

Третий этап предполагает собеседование выпускника с членами аттестационной комиссии по условиям ситуационной клинической задачи. Задания в задачах предусматривают обсуждение широкого круга вопросов, исходя из клинической ситуации, представленной в констатирующей части задачи. Это анализ результатов обследования, обоснование диагноза, выбор методов лечения. Также в каждой задаче сформулирован вопрос,

предполагающий оценку знаний фундаментальных дисциплин (анатомии, физиологии, патологической физиологии, патологической анатомии). В условиях каждой задачи имеются вопросы по экспертизе трудоспособности, преимущества ведения больных в стационаре и поликлинике, диспансерного учета пациентов, профилактике заболеваний, знание приказов по организации хирургической помощи.

Заключение комиссии должно определяться на основании оценок по всем трем этапам аттестации.

Особенность ГИА выпускников 2020 года заключалась в том, что доступ обучающихся и аттестационной комиссии в клинику был закрыт. И если, при проведении первого этапа, это обстоятельство не имело существенного значения, то на этапе клинического обследования больного возникло непреодолимое препятствие. Для обеспечения аттестации в университете принято решение оптимизировать третий этап аттестации путем усиления клинической составляющей условий ситуационных задач. Весь пакет ситуационных практических задач был методически переработан. С этой целью в описательной составляющей каждой клинической задачи усилена клиническая симптоматика и дополнительно введены вопросы, позволяющие обратить внимание на практические навыки выпускника и оценить их.

Пример ситуационной клинической задачи для ординаторов (хирургия)

Больной К. 35 лет жалуется на интенсивные опоясывающие боли в верхней половине живота, многократную рвоту, вздутие живота, слабость, задержку стула и газов. В течение последнего дня значительно уменьшился диурез. Заболел 2 дня назад после употребления спиртных напитков и жирной пищи. По совету знакомого врача (по телефону) принимал спазмолитики (Но-шпу, Баралгин), но заметного улучшения не отметил. Пациент доставлен машиной скорой помощи. При осмотре – состояние тяжёлое. Температура – 37,4°C, пульс – 132 уд/мин, ритмичный. АД – 80/40 мм.рт.ст. Дыхание учащено. Кожные покровы бледные. На коже живота и лице фиолетовые пятна, акроцианоз. Язык сухой. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в эпигастриальной области, там же умеренное напряжение мышц. Пульсации аорты не определяется. В верх-

них отделах нерезко выраженный симптом Блюмберга–Щёткина. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика резко ослаблена.

Лейкоциты  $13,0 \times 10^9/\text{л}$ , уроамилаза мочи – 512 ед., сахар крови – 10,5 ммоль/л, Са – 2,5 ммоль/л. При обзорной Rg-графии: со стороны органов грудной клетки отмечается высокое стояние диафрагмы, ателектаз нижних отделов лёгких, в левом синусе небольшое количество жидкости. В брюшной полости – определяется раздутая газами поперечно-ободочная кишка и желудок. При УЗИ – конкрементов в желчном пузыре не выявлено, однако пузырь напряжён. Снижена эхогенность поджелудочной железы, выявляется отёк и утолщение поджелудочной железы в передне-заднем направлении, по контуру железы определяется полоска жидкости.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с указанием клинико-морфологической формы заболевания.
2. Укажите анатомо-физиологические особенности пораженного органа.
3. Дайте оценку лабораторным и инструментальным методам исследования.
4. Представьте алгоритм действий при обследовании живота больного
5. Определите, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
6. Определите в клинической картине признаки эндотоксикоза, чем они проявляются.
7. Объясните механизм развития эндотоксикоза у больного К.
8. Составьте алгоритм лечебных действий.
9. Составьте прогноз в отношении жизни и выздоровления, укажите от чего он зависит.
10. Определите вопросы преимущества стационара и поликлиники в дальнейшем ведении больного

В связи с условиями противоэпидемических мероприятий, непосредственно процесс решения тестовых заданий и собеседования по ситуационным задачам осуществлялся в onlain-режиме. Выпускники выходили на связь с экзаменационной комиссией, используя возможности платформы для организации аудио и видеоконференций ZOOM. Подготовка к ответу на тесты и задачи выпускниками проходила под контролем членов комиссии через Veb-камеры, способные в реальном времени фиксировать изображения и передавать

его по сети Интернет. Непосредственно обсуждение решения задач проводилось коллегиально с участием трех членов комиссии.

Особенность проведения экзамена по хирургическим дисциплинам проявилась в весенний семестр за 2019-2020 года, когда проходили промежуточную аттестацию обучающиеся 4 курса лечебного факультета по дисциплине «факультетская хирургия» и 4 курса медико-профилактического факультета по дисциплине «хирургические болезни, урология». В условиях пандемии экзамен проходил дистанционно с использованием электронной системы Moodle.

Методика проведения экзамена в условиях пандемии предварительно обсуждалась на заседаниях ученого совета, кафедры хирургии и окончательно утверждена в соответствующих деканатах.

Предварительно обучающиеся ознакомились с методикой проведения экзамена и критериями оценки во время консультации в режиме online с использованием системы ZOOM, где обучающиеся задавали вопросы и получали разъяснения. Для каждого факультета в системе Moodle создан электронный курс, в котором был сформирован банк ситуационных задач и тестовых наборов.

Обучающимся медико-профилактического факультета был предложен тестовый набор, состоящий из 40 ситуационных задач с одним вопросом. К каждому вопросу предлагалось четыре варианта ответа, один из которых верный. Для решения теста отводилось 105 минут. С экзаменационным испытанием справились все обучающиеся факультета. Средний балл составил 4,1. В то время как по итогам 2018-2019 года, при устном опросе студентов по экзаменационным билетам, этот показатель составил всего 3,9.

Для обучающихся на лечебном факультете промежуточная аттестация состояла из двух этапов. На первом этапе предложен тестовый набор, состоящий из 40 ситуационных задач с одним вопросом. К вопросу предлагалось четыре варианта ответа, один из которых верный. На решение тестов отводилось 60 минут. При получении положительной оценки студенты допускались к сдаче второго этапа. С решением тестов не справился один обучающийся.

На втором этапе обучающиеся решали ситуационную задачу и отвечали на пять вопросов. Поставленные в задаче вопросы позволили проверить знания по патогенезу заболеваний, пра-

вильной формулировке клинического диагноза, интерпретации лабораторных данных, оказанию неотложной помощи при острых хирургических заболеваниях, разработки тактики ведения пациента. Кроме того, были включены вопросы по таким фундаментальным наукам, как анатомия и физиология. Для решения ситуационной задачи студентам предоставлялось 30 минут. Выдвигалось требование – написать четкие ответы на поставленные вопросы. Этот этап для ряда студентов оказался более сложным, четко сформулировать свои ответы удалось не каждому. В итоге средний балл составил 3,97, что незначительно ниже, чем в предыдущем году, когда при очной сдаче экзамена он составил 4,0.

Пример ситуационной задачи:

Больная Н., 78 лет, доставлена с жалобами на частую рвоту, боли в правой паховой области. Был дважды жидкий стул, газы отходят. Заболела около 20 часов тому назад. Температура тела 37,7 °С. Пульс 120 в минуту, слабого наполнения. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Симптом Щёткина-Блюмберга – отрицательный. Перистальтика кишечника усилена. Справа, ниже паховой связки имеется округлой формы опухолевидное образование 2х2 см, плотно-эластической консистенции, резко болезненное при пальпации, в брюшную полость не вправляется. В анализах крови: Эр. –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нв – 110 г/л, Л –  $15,1 \times 10^9/л$ , Э – 2%, Ю – 30%, С – 54%, Л – 13%, М – 2%. Биохимический анализ: белок 56 г/л., мочевины 15 ммоль/л, билирубин 12 мкмоль/л, амилаза 140 ЕД, АЛТ 18 ед. АСТ 24 ЕД.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Определите лечебную тактику.
4. Проведите анализ лабораторных данных.
5. Назовите основные принципы оказания помощи на догоспитальном этапе.

Пример задачи из тестового набора:

У больного 5 дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал анальгин и тетрациклин, обратился к

врачу на 5-ый день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,4°C, пульс – 88 ударов в минуту. В правой подвздошной области пальпируется образование размером 12×8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови –  $11,0 \times 10^{12}/л$ .

О каком заболевании можно думать?

- А. Опухоль слепой кишки.
- Б. Терминальный илеит.
- В. Аппендикулярный инфильтрат.
- Г. Ущемленная правосторонняя паховая грыжа.

При сравнении текущей успеваемости студентов по изучаемой дисциплине и результатов экзамена – оценки были сопоставимы. Не оказалось ни одного случая, когда обучающийся, при хорошей текущей успеваемости, получил низкую оценку на экзамене и наоборот. Проведение дистанционного экзамена в условиях пандемии позволило провести промежуточную аттестацию по хирургическим дисциплинам и перевести студентов на следующий курс обучения.

На совместном заседании Ученого совета факультета подготовки кадров высшей квалификации и Методической комиссии от 19 ноября 2020 г. подведены итоги подготовки и аттестации клинических ординаторов СГМУ. Констатировано, что всего допущены к ГИА в 2019–2020 учебном году 199 человек по 47 специальностям. В целом результаты сдачи ГИА свидетельствуют о продвинутом уровне сформированности профессиональных компетенций по большинству специальностей (30 специальностей), по 17 – повышенный уровень. Замечаний у председателя и членов комиссий не было. Отмечены высокий уровень организации экзамена и переработки фонда оценочных средств (ФОС) для ГИА.

Кроме того, проведен анализ удовлетворенности ординаторов качеством образовательного процесса. В анкетировании участвовали:

- респонденты – ординаторы второго года обучения в СГМУ (53% выпускников);
- дата анкетирования – июнь 2020 г.;
- количество респондентов: 107 человек (53,5%);
- генеральная совокупность: 200 человек.
- методика: on-line опрос с использованием Google-формы.

Наиболее эффективными формами проведения занятий респонденты отметили: клинические разборы – 80%; практические занятия – 77%; самостоятельная работа с пациентами – 72%; семинары – 62%; клинические обходы – 58%. Теоретические формы обучения отмечены немногим более 50%: лекции – 53%; клинические конференции – 51%. Мало заинтересовали клинических ординаторов деловые игры – 10%.

В самостоятельной работе наиболее востребованы: методические указания и методические рекомендации – 94%; ситуационные задачи – 75%; тестовые задания – 64%. Практически не используется литература по специальности – 5%.

При обучении в дистанционном режиме ординаторы используют ресурсы электронной образовательной среды: всегда – 48%, иногда – 47%, не используют – 5%.

Удовлетворенность обучающихся объемом подготовки (n=107): практическая – 70%; теоретическая – 74%.

В целом удовлетворенность обучающихся определена по следующим параметрам:

- ощущали помощь преподавателей – 63,6%;
- совпали ожидания относительно учебы в ординатуре в СГМУ – 68,2%;
- удовлетворены обучением в ординатуре – 75,7%;
- считают себя подготовленным к практической работе врача-специалиста – 77,5%;
- планируют работать по профилю – 92,5%;
- планируют остаться работать в Архангельской области – 66,4 %.

Пожелания участников анкетирования показали, что еще больше внимания при обучении в ординатуре необходимо уделять: отработке практических навыков; практике в симуляционном центре; клиническим разборам, клиническим обходам; работе по специальности в амбулатории; увеличению теоретических часов по отдельным направлениям подготовки.

Результаты анализа процесса обучения и итоговой государственной аттестации выпускников медицинского вуза позволил акцентировать внимание на особенностях преподавания и оценке освоения компетенций согласно ФГОС по хирургическим дисциплинам в условиях противоэпидемических мероприятий при пандемии коронавирусной инфекции.

**Выводы:**

1. Особенностью подготовки к промежуточной и итоговой аттестации является использование дистанционной формы обучения с переводом теоретических занятий, лекций и семинаров в образовательные платформы Moodle, ZOOM и общение с обучающимися по электронной почте.

2. Проблема практического обучения реализована в режиме волонтерства ординаторов по оказанию специализированной медицинской помощи в многопрофильном хирургическом стационаре.

3. Переработаны ситуационные задачи с целью решения проблемы отсутствия доступа обучающихся и аттестационной комиссии в клинику, обеспечение осуществлено путем усиления клинической составляющей условий ситуационных задач.

4. Задания в задачах предполагали обсуждение широкого круга вопросов, исходя из клинической ситуации, представленной в констатирующей части задачи: анализ результатов обследования, обоснование диагноза, выбор методов лечения. В каждой задаче предусмотрен вопрос, предполагающий оценку знаний фундаментальных дис-

циплин (анатомии, физиологии, патологической физиологии, патологической анатомии).

5. Обучающиеся лечебного и медико-биологического факультетов промежуточную аттестацию проходили дистанционно с использованием электронной системы Moodle, сравнимые результаты позволили сделать вывод, что они практически не отличаются от результатов очной формы сдачи экзамена.

6. Удовлетворенность обучающихся объемом подготовки по программам ординатуры составила (n=107): практическая – 70%, теоретическая – 74 %, что свидетельствует о совпадении выводов комиссии о результатах сдачи ГИА: продвинутый уровень сформированности профессиональных компетенций имеется по большинству специальностей (30 специальностей), по 17 – повышенный уровень.

7. Переход на дистанционную форму обучения с использованием информационно-образовательной среды обеспечил реализацию основных принципов дидактики и сохранил высокий уровень подготовки и аттестации выпускников медицинского вуза.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пьянников М.М. К вопросу о понятиях «дистанционное обучение» и «дистанционное образование» / М.М. Пьянников // Гуманитарный вектор. 2010. – № 1. – С. 41–45.
2. Зиновьев С.И. Учебный процесс в советской высшей школе / С.И. Зиновьев. – М.: Высш. школа. 1968. – 357 с.

### REFERENCES

1. Pyannikov M.M. On the question of the concepts of "distance learning" and "distance education". *Gymanitarnii vector [Humanitarian vector]*, 2010, no. 1, pp. 41–45.
2. Zinoviev S.I. *Uchebnyi protsess v sovetskoi vysshei shkole [The educational process in the Soviet higher school]*. Moscow, Higher. School, 1968. 357 p.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Дыньков Сергей Михайлович* – профессор института хирургии, Северный государственный медицинский университет, доктор медицинских наук, профессор, г. Архангельск, Российская Федерация  
e-mail: dincov08@rambler.ru

*Тарасова Надежда Константиновна* – заместитель директора института хирургии по учебно-воспитательной работе, Северный государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Архангельск, Российская Федерация;  
e-mail: nadegdatarasova73@mail.ru

*Дуберман Борис Львович* – директор института хирургии, Северный государственный медицинский университет, доктор медицинских наук, доцент, г. Архангельск, Российская Федерация;  
e-mail: d1973bold@yahoo.com

*Облицова Зинаида Георгиевна* – проректор по научно-исследовательской работе, Институт управления, кандидат педагогических наук, доцент, почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, г. Архангельск, Российская Федерация;  
e-mail: zina.oblitsova@yandex.ru

## AUTHORS

*Sergey Dynkov* – Professor of the Institute of Surgery, Northern State Medical University, Doctor habil. in Medicine, Professor, Arkhangelsk, Russian Federation;  
e-mail: dincov08@rambler.ru

*Nadezhda Tarasova* – Deputy Director of the Institute of Surgery for Educational Work, Northern State Medical University, PhD in Medicine, Associate Professor, Arkhangelsk, Russian Federation;  
e-mail: nadegdatarasova73@mail.ru

*Boris Duberman* – Director of the Institute of Surgery, Northern State Medical University, Doctor habil. in Medicine, Associate Professor, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: d1973bold@yahoo.com

*Zinaida Oblitsova* – Vice-Rector for Research, Institute of Management, PhD in Pedagogy, Associate Professor, Honorary Worker of Higher Professional Education of the Russian Federation, Arkhangelsk, Russian Federation;  
e-mail: zina.oblitsova@yandex.ru

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.008

## ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Нестеров С.С.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Российская Федерация*

**Ключевые слова:**

медицинская помощь, теле-  
медицина, информированное  
добровольное согласие.

**Аннотация**

Автор представил обзор об особенностях получения информированного добровольного согласия в условиях оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

## INFORMED VOLUNTARY CONSENT IN THE PROVISION OF TELEMEDICINE ASSISTANCE

Nesterov S.S.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *N.I. Pirogov's Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation*

<sup>2</sup> *National Research University «Higher School of Economics», Moscow, Russian Federation*

**Keywords:**

medical care, telemedicine,  
informed voluntary consent.

**Abstract**

The author presented overview on the peculiarities of obtaining informed voluntary consent in the context of providing assistance with the use of telemedicine technologies.

Правовое регулирование информированного добровольного согласия в условиях оказания телемедицинской помощи является новой и, в то же время, особо актуальной темой в российской медицине и отечественной правовой системе. Это связано, в первую очередь, с тем, что еще в 2000 году была осуществлена первая попытка внедрения телемедицинских технологий в правовые реалии Российской Федерации. Именно тогда был подписан приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2000 года № 444 «О создании Координационного совета Минздрава России по телемедицине». В рамках данного приказа были сформулированы основные принципы оказания медицинской помощи посредством телемедицинских технологий, однако на федеральном уровне какие-либо дополнительные нормативные акты, которые бы конкретизировали

положения данного приказа, не принимались. 28 декабря 2010 года приказом Минздравсоцразвития России № 1214 рассматриваемый приказ был признан утратившим силу, и вопрос внедрения телемедицинских технологий был закрыт на следующие восемь лет. Тем не менее, прогресс не стоит на месте, как в области медицины, так и в области юриспруденции. 19 июля 2017 года парламент Российской Федерации принял так называемый «Закон о телемедицине»<sup>1</sup>, который вступил в силу с 1 января 2018 года. Вместе с тем, содержание рассматриваемой проблемы напрямую коррелирует как с конституционным правом на охрану здоровья и медицинскую помощь, так и с правом на неприкосновенность частной жизни, личную и

<sup>1</sup> Федеральный закон от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2017. – № 31 (часть I) – Ст. 4791.

семейную тайну, а также на недопущение сбора, хранения, использования и распространения информации о частной жизни без согласия человека, что также предусмотрено Конституцией Российской Федерации.

Таким образом, оказание телемедицинских услуг ныне является медицинским и правовым понятием, обладающим рядом специфических особенностей. Так, в договоре о проведении телемедицинской консультации должно быть предусмотрено, что пациент получил всю необходимую информацию и объяснения о предмете такой консультации. Форма об информированном добровольном согласии пациента должна быть подписана им и задокументирована со стороны того, к кому поступило соответствующее обращение за медицинской помощью, а также в истории болезни. О согласии и цели, для которой оно было получено, должно быть сообщено врачу-консультанту (который должен удостовериться в правильной информации о пациенте и его согласии).

Пациент должен быть проинформирован о типичных рисках, таких как незаконный доступ к данным пациента, прерывание процесса передачи данных по техническим причинам (например, неисправность оборудования, радиопомехи, либо прерывание вещания). В этой связи за пациентом сохраняется право не давать информированного добровольного согласия на оказание телемедицинских услуг и обратиться за очной консультацией к лечащему врачу, либо отозвать уже данное информированное добровольное согласие на любом этапе оказания телемедицинской услуги.

В то же время, стоит обратить внимание и на некоторые юридико-технические особенности оформления информированного добровольного согласия (далее – ИДС) при оказании телемедицинских услуг. Безусловно, в целом ряде случаев, ИДС рассматривается как письменный документ, являющийся приложением к гражданско-правовому договору с пациентом о предоставлении медицинских услуг, детализирующим информационный блок вопроса.

С другой стороны (например, при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования), информированное добровольное согласие на телемедицинскую консультацию может быть самостоятельным юридическим документом, что накладывает повышенную ответственность на

корректность его составления.

Особенностью проведения телемедицинской консультации является также и то, что в результате оказания данного рода услуги не предполагается непосредственных воздействий на организм пациента.

Тем не менее, с развитием медицинских технологий оказалось возможным и предоставление такого рода дистанционных услуг, которые подпадают под понятие «медицинское вмешательство» – например, в условиях, когда требуется проведение хирургической операции с использованием дистанционно управляемых манипуляторов, использованием систем дистанционного мониторинга с модулями обратной биологической связи (например, при теледиагностике) и так далее. В самом обозримом будущем проведение таких медицинских манипуляций будет урегулировано на законодательном уровне.

Оказание телемедицинских услуг предполагает возможность диалога между специалистами и пациентом, а также между другими специалистами в области медицины и включает в себя как анализ статистической информации о больном (рентгенограммы, ЭКГ и т.д.), так и динамической (видео и аудиофрагменты). Таким образом, во главу угла ставится вопрос, в какой форме будет оказана телемедицинская услуга: в форме телемедицинской консультации, телемониторинга функциональных показателей организма больного, либо телемедицинского консилиума.

Важным аспектом информированного добровольного согласия на оказание телемедицинских услуг является то, что за пациентом сохраняется весь спектр прав, предусмотренных Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>2</sup>, а именно:

- право на информацию о состоянии здоровья, выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья пациента;
- на выбор врача и медицинской организации;
- на проведение консультации врачей-специалистов, отказ от медицинского вмешательства.

Такая информация может быть предоставлена пациенту в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также посредством мобильной радиосвязи (в

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. – № 48. – Ст. 6724.

том числе посредством мессенджеров). Использование данных технологий может способствовать оказанию информационной поддержки клинической медицины по вопросам консультирования больных, развитию справочной службы в области охраны здоровья, а также предоставлению медико-статистической информации и обеспечению доступа к базам данных библиотек. Хотя реализация данного рода услуг возможна как на платной, так и на бесплатной основе, стоит обратить внимание на то, что соответствующая информация должна быть предоставлена каждому пациенту без каких-либо исключений, даже если телемедицинская консультация проводится в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Важно иметь в виду, что достижение результата посредством оказания телемедицинской услуги обладает вероятностным характером и зависит от многих факторов. Результат оказания телемедицинской услуги находится за пределами данного рода сделки, а потому производители данной услуги должны проявить необходимую степень заботы и осмотрительности при общении с пациентом. Поэтому в информированном добровольном согласии должны быть освещены возможные варианты результатов консультации. При этом до пациента должны быть доведены сведения о том, что результаты консультации, включая диагноз и тактику лечения, могут быть использованы лечащим врачом в целях дальнейшего лечения.

Важнейшее законодательное нововведение заключается в возможности предоставления телемедицинских услуг анонимно (например, если пациент страдает наркотической зависимостью, но не желает раскрывать свою личность по телефону). Таким образом, лица, страдающие алкогольной, наркотической, токсикологической зависимостью, а также лица, желающие пройти тест на ВИЧ, сохраняют базовые гарантии охраны здоровья граждан, предусмотренные федеральным законодательством. Тем не менее, здесь потребуется ряд пояснений. В случае, если пациент пожелает сохранить свою личность в тайне, консультация такого рода может быть проведена только при условии согласования порядка оказания телемедицинской консультации с органами государственной власти России и, в частности, с Министерством цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации

(иными словами, поскольку пациенту в любом случае придется пройти электронную процедуру идентификации и аутентификации, анонимной данная информация останется только для врача, который будет уполномочен непосредственно провести телемедицинскую консультацию). В то же время, к информации обязательного характера, которую пациент должен сообщить при обращении за телемедицинской консультацией, отнесены такие параметры, как: пол, возраст, рост, вес.

При этом, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1177н<sup>3</sup>, оказание ряда медицинских услуг анонимно не представляется возможным. С данным перечнем пациенту рекомендуется ознакомиться самостоятельно.

В течение последних десяти лет развитие медицинских технологий достигло такого уровня, что отбор пациентов для оказания телемедицинских услуг стал возможен не только посредством предварительного телефонного интервью, проводимого средним медицинским персоналом с помощью специальных порядков, но и автоматически – путем заполнения онлайн-анкеты, создания аккаунта на портале оказания услуги, а в перспективе – с помощью специальных чат-ботов. Таким образом, необходимость получения информированного добровольного согласия при оказании данного рода услуг уже сегодня упрощается существенным образом.

Безусловно, информированное добровольное согласие при оказании телемедицинских услуг должно выполнять ряд функций:

- в доступной форме объяснить пациенту о содержании телемедицинской консультации как технологии, способствующей получению медицинской помощи;
- служить реализации права пациента на выбор врача и медицинской организации, а также на проведение дальнейших консультаций специалистов;
- детализировать цели планируемой медицинской телеконсультации;
- предоставлять сведения об участниках оказания услуги, включая медицинские учреждения и/или **конкретных специалистов**, подготавливающих

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения России от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (с изменениями и дополнениями) // Российская газета. – 2013. – № 145.

материалы и выступающих консультантами, а также организации, выступающие в качестве промежуточных диспетчерских и технических центров, если таковые включены в технологическую цепочку данной консультации;

- ознакомить пациента с телекоммуникационными аспектами данной консультации, включая способы передачи информации, обеспечение защиты информации, применение систем обработки персональных данных и существующие при этом риски;

- предупреждать пациента о возможных результатах телемедицинской консультации;

- описать права и ответственность лечащего врача, консультанта, провайдеров связи и самого пациента при предоставлении и подготовке информации для телемедицинской консультации, ее качественной передаче, качестве заключения и при принятии решений о выполнении или отказе от рекомендаций консультанта, включая диагностические и лечебные мероприятия.

Важно подчеркнуть, что информированное добровольное согласие при оказании телемедицинских услуг – это совершенно аутентичный юридический документ, который ничем не должен отличаться от соответствующего ИДС, полученного при «очном» оказании медицинской помощи. В нем недопустимо использовать упрощенные или сокращенные формулировки, поскольку такого рода действия являются грубейшими юридико-техническими ошибками. Более того, пациент должен быть ознакомлен с тем, что при даче информированного добровольного согласия на проведение телемедицинской консультации будут учитываться не только его непосредственные персональные данные (возраст, пол, диагноз, результаты инструментального исследования и так далее), но и дополнительные сведения о пациенте, которые могут быть транслированы врачу-консультанту посредством изображений, текстовых или голосовых сообщений. При этом, после того как данные сведения будут зафиксированы в официальных медицинских документах, соответствующая информация подлежит уничтожению с устройства врача-консультанта, оказывающего телемедицинскую услугу.

В то же время, пациент должен быть уведомлен о том, что телемедицинская консультация, в соответствии с позицией Минздрава России, не является самостоятельным видом медицинской

помощи и не имеет своей целью заменить очный прием врача; она представляет собой технологию, которая может быть использована при осуществлении медицинской деятельности.

Любая телемедицинская помощь может быть оказана только тем пациентам, которые прошли аутентификацию через портал госуслуг («Единая система идентификации и аутентификации» – ЕСИА). Обращаем внимание, что соответствующий медицинский работник также должен пройти обязательную регистрацию на портале Федерального регистра медицинских работников, а медицинская организация, в которой он осуществляет трудовую деятельность, должна состоять в Федеральном регистре медицинских организаций. Данное требование распространяется на все случаи без исключения, даже если врач является частнопрактикующим специалистом.

По результатам опроса пациента лечащий врач может принять следующее решение:

1. Зафиксировать данную информацию и перейти к следующим вопросам.
2. Прервать телемедицинскую консультацию и направить пациента на очный прием.
3. Запросить дополнительную информацию, не предусмотренную пропедевтическим порядком опроса.

При этом, в рамках проведения телемедицинской консультации, врач может попросить предоставить доступ к электронной медицинской карте пациента (это может быть желательным, но не обязательным компонентом).

В случае, если у врача-консультанта возникают сомнения в валидности и целостности предоставленных данных, в корректной работе технических средств, он может предпринять следующие действия:

1. Отказать в телемедицинской консультации.
2. Направить пациента на очный прием.

Необходимо обратить внимание на то, что у пациента также сохраняется право на получение информации о враче-консультанте, включая специализацию врача, стаж, опыт, информацию об аккредитации, сертификации, лицензировании работы данного медицинского работника. Соответственно, врач должен иметь техническую возможность в случае необходимости предоставить такую информацию по запросу пациента.

Особую актуальность проблема обрела в 2020 году ввиду появления на территории России

новой, ранее не изученной коронавирусной инфекции. Об этом говорят как меры, проводимые на территории Российской Федерации по предупреждению распространения данного рода заболевания, так и статистические данные. Согласно статистике сервиса «Доктор Рядом»<sup>4</sup>, до марта-апреля 2020 года количество пациентов, желающих получить телемедицинскую консультацию, составляло 350-400 консультаций в день. Однако после того, как на территории Российской Федерации был введен «Режим повышенной готовности к чрезвычайной ситуации», количество дистанционных обращений в медицинские клиники данной сети возросло до 3000 в день (по состоянию на лето 2020 года, этот показатель составляет 1500-1800 дистанционных обращений в день).

С марта 2020 года на территории города Москвы на базе поликлиники № 5 был создан специализированный телемедицинский центр. Он представляет собой систему, которая работает исключительно с пациентами, у которых уже подтвержден соответствующий диагноз, и которые имеют право проходить лечение дома. Для получения телемедицинской консультации данного рода, необходимо зарегистрироваться на специальной телемедицинской платформе Департамента здравоохранения города Москвы, а также разрешить использование аудио- и/или видеосвязи для беседы с медицинским работником. В данном случае медицинские работники имеют право анализировать состояние пациентов онлайн, выявлять симптомы улучшения или ухудшения самочувствия, давать рекомендации и отвечать на вопросы пациентов. При этом базовые сведения о пациенте медицинский работник может получить из ЕМИАС, в том числе посредством обращения к электронной карте пациента. Обращаем внимание на то, что данного рода услугой пациент сможет воспользоваться только после того, как ему уже был поставлен диагноз в ходе очной встречи с медицинским работником. Кроме того, в данном случае пациент лишается права на отказ от медицинской помощи (госпитализации), а соответствующее решение уполномочен принять только медицинский работник.

Как уже было сказано, вопрос информированного добровольного согласия на оказание телемедицинской помощи является принципиально новым для российской правовой системы. В этой

связи судебной практики по данной теме в настоящий момент крайне мало. Тем интереснее рассмотреть фактически единственный пример 2019 года, в рамках которого судебный процесс дошел до Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации.

В 2018 году житель Челябинска обратился за телемедицинской консультацией в связи с жалобами на боли в области грудной клетки и на одышку. В ходе беседы с врачом было установлено, что данные проблемы начались у пациента после того, как он неудачно упал на спину. По окончании беседы врач-травматолог сообщил информацию о том, что речь идет, вероятнее всего, об ушибе грудной клетки, посоветовал обратиться в больницу на рентген и пройти соответствующее лечение. Тем не менее, спустя несколько дней после данной беседы пациент скончался от пневмонии. Потерпевшие (вдова и дочь пациента) посчитали, что смерть их близкого родственника наступила в результате «ненадлежащего оказания медицинской помощи» врачом-травматологом, в результате чего ими был подан иск о компенсации морального вреда на сумму трех миллионов рублей. В качестве доводов пострадавшей стороны было заявлено то, что врач, который вел консультацию с умершим, не изучил рентгеновский снимок пациента должным образом, на котором наличествовали изменения, характерные при пневмонии. В этой связи, по мнению истиц, врачом было сформулировано неверное умозаключение относительно возможных последствий для здоровья пациента. Для устранения возможных противоречий в рамках судебного процесса была назначена судебно-медицинская экспертиза. Согласно заключению экспертизы, врач-травматолог в целом оказал помощь пациенту правильно, но не полно. По мнению экспертов, в рамках оказания консультации врачом были допущены несущественные недостатки, которые не явились причиной возникновения пневмонии, но которые могли бы способствовать ее прогрессированию. Кроме того, лечебно-контрольной комиссией также был подтвержден вывод о том, что врач-травматолог обоснованно дал рекомендацию обратиться за медицинской помощью в больницу по месту жительства и пройти необходимое лечение, однако пациент данной рекомендации не последовал. По мнению суда субъекта Российской Федерации, именно такое решение пациента и привело

<sup>4</sup> URL: <http://dr-clinics.ru/>

к фатальному исходу.

В итоге, с одной стороны, было отмечено, что прямой причинно-следственной связи между действиями врача и смертью пациента нет. Сам по себе факт оказания телемедицинской консультации не может являться достаточным основанием для взыскания морального вреда. С другой стороны, как отметил непосредственно Верховный Суд Российской Федерации, доказывать качество оказания медицинских услуг в случае возникновения спорной юридической ситуации должно медицинское учреждение, а не пациент или его родственники. Сказанное привело к тому, что дело было рассмотрено с нарушением норм материального права и Верховный Суд Российской Федерации дал указание нижестоящему суду пересмотреть данное дело заново, но с учетом указанных недостатков.

Подводя итог можно сказать, что рынок оказания телемедицинских услуг является одним из самых быстрорастущих в мире. По данным исследования Telehealth Market Global Outlook, глобальный рынок телемедицины к 2024 году вырастет на 25% и достигнет оборота в 40 миллиардов

долларов США. Уже сегодня компаниями InTouch Health и Vecna Technologies<sup>5</sup> разработаны и в настоящее время проходят внедрение в медицинские клиники роботы, способные заменить врачей при проведении тех или иных медицинских (а также телемедицинских) услуг. Активнее всего такие процессы происходят в США и странах Юго-Восточной Азии и, вероятнее всего, в течение следующих нескольких лет вопрос внедрения данного рода технологий (в том числе в правовое поле) станет актуален и для России.

Сказанное может привести к тому, что дальнейшее правовое регулирование потребует не только в рамках корректировки информированного добровольного согласия при оказании телемедицинских услуг, но и существующие тенденции развития медицинских и телемедицинских технологий могут привести к расширению субъектного состава участников данных правоотношений, что должно привести к повышению объема и качества оказываемой медицинской помощи.

---

<sup>5</sup> URL: <https://vecnahealthcare.com/about/>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

*Нестеров Сергей Сергеевич* – преподаватель кафедры биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Российская Федерация;  
e-mail: stanleyfort91@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-7457-4213

## AUTHOR

*Sergey Nesterov* – Lecturer of the Department of Bioethics and International Medical Law of UNESCO, N.I. Pirogov's Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation; National Research University «Higher School of Economics», Moscow, Russian Federation;  
e-mail: stanleyfort91@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-7457-4213

# ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 61(091)

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.009

## АЛЕКСАНДРА ВАСИЛЬЕВНА СПАСЕННИКОВА – ВРАЧ, ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Спасенников Б.А.<sup>1</sup>

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

### Ключевые слова:

история медицины, организация здравоохранения, Спасенникова А.В.

### Аннотация

Статья посвящена памяти одного из известных врачей-организаторов здравоохранения Европейского Севера России – Александры Васильевны Спасенниковой, имевшей полувековой врачебный стаж, из них – 35 лет в качестве главного врача.

## ALEXANDRA V. SPASENNIKOVA – M.D., HEALTH CARE ORGANIZER

Spasennikov B.A.<sup>1</sup>

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

### Keywords:

History of Medicine, Healthcare Organization, A.V. Spasennikova.

### Abstract

The article is dedicated to the memory of one of the well-known healthcare organizers in the European North of Russia - Alexandra V. Spasennikova, who had half a century of medical experience, of which 35 years as chief physician.

Александра Васильевна Спасенникова (Коровина) родилась 23 ноября 1925 года в семье Анны Евдокимовны и Василия Архиповича Коровиных в селе Сура<sup>1</sup> Пинежского уезда Архангельской губернии (сейчас – Пинежский район Архангельской области).

Мать Александры Васильевны – Анна Евдокимовна Коровина (Малкина) происходила из семьи Евдокима Семеновича и Анны Васильевны Малкиных<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Сура – одно из древнейших поселений на реке Пинеге. Село впервые упоминается в новгородской грамоте 1471 года.

<sup>2</sup> В семье было девять детей. Младшая дочь – Анна Евдокимовна была названа в честь матери. Сохранилась семейная фотография 1904 года. Анна сидит на коленях матери. Вокруг нее четверо братьев: Петр, Николай, Иван, Александр. В последующем все четверо братьев погибли в Великую Отечественную войну.

Родителями Евдокима были Дарья Ильинична (урожденная Сергиева) и Семен Прокопьевич Малкины. Евдоким был старшим сыном в семье. Настоящая (полная) фамилия Малкиных – Малкинен. Они были из обрусевших карел. Дарья Ильинична – сестра Ивана Ильина Сергиева, известного как Святой Праведный Иоанн Кронштадтский Чудотворец – Святой Русской Православной церкви. Дарья и Иван родились в семье Ильи Михайловича Сергиева и Феодоры Власьевны (Порохиной). Помимо Ивана и Дарьи в семье еще была их сестра Анна.

Александра Васильевна по деду (Евдоким Семенович) и по маме (Анна Евдокимовна) происходят из рода Ильи Сергиева, предки которого были священнослужителями на Русском Севере на протяжении, по меньшей мере, трёх с половиной веков (например, Яков Сергиев (XVII в.), Михаил Сергиев (XVIII в.) и др.). Александра Васильевна – правнучатая племянница Ивана Ильича Сергиева [1], который был канонизирован в лике праведных Русской православной церковью за рубежом 19 октября 1964 года (позже, 8 июня 1990 года, – Русской православной церковью) – Святой Праведный Иоанн Кронштадтский Чудотворец<sup>3</sup>.

Отец Александры Васильевны – Василий Архипович Коровин был из зажиточной крестьянской семьи сурских крестьян Феоктисты

<sup>3</sup> Иван Ильич Сергиев – самый известный священник Русской Православной Церкви второй половины XIX-начала XX вв., проповедник, духовный врачеватель и целитель, церковный и общественный деятель, духовный писатель, настоятель Андреевского собора в Кронштадте, член Святейшего Правительствующего Синода, духовник Императора Александра III. (<https://pravoslavie.ru/28882.html>; [https://azbyka.ru/otechnik/Ioann\\_Kronshtadtskij](https://azbyka.ru/otechnik/Ioann_Kronshtadtskij) и др.).

и Архипа Диомидовича Коровиных. Трагические российские события XX века, «красное колесо» Советской власти, в полной мере связаны с семьей Александры Васильевны Спасенниковой (Коровиной). Трагичной была история русского крестьянства при советской власти<sup>4</sup> [2, с. 321]. Трагичной была история ее семьи.

Понимая, что их ждет принудительное раскулачивание, Архип Коровин и его сын Василий, решили совершить «добровольное раскулачивание», смягчить свою судьбу. Они добровольно отвели свой скот (лошадей, коров и овец) на колхозный скотный двор, сдали сельскохозяйственный инвентарь в колхоз<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Репрессии в отношении крестьянства начались с первых лет советской власти. Жизнь русского крестьянина неотделима от своего хозяйства (дом, двор для скота и сена, баня, сарай и др.), своего надела земли, своего скота (коровы, лошади, козы, овцы), сельскохозяйственного инвентаря. Дома на Русском Севере в большинстве своем были большие и добротные. Было достаточно земли. Леса, реки давали дополнительный доход тем, кто хотел и умел работать. Русский крестьянин был собственником. Поэтому, по мнению советской власти, крестьяне, в отличие от рабочих, имели мелкобуржуазную идеологию, которую нужно было «выкорчевать», лишив крестьян собственности на землю, скот, инвентарь. Нужно было превратить собственников в подневольных сельскохозяйственных рабочих. Превращение крестьянина-собственника в бесправного сельскохозяйственного труженика проводилось советской властью в рамках «коллективизации», когда крестьянин-собственник должен был отдать свою землю, свой скот, свой инвентарь в якобы коллективное социалистическое хозяйство – колхоз. Самой трагичной была судьба зажиточных крестьян, имеющих большое хозяйство, привлекающих наемных сезонных работников из числа наиболее бедных односельчан. В северной деревне около 25% крестьян были зажиточными, около 50% – середняками, 25% – бедняки. То есть количество зажиточных и бедняков было почти равным. Половину – составляли середняки, имеющие крепкое хозяйство, но не привлекающие наемных работников для сезонных работ в летний период. Крестьянин, приглашающий сезонных работников, оплачивающий труд бедных односельчан деньгами или сельскохозяйственными продуктами, получал социальное название – кулак. Такие крестьяне подлежали раскулачиванию. Их хозяйство подлежало официальному разграблению. Земля, скот и инвентарь передавались в колхоз, продукты изымались «в пользу рабочих города», домашнюю утварь и вещи забирали местные лентяи и пьяницы, которые объединялись в «комитеты бедноты» («комбеды»), ставшие опорой советской власти, основанной на насилии над собственниками. Из городов в деревни советской властью направлялись вооруженные отряды, состоящие из городских рабочих, превратившихся в чекистов, красноармейцев, милиционеров, примкнувших к ним городских люмпенов и криминальных элементов. Возглавляли эти отряды коммунисты из числа рабочих или профессиональных революционеров, которые не разбирались ни в крестьянском труде, ни в сельском хозяйстве. Они «раскулачивали» крестьян, грабили церкви, убивали недовольных. Семьи раскулаченных выселяли в отдаленные регионы страны. При этом раскулаченная крестьянская семья часто могла взять из своего родного дома только то, что могла унести в реках. Иногда выселяли, лишая возможности забрать хоть что-то из своего дома.

<sup>5</sup> Здесь необходимо разоблачить еще одну ложь официальной советской истории, о том, что якобы партия большевиков во главе с Владимиром Ульяновым (Лениным) и Иосифом Джугашвили (Сталиным) «приняла Россию с сохой». Уже в начале XX века, до прихода власти большевиков, в крепких крестьянских хозяйствах

Несмотря на добровольное раскулачивание Василий Архипович Коровин был во внесудебном порядке репрессирован и направлен в концентрационный лагерь, именуемый лагерем принудительных работ, как «идущий против мероприятий Советской власти». Анна Евдокимовна с тремя малолетними детьми (Александрой, Володей и Николаем) осталась в разграбленном (раскулаченном) доме.

В лагере, куда был отправлен Василий Архипович, репрессированные крестьяне занимались лесосплавом. Это были обычные заключенные, которые содержались и работали под контролем вооруженной охраны. Никто из них не совершал никакого преступления. Вся их вина была в том, что они были представителями крепких крестьянских семейств. Они не были осуждены советским судом. Никому из них не был определен срок пребывания в лагере<sup>6</sup>. Официальной целью их пребывания в лагере было перевоспитание в «трудовое крестьянство». Крестьян, привыкших всю жизнь работать от зари до зари, советская власть «перевоспитывала» трудом. По сути, это были лагеря для уничтожения русского крестьянства во имя утопических коммунистических идей.

Василий Архипович бежал из лагеря. Побег был успешным. Он добрался до Архангельска, где устроился работать на лесобиржу имени В.М. Молотова Соломбальского лесокомбината<sup>7</sup>.

были металлические плуги. Деревянная соха к этому времени уже стала историей прошлых веков. Сейчас уже невозможно установить, сколько скота передала только семья Архипа Коровина в колхоз. Можно только привести воспоминания Анны Евдокимовны Коровиной (Малкиной) о том, что до раскулачивания родители регулярно поручали ей, девочке-подростку отвести домашних лошадей на водопой. Анна садилась верхом (без седла) на одну лошадь, а поводья других лошадей брала в руки. Лошадей в одном хозяйстве Малкиных было, вероятно, четыре или пять, не считая жеребят, которые сами бежали за лошадьми.

В результате коллективизации, раскулачивания крепких крестьян, их выселения со своей земли, Россия, из страны, экспортирующей хлеб, превратилась в страну, импортирующую зерно из государств с рыночной экономикой. Если в начале XX века в Сибири (на малой родине будущего мужа Александры Васильевны) колеса телег смазывали сливочным маслом, то в конце XX века в архангельских магазинах масло продавали только по карточкам, а молока, мяса, колбас не было в продаже.

<sup>6</sup> Когда в 90-е годы Александра Васильевна попыталась добиться реабилитации своего отца, ей отказали, так невозможно было отменить неправосудный приговор, которого просто не было изначально. Крестьян отправляли в лагерь принудительного труда (по существу концентрационный лагерь) без приговора.

<sup>7</sup> В это время Архангельске было множество раскулаченных крестьян со всей центральной России, среди которых легко было затеряться бежавшему из лагеря под видом раскулаченного, потерявшего документы. При этом Василий Архипович не скрывал своего настоящего имени.

Ему удалось сообщить о своем пребывании семье. Анна Евдокимовна с детьми поехала к мужу в Архангельск. Дорога между селом Сура и Архангельском составляет около 370 км. Ей удалось добыть сани и лошадь. Она посадила трех малолетних детей и уехала лесной дорогой. Путь занимал около двух недель. По дороге внезапно наступила оттепель, снег растаял, дорогу развезло. В ближайшей деревне ей удалось продать сани, купить телегу. На этой телеге бесстрашная крестьянка добралась до Архангельска, продала лошадь и телегу цыганам, чтобы в семье были какие-то деньги на хлеб детям. Вскоре она встретилась с мужем Василием Архиповичем. Так, с 1930 года семья стала жить в Архангельске. Поэтому детство и юность Александры Коровиной прошло на острове Соломбала, где жили семьи рабочих лесопильно-деревообрабатывающих, судоремонтных предприятий, речников, моряков<sup>8</sup>.

Летом 1940 года, за год до начала войны, Александра Коровина, отличница учебы, была направлена в пионерский лагерь «Артек» – самый знаменитый пионерский лагерь СССР, визитная карточка пионерской организации, который был расположен в поселке Гурзуф на южном берегу Крыма.

В июне 1941 года, когда началась Великая Отечественная война, 15-летняя Александра окончила 8 класс 49 соломбальской школы<sup>9</sup>. После 22 июня 1941 года началось тяжелое, полуголодное время. В магазинах стали заканчиваться продукты. В сентябре 1941 года школьников 49 соломбальской школы послали на сельхозработы в колхозы Приморского района (деревни Пустошь, Кальчено и другие). Они копали картофель, рубили капусту, вырывали турнепс. Александра Васильевна вспоминала, как голодных и уставших 15-летних школьников кормили лишь супом из зеленых листьев капусты.

<sup>8</sup> По замыслу Петра I именно здесь было заложено российское Адмиралтейство. Первоначально Петр I планировал перенести в Архангельск, стоящий у Белого моря, столицу из «сухопутной» Москвы. Но, Белое море замерзло зимой на продолжительный период. Это ограничивало морские транспортные связи. Поэтому царь отказался от этого плана в пользу завоевания выхода к Балтийскому морю.

<sup>9</sup> Выпускники 10-го класса были призваны в армию и на флот. Из сотен архангельских школьников, кто в лето 41-го, после выпускных экзаменов, ушел на фронт, вернулись единицы. Одни сгинули в окружении в первый же год войны, другие – погибли на Карельском и Ленинградском фронтах, третьи – моряки-североморцы – ушли на дно северных морей, защищая транспортные караваны союзников, прорывавшиеся в архангельские порты из Великобритании и США. Пачки «похоронок» со словами «погиб смертью храбрых», «пропал без вести» каждый день приходили в семьи архангелогородцев.

Осень, дождь, ночные заморозки, холодно, голодно. Война.

После возвращения в Архангельск, 15-летняя Александра Коровина с 13-летним братом Володей с 1 октября 1941 года начали работать. Они работали в котельной, которая отапливала школу, баню и клуб. Двое школьников 13 и 15 лет. Сколько же дров они переносили за «рабочую» пайку хлеба ... Спустя годы Александра Васильевна задавалась вопросом, почему же им не платили заработную плату, только давали рабочую пайку хлеба<sup>10</sup>. Хлеб в то время был важнее денег, о которых даже не задумывались.

Соломбальских школьников переводили из школы в школу. Из 49-ой в 52-ю, затем в 50-ю, потом снова в школу № 49. В годы войны некоторые школы, преимущественно кирпичные, преобразовывались в госпитали, школьных зданий не хватало. Это было связано с тем, что эвакуация раненых из деревянного здания госпиталя в случае попадания зажигательных бомб была невозможной. Раненные, в случае попадания зажигательной бомбы, сгорали живьем в таком здании, не успевая его покинуть. В Архангельске была развернута госпитальная база Карельского фронта. После занятий школьники, у которых из-за голода зачастую просто не было сил, шли в госпиталь ухаживать за ранеными солдатами и офицерами, помогали медсестрам снимать повязки.

Война не обошла и семью Коровиных, все четыре брата Анны Евдокимовны погибли, пропали без вести. В феврале 1942 года Василий Архипович, раскулаченный крестьянин, бежавший из концентрационного лагеря, был призван в Красную армию<sup>11</sup>. В семье было четверо детей (Александра, Володя, Лида и Николай). 15-летняя Александра была старшей из детей.

<sup>10</sup> Советский Север не очень сытно жил и до войны. После начала войны в Архангельске стало очень трудно с продуктами. Была введена карточная система. Первоначально по карточкам получали по 400 грамм хлеба на человека, а затем – 200. Все знают о страшном голоде в блокадном Ленинграде. Но, по нормам хлеба голод в Архангельске немногим отличался от осажденного Ленинграда. Из 200.000 жителей Архангельска, 30.000 человек умерло от голода и болезней. Александра Васильевна всю жизнь помнила, как мимо их окон одинокая женщина везла на саночках завернутое в одеяло тело умершего ребенка на кладбище. На улице часто встречались мужчины и женщины с голодными отеками. Продукты, которые доставляли транспортные караваны союзников шли в действующую армию, на фронт, в осажденный Ленинград, в Москву.

<sup>11</sup> Он служил в Красной армии в общей сложности более 20 лет, до 1957 года (был уволен по инвалидности), был награжден орденом и тремя медалями. В 1951 году командующий округом наградил его именными часами.

Они жили в двухкомнатной квартире. Позже еще трое родственников приехало из блокадного Ленинграда. Было тесно, но этого не замечалось. Вязали варежки, шили простыни и табачные кисеты для армии. Анна Евдокимовна работала на квасном заводе. Квас готовили из хвои. Сначала его готовили для населения Архангельска, а затем и для раненых, которые поступали в госпитали, открытые в городе.

В годы войны Архангельск был одним из немногих морских портов куда приходили грузы по ленд-лизу (вооружение, продовольствие, иные стратегические товары)<sup>12</sup>. С 1942 года начались сильные бомбежки Архангельска. Немцы пытались разбомбить в порту те корабли, которые прорвались до Архангельска. Самые крупные налеты авиации были в августе 1942 года. Этот год был самым тяжелым для горожан. Десятки немецких самолетов регулярно шли на Архангельск, зенитная артиллерия встречала их плотным огнем. Александра Васильевна на всю жизнь запомнила, что небо было розовым от сплошных разрывов снарядов зениток<sup>13</sup>. Большинство зданий в Архангельске тогда были деревянными. Однако эти налеты, пожары, разрушения, жертвы, не вызвали паники и растерянности среди архангелогородцев. В порту, на предприятиях города продолжалась работа, продолжалась в том же ритме, но с еще большим упорством – во имя Победы над врагом<sup>14</sup>.

Летом 1942 года, после окончания 9 класса, 16-летняя Александра Коровина работала оператором по погрузке пиломатериалов на

<sup>12</sup> Без подобной помощи со стороны союзников Советский Союз мог и не выстоять в той войне – самой страшной за всю мировую историю. Караваны судов союзников по антигитлеровской коалиции формировались в портах Великобритании и шли в нашу страну. Поэтому одной из важных задач немецкого военно-морского флота и авиации было воспрепятствовать поставкам в страну танков, самолетов, пороха, тушенки и др.

<sup>13</sup> В одном из массивов налетов участвовало 42 бомбардировщика. Через заградительный огонь зенитной артиллерии к городу прорвалось 16-18 бомбардировщиков, сбросивших 25 фугасных и до 3000 зажигательных бомб. Было разрушено и сожжено 49 жилых домов, 31 складское помещение, канатная и трикотажная фабрики, корпус лесотехнического института. И такие воздушные налеты были регулярными.

<sup>14</sup> Английский корреспондент писал в газете «Британский союзник»: «Несмотря на то, что со всех концов тогда поступали плохие вести, мы за 2 месяца нашего пребывания в Архангельске не увидели ни растерянных лиц, ни признаков отчаяния. Вдоль всей набережной рабочие и работницы усердно укладывали лес в гигантские штабеля, а по реке бесконечной вереницей тянулись огромные плоты из сладко пахнущих сосен и берез. Больше всего меня поразило, что работа производилась круглые сутки, днем и ночью. Особенно глубоко впечатление на нас произвела самоотверженная работа женщин. Это были достойные представители своей страны».

лесобирже имени В.М. Молотова Соломбальского лесокомбината. Доски были «золотом» того времени, платой союзникам за поставки вооружения и продуктов питания. Лес грузили на суда союзников, которые доставляли в СССР товары стратегического назначения. Обрато они возвращались в Великобританию и США с лесом. Команды судов союзников были, в основном, укомплектованы афроамериканцами. Их немало погибло в северных конвоях, атакованных немецкими подлодками, авиацией.

В 1943 году Александра окончила школу и поступила на лечебный факультет Архангельского государственного медицинского института (далее – АГМИ)<sup>15</sup>. Каждое темное, холодное, северное утро Александра шла пешком несколько километров от своего дома на улице Кедрова до переправы через реку Кузнечиха (моста тогда еще не было). После переправы, зачастую пешком, шла еще несколько километров до медицинского института или клинических больниц. Тогда она не верила, что когда-то «будет досыта есть хлеба». Нынешним студентам трудно представить, что в аудиториях военной поры замерзали чернила от низких температур. На занятиях голодные студенты очень плохо переносили холод<sup>16</sup>. Но они верили в Победу в той войне, они верили в будущее своей страны, в свое будущее!

Помимо учебы, практики в лечебных учреждениях, Александра, вместе с другими студентами, направлялась на различные тяжелые работы (сельхозработы в июле-сентябре 1944 г., выкатка дров в октябре 1944 г., заготовка торфа в июле 1945 г. и многое другое). Мужчины были на фронте. Рабочих рук не хватало. Студенты, большинство из которых были девушки, таскали бревна, копали торф на болотах.

<sup>15</sup> Позже она не могла сама себе объяснить, как ее зачислили в институт без сдачи вступительных экзаменов. Александра Васильевна предполагала, что это было связано с тем, что в сложном, военном, 1943 году, ее приняли в институт как дочь военнослужащего, имевшую высокие положительные оценки в школьном аттестате по всем предметам вступительных экзаменов. О том, что она дочь репрессированного крестьянина, сбежавшего из лагеря, она и семья скрывали. Они скрывали и то, что ее мама, Анна Евдокимовна, была верующим человеком. Вероятно, воюющая страна нуждалась во врачах, детях военнослужащих. Поэтому ее приняли в институт без сдачи вступительных экзаменов.

<sup>16</sup> Позже студенты АГМИ тех лет часто вспоминают профессоров М.С. Туркельтауба, Г.М. Давыдова, Д.В. Никитина, М.Г. Зайкову. Их мудрые советы они помнят до сих пор. У студентки Александры Коровиной занятия по педиатрии вела Мария Владимировна Пиккель. Позже, спустя годы, они встретятся вновь – главный врач городской детской клинической больницы А.В. Спасеникова и профессор М.В. Пиккель.

Впоследствии Александра Васильевна была награждена медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» и другими наградами.

В 40-е годы срок обучения на лечебном факультете составлял 5 лет. В 1948, уже послевоенном, году Александра Коровина окончила институт. Хотя это были тяжелые годы, но об учебе в АГМИ у нее остались самые теплые воспоминания.

К моменту окончания Александрой лечебного факультета АГМИ, ее отец, Василий Архипович, прошедший в Красной армии путь от рядового до капитана, занимал должность начальника финансовой части Архангельского военного госпиталя<sup>17</sup>. На своем офицерском кителе он носил солдатскую медаль «За отвагу», офицерский орден «Красной звезды», другие ордена и медали. Он предложил дочери пойти работать в военный госпиталь, но Александра отказалась, чтобы работать самостоятельно.

Молодого врача направили в систему Северного водного отдела здравоохранения и назначили главным врачом Бакарицкого медсанучастка<sup>18</sup>. 5 августа 1948 года доктор А.В. Коровина приступила к работе. Не было диагностической аппаратуры и физиотерапевтической техники. Еще не использовались антибиотики. Применяли сульфаниламиды и стрептоцид. Вместе с тем, Александра Васильевна, выросшая в Соломбале, понимала особенности труда моряков, речников и портовиков. Это позволило сразу активно включиться в работу. Днем молодая врач вела прием больных, проводила профилактические осмотры, а ночью ее вызывали к роженице, больным с острой хирургической, урологической патологией, травмой. При невозможности оказать помощь на месте, при наличии показаний, Александра Васильевна должна была найти

<sup>17</sup> И вновь факт, который покажется современному человеку странным. Василий Архипович не имел высшего, тем более финансово-экономического, образования. Просто он был порядочным, честным, вдумчивым, рассудительным человеком, который ответственно относился к своей работе. Этого было достаточно, чтобы возглавлять финансовую часть военного лечебного учреждения. О том, что он репрессированный, бежавший из лагеря, никто, кроме семьи, не знал.

<sup>18</sup> Район Бакарица расположен выше по течению р. Северная Двина, нежели центральная часть Архангельска. Дюжина причалов порта принимали суда с осадкой свыше 7 метров и длиной до 150 метров. Площадь только открытых складов порта составляла около 70 тысяч квадратных метров. Морской торговый порт обслуживала железнодорожная станция. Это был очень большой и чрезвычайно ответственный участок лечебно-профилактической деятельности.

транспорт и везти больного в Исакогорскую линейную больницу. Она с улыбкой вспоминала, как однажды ей пришлось везти ночью больного с почечной коликой. Больной стонал от боли. Машину трясло на бездорожье. На очередном ухабе больного подбросило и ... камень прошел по мочеточнику. К моменту госпитализации больного уже ничего не беспокоило. А после бессонной ночи молодого врача ждали плановые пациенты. Но, помимо лечебной деятельности приходилось выполнять все повседневные обязанности главного врача.

В таких сложных условиях Александра Васильевна добилась заметного успеха в организации лечебно-диагностической деятельности. Поэтому, вскоре, в сентябре 1950 года, ее перевели на должность главного врача Исакогорской линейной больницы Севводздравотдела.

В том же 1950 году А.В. Спасенникова избирается депутатом Архангельского городского Совета депутатов. Около четверти века (1950-1973 гг.; десять созывов) Александра Васильевна будет из созыва в созыв избираться депутатом городского Совета. За всю историю этого органа власти единицы архангелогородцев будут иметь такой же депутатский стаж<sup>19</sup>.

Больница, которую возглавила Александра Васильевна, обслуживала погрузочно-разгрузочный район «Бакарица», Архангельский морской торговый порт, причал Турдеевской лесобиржи, предприятия Северного морского пароходства и др. Существенно увеличился объем работы, неизмеримо возросла ответственность. И вновь молодой главный врач добивается улучшения многих показателей работы больницы. При этом в ее работе и работе ее подчиненных отсутствуют врачебные ошибки. Результаты ее труда получают высокую оценку. В марте 1953 года по решению Исакогорского районного совета г. Архангельска А.В. Спасенникова назначена на должность заведующей районного отдела здравоохранения.

Исакогорский район г. Архангельска – важный промышленный, железнодорожный, морской транспортный узел. Здесь жили и работали семьи рабочих, имеющих специфические профессиональные этиопатогенные факторы, которые вызывали существенные особенности

<sup>19</sup> Спасенникова А.В. была членом КПСС с декабря 1952 г. по июль 1990 г.

общей и профессиональной патологии. Молодой врач принимает на себя ответственность за очень большой участок работы. Необходимо было координировать деятельность различных государственных и ведомственных медицинских служб (государственные учреждения, учреждения, находящиеся в подчинении морского торгового флота, железнодорожного транспорта). Сейчас сложно сказать, как она с этим всем справлялась. В основе достигнутых результатов, вероятно, прежде всего сказались личностные особенности Александры Васильевны. Она была очень волевым человеком, умеющим достигать поставленные перед собой цели, «прирожденным» организатором, способным организовать труд подчиненных, выбрать правильные цели и методы их достижения. Александра Васильевна умела построить правильные отношения с руководителями предприятий, организаций, партийными и советскими органами, что позволяло добиваться необходимого финансирования, снабжения лечебных учреждений. Она начинает строительство новых зданий больниц № 13 и № 14, расположенных на территории района и успешно завершает это строительство в 1957 году, что позволило существенно расширить коечный фонд лечебных учреждений.

Опыт работы по организации здравоохранения одного из важных районов г. Архангельска был признан успешным. 26 марта 1957 года Александра Васильевна Спасенникова была назначена на должность заведующей Архангельским городским отделом здравоохранения. Одновременно она возглавила комиссию по здравоохранению Архангельского городского Совета депутатов (в советский период разделения законодательной и исполнительной ветвей власти, по существу, не было).

Должность заведующей городским отделом здравоохранения<sup>20</sup> для многих предшественников Александры Васильевны на этом посту была вершиной карьеры врача-организатора

<sup>20</sup> Архангельск в те годы – крупнейший областной центр среди всех регионов Европейского Севера СССР, население которого составляло около полумиллиона человек. В городе были сосредоточены предприятия лесоперерабатывающей, целлюлозно-бумажной, рыбной промышленности, судоремонта. Это был один из крупных морских торговых портов через который экспортировался лес и продукты лесопереработки. В городе находился конечный пункт Северной железной дороги. Функционировали несколько городских больниц, поликлиник, подчиненных городскому отделу здравоохранения. Одновременно действовали несколько лечебно-профилактических учреждений, подчиненных областному отделу здравоохранения.

здравоохранения. Однако сама А.В. Спасенникова так никогда не считала. Для нее это было логичным продолжением работы, которой она занималась в качестве главного врача Бакарицкого медсанучастка, главного врача Исакогорской линейной больницы Севводздравотдела, заведующей Исакогорского районного отдела здравоохранения.

В 1957 году Александра Васильевна Коровина выходит замуж за актера и режиссера Архангельского Драматического театра Аристарха Васильевича Спасенникова, человека очень сложной судьбы, по которому «красное колесо» советской власти прокатилось со всей своей тяжестью<sup>21</sup>. После этого она становится Спасенниковой.

Александра Васильевна была человеком большой личной скромности. Вечером 22 января 1958 года она, как обычная архангелогородка, пришла в родильный дом им. К.Н. Самойловой, который подчинялся ей как заведующей городским отделом здравоохранения. Утром 23 января она родила сына Бориса. На утренней врачебной конференции главный врач родильного дома спросила дежурного врача акушер-гинеколога, почему она не поставила в известность своего руководителя, что в роддом пришла заведующая городским отделом здравоохранения. В ответ дежурный врач смущенно ответила, что Александра Васильевна пришла не как руководитель, а как обычная женщина. Поэтому к

<sup>21</sup> Спасенников Аристарх Васильевич 08.04.1914-10.04.1966. В 1937 году А.В. Спасенников, выпускник Свердловского театрального училища (ныне – Екатеринбургский государственный театральный институт) призван в Красную армию. Проходил службу в войсках Особого Краснознаменного Дальневосточного военного округа (далее – ОКДВО) в качестве политработника (культуротборника). 20 ноября 1937 года, в разгар Большого террора, Аристарх Васильевич был арестован. Следствие было недолгим. 25 января 1938 года был осужден Военным трибуналом ОКДВО по части первой статьи 58-10 УК РСФСР («контрреволюционная пропаганда и агитация») на 5 лет лишения свободы с поражением в правах на 3 года. Отбывал наказание на «Полосе смерти» – Магаданской области («Дальстрой» НКВД СССР). А.В. Спасенников входит в «Список выживших на Колыме». Освобожден 20 ноября 1942 года, по отбытии срока наказания. Будучи «врагом народа», не имел права покинуть Колыму. Работал в театральном коллективе клуба «Дальстрой» (сейчас – Магаданский Драматический театр). Коллектив состоял, в основном из блистательных актеров столичных театров, многие из которых были в статусе «з/к» (заклоченный), поэтому после репетиции, после спектакля, отправлялись в лагерный барак. Лишь после войны, в 1946 году, вернулся «на Большую Землю», играл в различных провинциальных театрах, так как бывшему политзеку было запрещено жить и работать в столичных городах [8, с. 40–45].

ней относились как обычной архангелогородке<sup>22</sup>.

После рождения сына, возвращения к управленческой работе, у Александры Васильевны постепенно крепнет желание вернуться в клинику. В сентябре 1961 года А.В. Спасенникова приступает к работе в качестве главного врача городской детской клинической больницы г. Архангельска<sup>23</sup>. Она занимала эту должность до 1972 года. По мнению Александры Васильевны, работа в детской клинике – самый сложный, интересный и важный этап в ее врачебной жизни.

Имея уже серьезный опыт в организации здравоохранения, Александра Васильевна понимала необходимость создания принципиально новой материальной базы, без которой совершенствования педиатрической службы достичь не представлялось возможным. В 1963 году было найдено новое помещение, а в январе 1964 года детская больница переезжает в двухэтажное здание на перекрестке Набережной Северной Двины (в то время – Набережная имени В.И. Ленина) и улицы Свободы. Кочный фонд клиники расширился до 100 коек [3, с. 78–91]. В больнице были созданы условия для матерей, ухаживающих за своими больными детьми, что предотвращало дополнительный психотравмирующий элемент госпитализации как для ребенка, так и для матери.

Дальнейшее становление педиатрической службы было вызвано значительной детской заболеваемостью, в том числе инфекционной, и высокой детской смертностью. Так, заболеваемость коклюшем составляла 126 случаев на 10000 детей, дифтерией – 38 на 10000 детей. Регистрировались случаи туберкулезного менингита и локальные формы туберкулеза. Анализируя те показатели смертности и заболеваемости, сегодня хочется вспомнить правило европейской педиатрии: «ребенок с момента рождения до 14 лет не должен умирать от приобретенных заболеваний».

**Расширение коечного фонда позволило со-**

<sup>22</sup> Спасенникова А.В. была одновременно и членом президиума обкома профсоюза медицинских работников.

<sup>23</sup> Городская детская клиническая больница размещалась в двухэтажном деревянном здании, расположенном на углу ул. Карла Маркса и проспекта Павлина Виноградова (ныне – Троицкий проспект), не приспособленном для лечебно-диагностической деятельности, тем более – педиатрической службы. В здании не было горячего водоснабжения, центрального отопления. После минимального косметического ремонта на первом этаже здания разместились палаты для детей старшего возраста, клиническая лаборатория, лекционная студенческая аудитория (для студентов 4-5-го курсов лечебного факультета АГМИ, изучавших курс педиатрии).

здать два специализированных отделения: отделение детей младшего возраста на 50 коек (заведующая отделением – врач Тамара Константиновна Львова) и отделение детей старшего возраста на 50 коек (заведующая отделением – врач Маргарита Михайловна Серова).

Наиболее распространенными в те годы были заболевания желудочно-кишечного тракта различной природы, менингиты (менингококковой и туберкулезной природы), пневмонии и другие воспалительные процессы. Однако уже в терапии стали шире применяться антибиотики. Сохранялась высокая заболеваемость инфекциями, передаваемыми воздушно-капельным путем (дифтерия, коклюш и др.). Решающую роль в борьбе с воздушно-капельными детскими инфекциями сыграла разработка эффективных методов иммунопрофилактики. Создание ассоциированных вакцин, улучшение системы учета прививаемых детей, полный охват прививками контингентов, подлежащих иммунизации, ведение учетной формы № 63 и другие мероприятия позволили ликвидировать в Архангельске с 1961 года дифтерию и добиться резкого снижения заболеваемости коклюшем.

В детской клинической больнице трудился весьма опытный и трудолюбивый коллектив врачей, медицинских сестер и санитарок. За все годы работы А.В. Спасенниковой в качестве главного врача в больнице не было случаев внутрибольничной инфекции у детей, хотя в стационаре не было ни боксов, ни изолятора. Отсутствовало даже горячее водоснабжение.

Развертывание на базе городской детской больницы кафедры детских болезней АГМИ утвердило статус клинической больницы. В 1946-1965 гг. кафедру возглавлял кандидат медицинских наук, доцент Андрей Григорьевич Суворов. Ведущим научным направлением кафедры было изучение заболеваемости детей в условиях Крайнего Севера. Клинический статус больницы определил решение главного врача А.В. Спасенниковой о предоставлении необходимого количества аудиторий для проведения учебного процесса, активного участия ученых-педиатров в лечебно-диагностическом процессе.

М.В. Пиккель возглавила кафедру педиатрии в 1966 году, уже будучи доктором медицинских наук. Мария Владимировна – первая женщина доктор наук, профессор из врачей-выпускников

АГМИ [4; 5; 6]. Доцентом кафедры в тот период была и Таисья Петровна Левитина. Таисья Петровна постоянно консультировала диагностически сложных юных пациентов, проводила доцентские обходы отделений. Для всех врачей клиники она была добрым учителем и внимательным коллегой, в любое время суток готовой дать совет врачу, чтобы помочь тяжело больному ребенку<sup>24</sup>.

Вместе с тем постоянно ощущался недостаток кадров, особенно младших медицинских работников. Дабы компенсировать этот дефицит, приглашались на работу на должности младшего медицинского персонала студенты первого курса медицинского института. Ныне – это уже врачи. Так, среди них – Галина Калиногорская, опытный врач-терапевт высшей квалификационной категории, Заслуженный врач Российской Федерации.

На базе больницы и кафедры педиатрии проходили специализацию по педиатрии врачи из лечебно-профилактических учреждений города Архангельска и области. Только за 5 лет (1967–1971) прошли первичную специализацию по педиатрии 65 врачей, в том числе – 33 врача из различных районов Архангельской области. Многие из них впоследствии стали известными педиатрами и организаторами здравоохранения. В их числе – Лариса Аркадьевна Носкова, заместитель главного врача по лечебной работе областной детской больницы, врач высшей квалификационной категории, Заслуженный врач РСФСР. Прошла специализацию по педиатрии Лилия Иосифовна Крюкова, в 1972 году возглавившая педиатрическую бригаду врачей скорой и неотложной медицинской помощи. Позже, с 1991 года она работала главным врачом городской станции скорой медицинской помощи.

Постепенно в больнице появлялись новые педиатрические подразделения. С 1964 года начал работать специализированный детский зубобра-

чебный кабинет, положивший начало детской стоматологии в Архангельской области.

Сложность лечебного процесса, особенно у детей с тяжелой, хронической патологией, не должна была приводить к «госпитализму», отставанию детей от здоровых сверстников, продолжавших учиться в школе. Поэтому с 1965 года в клинике начал работать педагог-воспитатель, который был призван повысить социальную адаптацию больного ребенка, бороться с медико-педагогической «запущенностью» детей из отдаленных районов Архангельской области. При отсутствии медицинских противопоказаний дети 7–11 лет продолжали в больнице изучение школьной программы начальной школы.

В 60–70 годы для стационарного лечения в городскую детскую клиническую больницу направлялись больные дети не только из Архангельска, но и из разных районов области, то есть больница выполняла функцию объединенной городской и областной больниц. Патология несколько различалась в зависимости от возраста детей. В отделении детей младшего возраста преобладали недоношенные новорожденные, дети с бронхопневмониями; постепенно увеличивалось количество больных с аллергическими заболеваниями. Одновременно происходило постепенное уменьшение количества детей с гипотрофиями и рахитом. В отделении детей старшего возраста госпитализировалось много детей с заболеваниями органов дыхания, патологией сердца, крови, желчевыводящих путей, мочеполовой системы. Патология эндокринной системы (сахарный диабет) была единичной. Эти заболевания определяли комплексность терапии, включавшей, помимо собственно медикаментозной терапии, переливания крови и плазмы, лечебное питание, массаж, ЛФК и др.

Главный врач постоянно анализировала качественные показатели работы стационара. Особое внимание уделялось таким показателям, как летальность детей в возрасте до года, летальность детей по отдельным нозологическим формам; среднее пребывание больного на койке по каждой нозологической форме, «работа» койки в году и др. Можно привести следующие цифры: больные, страдавшие бронхопневмониями, составляли 40%, ревматизмом – 14%, болезнями печени – 3%, болезнями почек – 5,8%. В 1965 году в клинике койка «работала» 343 дня. Вставала задача разви-

<sup>24</sup> Любящие свое дело врачи различных специальностей, медицинские сестры и санитарки были «золотым фондом» детской клинической больницы. Среди них – врач-педиатр Галина Михайловна Кудрявцева, врач-лаборант Татьяна Ильинична Федорова, врач-рентгенолог Тамара Михайловна Некрасова; опытная старшая медицинская сестра Александра Павловна Попова, медицинские сестры Таисья Петровна Строганова, Галина Павловна Воронина, Анна Павловна Зобнина, Любовь Павловна Коковкина, Александра Ивановна Карпова, Татьяна Дмитриевна Бугрова и другие. Эти люди – «золотой фонд» детской клинической больницы. Позже они продолжили свой труд в Архангельской областной детской клинической больнице. Некоторые из них проработали, охраняя здоровье маленьких северян, около 40 лет. В трудовых книжках у многих из них две записи: 1. Принята на должность медицинской сестры в детскую больницу. 2. Уволена в связи с выходом на пенсию.

тия специализированной медицинской помощи. Но ее решение упиралось как в отсутствие кадров необходимой специализации, так и в отсутствие дополнительных площадей для развертывания профильных отделений (неврологического, отоларингологического и др.).

Повышение качества работы педиатрической службы подразумевало особое внимание к первичному звену – службе участковых педиатров. В 60-е годы начался процесс «разукрупнения» врачебных педиатрических участков. Было возвращено 16 педиатрических участков; отдельно проводилось медицинское обеспечение детей, посещавших детские сады, и школьников. Количество детей от 1 года до 14 лет на одном участке составляло около 900. 100% детей осматривалось педиатром на дому в первые три дня после выписки из родильного дома, 95% детей первого года жизни находилось под постоянным врачебным наблюдением. Поликлиническую службу городской детской клинической больницы возглавляла опытный врач-педиатр и организатор здравоохранения Глафира Васильевна Ванина.

С 1962 года на первом этаже здания центральной подстанции скорой медицинской помощи (ул. Шубина, 9) открылась детская поликлиника. В этой поликлинике начали оказывать специализированную педиатрическую помощь детям, что отвечало насущным потребностям того времени<sup>25</sup>.

В детских консультациях при поддержке врачей-клиницистов стали организовываться кабинеты «здорового ребенка». В них дети в течение первого года жизни ежемесячно наблюдались врачом-педиатром и квалифицированной медицинской сестрой. Подобному наблюдению «подвергались» 99,9% детей первого года жизни. Особое внимание уделялось детям первого месяца жизни. Изучался и внедрялся передовой опыт подобной профилактики в российских «педиатрических столицах». Так, в соответствии с опытом работы детской поликлиники № 19 города Ленинграда (ныне – Санкт-Петербург), с 1964 года врачи-педиатры совместно с патронажной медицинской

сестрой начали посещать каждого новорожденного ребенка на дому в первые 2–3 дня после выписки его из родильного дома. Затем, в течение первого месяца жизни, он наблюдался на дому врачом-педиатром еще не менее двух раз. В конце первого месяца жизни мать с ребенком приходила на первый профилактический прием в поликлинику для контрольного кормления и антропометрического обследования ребенка.

Большое значение придавалось и повышению физического развития детей, что должно было способствовать снижению заболеваемости. Развитие подобного профилактического направления включало и патронаж педиатрами беременных женщин, так называемую антенатальную профилактику. Так, в 1965 году подобным патронажем было охвачено 82,8% беременных<sup>26</sup>.

Одним из направлений по снижению детской заболеваемости и смертности было выбрано правильное вскармливание детей первого года жизни. В 1965 году при поликлиническом отделении начинала работать врачебно-контрольная комиссия по правильному вскармливанию ребенка. Она пристально разбирала все случаи раннего перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание. Это привело к тому, что показатель здоровья детей в 1965 году составил 21,4.

В больнице совместно с кафедрой педиатрии уделялось особое внимание подготовке будущих педиатров через интернатуру и клиническую ординатуру<sup>27</sup>.

Главный врач считала необходимым чаще направлять врачей на повышение квалификации в Москву и Ленинград. Но значимым было и приглашение ученых-педиатров для проведения курсов повышения квалификации на рабочем месте. Так, в июне 1972 года на базе больницы прошли «выездные» курсы усовершенствования детских врачей. Целый месяц сотрудники кафедры педиатрии Ленинградского института усовершенствования врачей читали лекции и вели практические

<sup>25</sup> Среди врачей поликлиники нужно упомянуть врача-офтальмолога Зою Ивановну Салтыкову, отоларинголога Амалию Петровну Свилас, хирурга Ольгу Андреевну Бачуринскую, невропатолога Валентину Федоровну Чудинову, ревматолога Надежду Ивановну Стукову. К сожалению, в поликлинике отсутствовали рентгенологический кабинет, клиническая лаборатория. Современным врачам-педиатрам это покажется более чем странным. Но врачам-педиатрам 60-х годов приходилось зачастую опираться только на свои знания и клинический опыт. В феврале 1965 года был открыт филиал детской поликлиники на улице Энгельса (ныне – ул. Воскресенская), 85.

<sup>26</sup> Педиатры, которые отдали не один десяток лет благородному делу охраны здоровья юных северян, пользовались большим уважением. Среди них – Елена Григорьевна Фролова, Фаина Павловна Роголева, Ада Львовна Лебедева и другие. Например, Валентина Александровна Попова проработала педиатром в детской поликлинике 49 лет. При производственной необходимости дополнительно следила за состоянием здоровья школьников общеобразовательных школ г. Архангельска № 3, 4, 10.

<sup>27</sup> Среди бывших клинических ординаторов, прошедших обучение в клинике, нужно упомянуть Алевтину Яковлевну Трубину, Викторину Афанасьевну Терновскую, Ларису Владимировну Бердникову (Титову). Все они стали высококвалифицированными врачами-педиатрами.

занятия с педиатрами в отделениях больницы. В Архангельск кафедра приехала в полном составе во главе с крупным специалистом в области легочных заболеваний у детей, доктором медицинских наук, профессором Н.А. Шалковым. Детские врачи из Архангельска, Северодвинска, Новодвинска, Нарьян-Мара, районов области получили большую теоретическую и практическую подготовку по физиологии и патологии у детей раннего возраста. Помимо сорока официальных слушателей, на лекциях присутствовали и иные врачи-педиатры.

Вместе с тем и архангельские врачи выезжали в Москву, Ленинград для обучения на курсах повышения квалификации, участия в различных конференциях, съездах, иных форумах педиатров. А.В. Спасенникова принимала участие в работе VIII (Киев, 1962 г.) и IX (Тбилиси, 1967 г.) Всесоюзных съездов детских врачей, III Всероссийского съезда врачей и др.

Будучи главным врачом клинической базы АГМИ, Александра Васильевна была членом Ученого совета института, одновременно преподавала на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения. Будучи опытным организатором здравоохранения, она пыталась передать студентам не только свои знания и опыт, но и формировала их медико-правовую культуру. В этот период в медицинских вузах не преподавали право (правоведение), поэтому правовые знания студенты приобретали через изучение различных нормативных документов по организации здравоохранения. Александра Васильевна обучала особенностям норм трудового права, имеющим отношение к медицинским работникам, правилам составления локальных актов в лечебном учреждении, а также рассматривала другие вопросы социальной гигиены и организации здравоохранения. Работая на кафедре, Александра Васильевна познакомилась с аспиранткой кафедры, Еликанидой Волосевич. Энергичная, деловая аспирантка произвела положительное впечатление на Александру Васильевну и она, как руководитель горздравотдела, своим приказом назначила Еликаниду Волосевич главным врачом Первой городской клинической больницы. Александра Васильевна хорошо разбиралась в людях и не ошиблась в этом назначении, как показало последующее время.

В те годы в городе и области крайне не хватало врачей, особенно участковых педиатров. В

нашу область направлялись для работы выпускники Ленинградского педиатрического института, педиатрического факультета Ивановского медицинского института, но они долго не задерживались в области. Отрабатыв обязательные для того времени 3 года, они уезжали в родные края. Нехватка квалифицированных педиатрических кадров была обусловлена и тем обстоятельством, что в АГМИ отсутствовал педиатрический факультет. Главный врач детской городской клинической больницы вместе с ректором АГМИ, Николаем Прокопьевичем Бычихиным, также депутатом городского совета, инициировали создание педиатрического факультета в АГМИ [7].

В 1969 году Александре Васильевне присвоено звание «Отличник здравоохранения»<sup>28</sup>.

Главному врачу все более очевидной становилась необходимость коренного укрепления материально-технической базы городской детской клинической больницы. Это диктовалось необходимостью увеличить коечный фонд специализированных отделений (неврологического, отоларингологического, хирургического, травматологического и других). Дальнейшее развитие квалифицированной и специализированной педиатрической помощи было невозможно на существующей материально-технической базе. А.В. Спасенникова стала инициатором строительства новой городской многопрофильной детской клинической больницы.

В советское время, как и в нынешних рыночных условиях, подобное строительство упиралось в ограниченность бюджета города, средств, выделяемых на капитальное строительство новых объектов. Поэтому необходимость строительства городской детской больницы главному врачу, которая была четверть века депутатом городского совета, приходилось доказывать и на сессиях городского Совета депутатов, и в областном отделе здравоохранения, и на партийных конференциях, и иных заседаниях. Много было сказано слов и «сломано копьев», пока решение о строительстве городской, подчеркнем, – городской, детской клинической больницы не было принято. Главный архитектор города Архангельска Вадим Михай-

<sup>28</sup> Позже, она первая среди организаторов здравоохранения Архангельской области получает высшую квалификационную категорию врача-организатора здравоохранения. А в 1977 году она будет награждена званием «Отличник курортов профсоюзов». Помимо этих медицинских регалий, награждена несколькими государственными наградами: «За трудовую доблесть», «Ветеран труда» и другими.

лович Кибирев выделил земельный участок для строительства больницы на перекрестке улиц Обводный канал и Урицкого<sup>29</sup>.

В те годы в нашей стране, как это ни странно, не было типовых проектов детских больниц. В проектных институтах Министерства здравоохранения РСФСР имелись лишь типовые «взрослые» больницы. А.В. Спасенниковой совместно с заместителем заведующего областным отделом здравоохранения К.Н. Грошевой были отобраны для строительства городской детской клинической больницы проекты трех типовых корпусов на 280 мест – терапевтического, хирургического и инфекционного. Несмотря на просьбу А.В. Спасенниковой, проектировщики и строители не соединили их переходами.

В 1963-1965 гг. Московский проектный институт Министерства здравоохранения РСФСР подготовил проектно-сметную документацию. Заказчиком строительства выступил отдел капитального строительства Архангельского горисполкома (главный инженер Валентина Ивановна Ростовская). А.В. Спасенникова, будучи депутатом городского совета, пыталась использовать все возможности для ускорения темпов строительства городской детской больницы. Несмотря на все усилия, строительство больницы велось медленно. За помощью в строительстве в те годы приходилось обращаться в Министерство здравоохранения РСФСР и партийные органы, прежде всего – ЦК КПСС. Необходимо подчеркнуть, что строилась городская детская больница, которая была необходима 400-тысячному городу. К сожалению, областной отдел здравоохранения, его руководители совершенно не помогали в решении вопросов проектирования и строительства крупнейшей детской больницы на Северо-Западе СССР. По воспоминаниям А.В. Спасенниковой, ни один из руководителей областного отдела здравоохранения, в том числе П.Г. Выжлецов, чье имя сейчас носит больница, ни разу не побывали в детской больнице в период строительства.

Несмотря на все трудности плановой экономики, А.В. Спасенниковой удавалось шаг за шагом приближаться к открытию городской детской больницы. Было приобретено необходимое оборудование: лечебно-диагностический инвентарь, детские кровати и пр. Так, заявку на хирургический инвентарь помогали составлять детский

<sup>29</sup> Со слов архитектора В.М. Кибирева, когда-то в прошлом на этом месте стояла церковь.

хирург Калиста Федоровна Шелепина и заведующий детским хирургическим отделением городской клинической больницы № 1 Валерий Александрович Кудрявцев.

Лишь когда корпуса городской детской больницы уже выросли, а в палатах были установлены койки для маленьких пациентов, областной отдел здравоохранения неожиданно переоформил проектно-сметную документацию городского лечебно-профилактического учреждения в областное, то есть «по мановению пера» городская медицинская новостройка превратилась в областную детскую больницу. Данное решение А.В. Спасенниковой показалось заведомо ошибочным. В Архангельске с его 400-тысячным населением строилась городская детская больница. Строительство областной детской больницы должно было изначально предполагать иную, более мощную материально-техническую базу. В итоге долгожданную городскую больницу город не получил, а область получила объект, заведомо малый для решения задач областной педиатрии. Полагаем, что последующие пристройки, достройка хирургического корпуса, не решили задач создания достойной материально-технической базы областной детской клинической больницы. Областные лечебно-профилактические учреждения должны изначально строиться как крупные объекты субъекта Федерации с принципиально иным финансированием, нежели из муниципального бюджета города.

Помимо развития городского детского стационара, было необходимо и расширение поликлинической педиатрической службы. Поэтому главным врачом был поставлен вопрос и о строительстве детской поликлиники. Это решение состоялось. Новая детская поликлиника была построена и начала прием маленьких пациентов с 1 января 1973 года.

Отвечают ли эти стройки конца 60-начала 70-х годов прошлого века требованиям XXI века? Полагаем, что нет. Необходимым представляется принятие решения о строительстве современной Архангельской областной детской больницы, а построенная, благодаря усилиям А.В. Спасенниковой, клиника, должна быть возвращена Архангельску как городская детская больница, что послужит важным шагом в дальнейшем развитии педиатрической помощи в городе Архангельске.

Александра Васильевна принимает сложное

для себя решение. В областном отделе здравоохранения она официально отказывается возглавить областную детскую больницу, построенную, выстраданную ею, переходит на другую работу<sup>30</sup>. В декабре 1972 года она назначена на должность Председателя Архангельского территориального совета по управлению курортами профсоюзов, которую занимала до конца 1978 года. Переход на новую работу означает переход от проблем на уровне города Архангельска к решению проблем трех регионов Северо-Запада страны: Архангельской и Вологодской областей, Республики Коми<sup>31</sup>. В представлении многих ученых, занимающихся вопросами курортологии, организации санаторно-курортного дела, граждане СССР отдыхали преимущественно на черноморском или, реже, балтийском побережье. В реальности это было не так. Многие люди плохо переносят высокие температуры, избыточную инсоляцию. Они предпочитают отдыхать и лечиться в северных регионах. Так, большое количество москвичей отдыхали на Белом море, на сказочном Кий-острове. Этот небольшой остров имеет интересную историю<sup>32</sup>,

<sup>30</sup> На должность главного врача Архангельской областной детской клинической больницы был назначен В.А. Кудрявцев, который планировался Александрой Васильевной на должность заведующего хирургическим отделением. Она часто вспоминала, как передавала дела новому главному врачу. Валерий Александрович растерянно ходил по незнакомым ему новеньким корпусам больницы, где уже стояли приготовленные для маленьких пациентов койки. Новый главный врач не знал большинства врачей-педиатров, которыми он должен руководить. Он не был еще готов занять эту должность в то время. Впрочем, нужно отметить, что В.А. Кудрявцев, некоторое время занимавший должность главного врача, сумел, с помощью главного врача ГКБ № 1 г. Архангельска Е.Е. Волосевич, имевшей большой опыт в строительстве, за этот период построил новый хирургический корпус больницы, который существенно дополнил коечный фонд клиники, предоставил возможность ее развития.

<sup>31</sup> Одновременно, с 1972 по 1978 год – член Центрального совета по управлению курортами профсоюзов ВЦСПС.

<sup>32</sup> В 1639 году иеромонах Никон (будущий патриарх) при побеге из Соловецкого монастыря терпит бедствие у скал на подходе к устью Онеги, но спасается в бухте Кий-острова. В память о своём спасении Никон устанавливает на острове поклонный крест. Через 13 лет, в 1652 году Никон (в то время уже митрополит Новгородский) был послан в Соловецкий монастырь для перенесения мощей святителя Филиппа в Москву. На обратном пути он снова посетил Кий-остров и в память этого события поставил часовню на другом, ближе к матерку конце острова, с крестом внутри неё. В 1656 году, уже будучи патриархом, добивается у царя разрешения на основание на Кий-острове монастыря во имя Воздвижения Креста Господня. В 1660 году Никон собственноручно освящает центральный Крестовоздвиженский собор Онежского Крестного монастыря на Кий-острове. В 1760 году английский купец Гом выстроил на острове лесную биржу. Здесь стали перегружать архангельский лес с малых речных судов на большие морские. К XIX веку монастырь запустел. Этому способствовало нападение английских войск во время Крымской войны. 9 (21) июля 1854 года англичане высадились на остров и разорили монастырь. Монастырь сильно пострадал и во время пожара следующим летом. Тогда монастырь запросил помощи

которая привлекала в расположенный здесь Дом отдыха. Александра Васильевна начинает разрабатывать программу развития этого Дома отдыха, уделяя особое внимание привлечению отдыхающих из Москвы. Одновременно ею начинается работа по развитию санатория «Солониха», который находится на юге Архангельской области. Санаторий расположен в экологически чистом районе Русского Севера, на месторождении минеральных вод, обладающих уникальными свойствами, зимой никогда не замерзает, а летом остаётся холодной. Помимо оздоровления минеральной водой, новый руководитель занимается развитием применения лечебных грязей. Санаторий начинает привлекать все больше больных с патологией опорно-двигательной, гинекологической и урологической систем.

Помимо санатория Солониха, Александра Васильевна занимается развитием санатория «Сольвычегодск», который она называла «Северной Маестой» за единственный на Северо-Западе и в центре России, источник минеральной воды с повышенным содержанием сероводорода, обладающей свойствами исцеления многих недугов. Бальнеогрязевое лечение на курорте осуществляется на базе высокоминерализованных вод из скважин и лечебных грязей из озер Соляное и Беседкино.

В Вологодской области развивался курорт «Тотьма» за счет успешного применения природных хлоридно-натриевых источников (скважины Богословская и Евгеньевская), по своим параметрам и свойствам не только не уступавшие, но и по ряду показателей превосходившие знаменитые кавказские минеральные воды.

Александра Васильевна, получившая большой опыт при строительстве детской больницы, реализовала его и на новом месте работы. Она начинает строительство пансионата «Беломорье» недалеко от Архангельска, который стал местом отдыха для нескольких поколений архангелогородцев.

Александра Васильевна занималась не только строительством, ремонтом, но и тем, что сегодня бы назвали рекламой, «продвижением», «раскруткой» северных курортов. Для этого она часто выступала на совещаниях в Центральном, Всесоюзном совете по управлению курортами про-

у Синода и в 1870 году получил 9000 рублей на восстановление. Можно сказать, что в эти годы монастырь родился заново, хотя большинство каменных построек все же пережили годы невзгод. Они стоят до сих пор, привлекая отдыхающих своей историей.

фсоюзов; налаживала отношения с различными профсоюзными организациями, которые имели возможности направлять своих сотрудников на санаторно-курортное лечение. В составе делегаций Центрального совета она посещала многие европейские курорты Германии, Болгарии, Румынии, Югославии, Венгрии. При этом она понимала, что Русский Север может быть притягательным для отдыхающих, для пациентов, нуждающихся в уникальном лечении минеральными водами и лечебными грязями, которых нет ни в Европе, ни в южных регионах СССР.

За свою эффективную работу она получает знак «Отличник курортов профсоюзов». Вместе с тем, с возрастом, уже не хватало сил и возможностей постоянно ездить из Республики Коми в Вологодскую область, из Архангельска в Москву и за границу. Она по-прежнему востребована в качестве опытного врача-организатора здравоохранения, поэтому возвращается к работе главного врача. В ноябре 1978 года Александра Васильевна приступает к работе в качестве начальника медико-санитарной части Архангельского объединенного авиаотряда<sup>33</sup>.

Помимо обычной работы организатора здравоохранения она занимается новой для себя формой экспертизы – врачебно-летной экспертизой, что требовало оценки годности летчиков к своей профессии. Ошибка в такой экспертной оценке могла привести к гибели уже десятков людей – пассажиров воздушных судов. Одновременно она развивает новое для себя направление, которое сегодня называют «медицина катастроф», отработывая со своими подчиненными различные экстремальные ситуации мирного времени от аварийной посадки воздушного судна до медицинского обеспечения ситуации с захватом воздушного судна террористами. В каждой такой ситуации нужно было достичь слаженного действия медицинской

<sup>33</sup> Архангельск был связан воздушными трассами со столицами девяти союзных и восьми автономных республик, с 60 городами СССР, а также населенными пунктами Архангельской области. Общая протяженность трасс, например, в 1978 году превышала 70 тысяч километров. В том же году летчиками авиаотряда было переведено свыше полутора миллионов пассажиров. Полторы тысячи вылетов было совершено по Архангельской области для оказания медицинской помощи. Александра Васильевна отслеживала каждый такой полет медицинской авиации. Объединенный авиаотряд включал в себя 1-ый авиаотряд, который базировался в аэропорту «Талаги» и 2-ой авиаотряд, который базировался в аэропорту «Васьково». Первый авиаотряд обслуживал дальние перелеты на большегрузных самолетах (Ту-134, Ту-154 и др.). Второй авиаотряд – был основой «малой авиации» Севера. Объединенный авиаотряд эксплуатировал почти все образцы гражданской советской авиационной и вертолетной техники того времени.

службы с другими наземными службами, службами спасения, правоохранительными органами, в целях спасения пассажиров и экипажа.

В 1984 году Александра Васильевна понимает, что «возраст берет свое», она покидает руководящую должность в медсанчасти авиаотряда. Но, ее опыт главного врача, организатора здравоохранения остается весьма востребованным. Она переходит на должность врача методического кабинета Архангельского областного клинического онкологического диспансера. При этом ее должностные обязанности можно определить как советник главного врача диспансера. Будучи известным и авторитетным человеком в городе, депутатом с большим опытом, она занимается многими вопросами, вплоть до избирательной компании главного врача онкологического диспансера по выборам в Законодательное Собрание Архангельской области. Главный врач онкодиспансера Т.С. Подъякова приезжая на очередную встречу с избирателями, на любое предприятие, учреждение, не устает удивляться тому, что у Александры Васильевны везде добрые знакомые, бывшие коллеги, пациенты. Так жизнь, отданная медицине, служению людям, своему городу, своему краю, предопределила большой круг знакомых людей. С кем-то ей, врачу с полувековым стажем (из которых – 35 лет главный врач), приходилось работать, кого-то – лечить, кого-то – учить, кому-то просто в чем-то помогать.

Позже, в 1997 году, Александра Васильевна, закончив трудовую деятельность, начинает заниматься общественной деятельностью, возглавляет Совет ветеранов здравоохранения при Архангельском городском отделе здравоохранения. При этом она поражала окружающих своей работоспособностью, памятью, глубоким знанием истории и современности органов и учреждений здравоохранения своего города. И вновь руководство горздравотдела поражалось, как она, в таком возрасте, помнила не только десятки имен ветеранов здравоохранения, их трудовой путь, но и номера их домашних телефонов.

16 мая 2012 года сердце Александры Васильевны Спасенниковой остановилось. Но, построенные ею корпуса Архангельской областной детской клинической больницы продолжают принимать маленьких пациентов. Построенный ею пансионат «Беломорье» продолжает принимать для лечения и отдыха жителей Архангельской области.

Когда уходит из жизни врач-организатор здравоохранения, жизнь созданных, построенных, организованных им медицинских учреждений продолжается ...

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щуров Г.С. Очерки истории культуры Русского Севера / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2007. 2-ое издание. – 480 с.
2. Щуров Г.С. История Отечества (1861-2005 гг.): учебное пособие для вузов / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2006. – 519 с.
3. Спасенников Б.А. История педиатрической службы в г. Архангельске (1928-1973 гг.) / Б.А. Спасенников // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 6. – С. 78–91.
4. Щуров Г.С. Профессора Северного государственного медицинского университета в 2000 году / Г.С. Щуров. – Архангельск: СГМУ, 2001. – 600 с.
5. Щуров Г.С. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1932–1987). Том 1 / Г.С. Щуров, П.И. Сидоров. – Архангельск: СГМУ, 2002. – 520 с.
6. Сидоров П.И. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1988-2002). Том 2 / П.И. Сидоров, Г.С. Щуров. – Архангельск: СГМУ, 2002. – 496 с.
7. Щуров Г.С. Николай Прокопьевич Бычихин. Отечества достойный сын / Г.С. Щуров. – Архангельск: «Правда Севера», 1998. – 385 с.
8. Спасенников Б.А. История театра: актер и режиссер Аристарх Спасенников / Б.А. Спасенников // На пути к гражданскому обществу. – 2019. – № 1 (33). – С. 40–45.

### REFERENCES

1. Shchurov G.S. *Ocherki istorii kul'tury Russkogo Severa* [Essays on the History of Culture of the Russian North. 2nd edition]. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2007. 480 p. (in Russian).
2. Shchurov G.S. *Istoriya Otechestva (1861-2005 gg.): uchebnoe posobie dlya vuzov* [History of the Fatherland (1861-2005): A Textbook for Universities]. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2006. 519 p. (in Russian).
3. Spasennikov B.A. History of Pediatric Service in Arkhangelsk (1928-1973). *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2016, no. 6, pp. 78–91 (in Russian).
4. Shchurov G.S. *Professora Severnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta v 2000 godu* [Professors of the Northern State Medical University in 2000]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2001. 600 p. (in Russian).
5. Shchurov G.S., Sidorov P.I. *Medicinskij obrazovatel'nyj i nauchnyj centr Evropejskogo Severa Rossii (1932-1987). Tom 1* [Medical Educational and Scientific Center of the European North of Russia (1932–1987). Volume 1]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 520 p. (in Russian).
6. Sidorov P.I., Shchurov G.S. *Medicinskij obrazovatel'nyj i nauchnyj centr Evropejskogo Severa Rossii (1932-1987). Tom 2* [Medical educational and scientific center of the European North of Russia (1988-2002). Volume 2]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 496 p. (in Russian).
7. Shchurov G.S. *Nikolaj Prokop'evich Bychihin. Otechestva dostojnyj syn* [Nikolai P. Bychikhin. Worthy Son of the Fatherland]. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 1998. 385 p. (in Russian).
8. Spasennikov B.A. Theater history: actor and stage director Aristarkh Spasennikov. *Na puti k grazhdanskomu obshchestvu* [On the way to Civil Society], 2019, no. 1 (33), pp. 40–45 (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Спасенников Борис Аристархович – советник директора Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457

### AUTHOR

Boris Spasennikov – Director's advisor, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457

УДК 61(091)  
DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.010

## ГИГИЕНИСТ, ФИЗИОЛОГ, ЭКОЛОГ, ПРОФЕССОР ЮРИЙ РУДОЛЬФОВИЧ ТЕДДЕР

Андреева А.В.<sup>1</sup>, Осипова А.В.<sup>1</sup>, Самбуров Г.О.<sup>1</sup>, Спасенникова М.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

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

### Ключевые слова:

история медицины, гигиена, физиология, экология, Русский Север.

### Аннотация

В 2020 году исполнилось бы 85 лет со дня рождения профессора Юрия Рудольфовича Теддера – известного отечественного гигиениста, физиолога, эколога, организатора высшего медицинского образования, доктора медицинских наук, профессора, основоположника нового направления в изучении микроэлементозов на Севере России. Биография ученого представляет интерес для исследователей, поскольку его научная деятельность способствовала изучению и практическому применению экологических аспектов жизни на Русском Севере. Вопросы, впервые поднятые ученым, имеют сегодня фундаментальное значение в изучении краевой патологии и других вопросов на всех кафедрах самого северного в мире медицинского университета.

## HYGIENIST, PHYSIOLOGIST, ECOLOGIST, PROFESSOR YURI TEDDER

Andreeva A.V.<sup>1</sup>, Osipova A.V.<sup>1</sup>, Samburov G.O.<sup>1</sup>, Spasennikova M.G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

<sup>2</sup>N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

history of medicine, hygiene, physiology, ecology, Russian North.

### Abstract

In 2020 it celebrated the 85th anniversary of the birth of Professor Yuri Rudolfovich Tedder – a famous Russian Hygienist, Physiologist, Ecologist, Organizer of Medical Education, Doctor habil. in Medicine, Professor. Professor Yu.R. Tedder is the founder of a new direction in the study of microelementosis in the North of Russia. The biography of the scientist interests researchers, since his scientific activity has contributed to the study and practical application of the ecological aspects of life in the North. The questions, first raised by the scientist, are of fundamental importance today in the study of regional pathology and other issues in all departments of the world's northernmost medical university.

В отделе истории медицины и архиве Северного государственного медицинского университета (далее – СГМУ; ранее – Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ), Архангельская государственная медицинская академия (АГМА)) сохранились уникальные документы, свидетельствующие о работе выдающихся ученых, которые внесли значимый вклад в развитие медицины и здравоохранения Архангельской области. На основании архивных дел, персональных документов, печатных изданий и других

источников в научном отделе истории медицины Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ проводятся историко-медицинские исследования, направленные на сохранение истории самого северного в мире медицинского вуза, являющегося на протяжении многих лет единственным центром подготовки врачей в приарктическом регионе.

Одним из ученых, память о котором бережно хранится в университете, является профессор Юрий Рудольфович Теддер, заведующий кафе-

дрой гигиены АГМИ-АГМА-СГМУ в 1969-2003 гг. В том числе благодаря его деятельности высокий научно-педагогический и кадровый потенциал кафедры позволяет осуществлять сегодня научные исследования по широкому кругу проблем в рамках реализации региональной научно-технической программы «Здоровье населения Европейского Севера».

Юрий Рудольфович Теддер родился 4 сентября 1935 года на хуторе Зуево-Угличского района Ярославской области в семье служащих: отец – эстонец, погиб на фронте в 1941 году, мать – русская. В 17 лет он окончил среднюю общеобразовательную школу № 44 в г. Ярославле [1]. В 1953–1959 году Юрий Теддер учился в Ярославском государственном медицинском институте (далее – ЯГМИ), где, начиная с 3-его курса, занимался в студенческом научном кружке на кафедре патологической физиологии под руководством профессора Ф.А. Морохова<sup>1</sup> и профессора Т.И. Беслекоева<sup>2</sup>. Он исследовал «влияние нарушений кровоснабжения печени на артериальное давление в эксперименте на животных» [2]. Первые его исследования были опубликованы в сборнике научных студенческих работ ЯГМИ.

По окончании института, в 1959–1961 гг. Юрий Рудольфович обучался в клинической ординатуре на кафедре педиатрии ЯГМИ и под руководством профессора А.И. Титовой<sup>3</sup> изучал функции дыхания у детей, больных бронхиальной астмой [2].

На протяжении следующих восьми лет он работал ассистентом кафедры гигиены ЯГМИ. Как отмечал ректор института, Юрий Рудольфович проявлял «незаурядные способности исследователя, сразу присоединился к научно-исследовательской работе, являлся способным педагогом и научным работником» [2]. Будучи еще ассистентом кафедры, перспективный ученый уже читал курс лекций по военной гигиене и отдельные лекции по разделам общей гигиены. Юрий Рудольфович занимал активную жизненную позицию, поэтому

активно участвовал в комсомольской и партийной жизни института. Вскоре он становится заместителем секретаря партийного бюро [1].

Ю.Р. Теддер стал первым среди ярославских ученых, кто обратил внимание на условия труда, состояние здоровья и заболеваемость рабочих в новом производстве полибутадиенового синтетического каучука. По результатам своего исследования он разработал рекомендации, на основе которых было проведено изменение технологического процесса (снабжение приборов надежными уплотнениями и исключение их ручной очистки) [2]. Итоги исследования явились основанием для министерства химической промышленности СССР в решении социальных проблем, касающихся укрепления и улучшения здоровья рабочих химического производства, что привело к улучшению условий труда в производстве.

4 мая 1967 года Юрий Рудольфович защитил кандидатскую диссертацию на тему «Гигиена труда в производстве 1,4-цис-полибутадиенов каучука» на заседании Ученого совета НИИ гигиены труда и профпатологии Академии Медицинских Наук СССР [2].

В 1965–1969 гг. ученый работал над изучением метаболизма и патогенеза при комбинированном воздействии на организм непредельных углеводов. Результаты этой работы освещены в 15 научных работах.

Он не оставляет общественную работу, участвует в деятельности Совета помощи органам здравоохранения [1].

Молодой ученый понимает, что для дальнейших исследований ему необходима своя кафедра. Он участвует в конкурсе на должность заведующего кафедрой общей гигиены Архангельского государственного медицинского института и занимает эту должность с марта 1969 г. В 1970 году он получает звание доцента.

Заведующий кафедрой активно занимается, помимо научной, педагогической деятельностью. Он подготовил три учебно-методических пособия для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов [3]. При этом он (совместно с Л.А. Соколовой<sup>4</sup>) продолжил работу над изучением вопросов гигиены труда в основных отраслях промышленности Европейского

<sup>1</sup> Морохов Федор Александрович (1924–?) – заведующий кафедрой патологической физиологии ЯГМИ (1953), в последующем – профессор Академии гражданского воздушного флота (Ленинград).

<sup>2</sup> Беслекоев Тимофей Иванович (1903–1970) – заведующий кафедрой патологической физиологии ЯГМИ (с 1953 г.), в последующем – заведующий кафедрой патологической физиологии Университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы (с 1963 г.).

<sup>3</sup> Титова Александра Ивановна – заведующая кафедрой педиатрии ЯГМИ на протяжении 20 лет, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР, создатель Ярославской педиатрической школы.

<sup>4</sup> Соколова Любовь Андреевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры гигиены и медицинской экологии СГМУ. В настоящее время работает в Северно-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова на кафедре гигиены труда.

Севера и вопросов акклиматизации человека, возглавил проблемную комиссию АГМИ по данной проблеме [4].

Ректор АГМИ отмечал, что заведующий кафедрой общей гигиены пользуется заслуженным и деловым авторитетом среди сотрудников и студентов института [1]. Он также руководил студенческим научным отрядом по краевой патологии.

Будучи гигиенистом, он понимает значимость гигиенического воспитания населения, с 1984 г. принимает участие в передачах радиожурнала «Здоровье», который выходил ежемесячно [4].

Юрий Рудольфович впервые исследовал эколого-физиологическую значимость фтора при периодическом воздействии охлаждающего фактора на организм. Благодаря ему формируется новое направление научных исследований в изучении микроэлементозов человека. На основании результатов данных исследований выделилась самостоятельная группа заболеваний и синдромов «акклиматизационного гипофтороза у приезжих жителей Севера» в современной классификации микроэлементозов человека, которая позже разработана профессором А.А. Жаворонковым и академиком АМН СССР А.П. Авцыным<sup>5</sup> в 1991 г. [2].

В начале 1990-х годов несколько работ Ю.Р. Теддера было подготовлено совместно с академиком РАМН, проф. П.И. Сидоровым<sup>6</sup>, который в дальнейшем возглавил этот медицинский вуз. Соавторами многих его научных публикаций выступали известные ученые Р.В. Банникова<sup>7</sup>, М.Х. Шрага<sup>8</sup>, А.Б. Гудков, Г.Н. Дегтева<sup>9</sup>, А.Г. Соловьев<sup>10</sup>, С.Г. Суханов<sup>11</sup> и др. В соавторстве с М.Х. Шрагой им был издан курс лекций по «Введению

в медицинскую экологию», предназначенный для студентов старших курсов медицинских вузов и практических врачей [4].

В 1991-1994 гг. Юрий Рудольфович работал деканом лечебного факультета АГМИ, уделяя большое внимание новому учебному плану медицинского вуза по специальности «Лечебное дело», решая вопросы, связанные с преемственностью в преподавании теоретических, медико-биологических и клинических дисциплин в подготовке специалистов лечебного профиля. Он возглавлял Ученый совет лечебного факультета [5]. Все эти годы Ученым секретарем Ученого совета факультета была кандидат медицинских наук, доцент М.Г. Спасенникова.

6 февраля 1992 года Ю.Р. Теддер защитил докторскую диссертацию по теме «Эколого-биологическая значимость фтора в процессе адаптации организма к холоду» на специализированном диссертационном совете АГМИ [2].

Став профессором кафедры общей гигиены АГМИ в ноябре 1991 года [1], он продолжил рассматривать гигиену труда работников в основных отраслях промышленности Европейского Севера и начал (совместно с П.И. Сидоровым) изучать формирование алкогольных привычек у детей и подростков.

В 1993 года профессор Ю.Р. Теддер стал членом координационного учебного-методического совета по экологическому образованию в медицинских и фармацевтических вузах Минздравмедпрома Российской Федерации. На конференциях данного совета он выступал с докладами по проблемам экологической подготовки врачей гигиенического обучения и формирования врачебного мышления студентов [2]. Также он был членом комиссии по контролю и координации учебно-методической работы в АГМИ [4].

В 1994 г. по инициативе Ю.Р. Теддера в России был впервые организован курс медицинской экологии при кафедре гигиены в Архангельской государственной медицинской академии и разработана типовая программа для факультетов социальных работников по «Гигиене медицинской экологии и эпидемиологии инфекционных и неинфекционных заболеваний», которая утверждена Минздравмедпромом Российской Федерации.

В 1996 г. Юрий Рудольфович был награжден «Орденом Почета» и стал лауреатом Международного Ломоносовского фонда. Благодаря его

<sup>5</sup> Авцын Александр Павлович (13.09.1908–20.04.1993) – советский патолог, академик АМН СССР.

<sup>6</sup> Сидоров Павел Иванович – психиатр, нарколог, эколог, академик РАМН, заслуженный деятель науки России, ректор СГМУ (1993–2012).

<sup>7</sup> Банникова Раиса Васильевна (26.06.1926–21.04.2003), социальный гигиенист, организатор здравоохранения, историк медицины, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы России.

<sup>8</sup> Шрага Моисей Хаймович (род. 1941 г.) – доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной работы Северного Арктического федерального университета.

<sup>9</sup> Дегтева Галина Николаевна (род. 12.06.1949) – доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены и медицинской экологии, директор НИИ Арктической медицины СГМУ.

<sup>10</sup> Соловьев Андрей Горгоныевич (род. 15.05.1959) – заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии (с 2013), доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы России.

<sup>11</sup> Суханов Сергей Генрихович (род. 8.07.1954) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии человека СГМУ (1993–2009).

стараниям через 4 года на базе кафедры общей гигиены был открыт Институт гигиены и медицинской экологии в АГМА [2].

25 марта 1998 г. профессор кафедры гигиены АГМА Ю.Р. Теддер получил звание Заслуженного деятеля науки РФ [1].

В начале XXI века профессор Ю.Р. Теддер руководил профильной проблемной комиссией медико-профилактического направления «Медико-биологические проблемы Севера», которая рассматривала такие вопросы, как традиционное питание северян, особенности нетрадиционных форм организации труда в Заполярье, микробиоценозы у жителей северных регионов и основы охраны здоровья детей и подростков на Севере [4].

На протяжении всей трудовой деятельности Юрий Рудольфович издал более 250 научных работ, включая 6 монографий, руководил подготовкой 9 докторских и 17 кандидатских диссертаций [5]. Также уважаемый в научном сообществе отечественный гигиенист входил в редакционный совет журнала «Экология человека» (Scopus).

Его младший сын, Андрей Юрьевич, окончил СГМУ, руководит отделением анестезиологии и реаниматологии Ненецкой окружной больницы им. Р.И. Батмановой в г. Нарьян-Маре Ненецкого Автономного Округа.

В 2003 году профессор Ю.Р. Теддер передал руководство кафедрой своему ученику и соавтору научных публикаций – Андрею Борисовичу Гудкову, доктору медицинских наук, профессору, заслуженному работнику высшей школы России.

Юрий Рудольфович продолжал трудиться на кафедре, несмотря на тяжелую болезнь. 20 августа 2008 года он ушел из жизни в возрасте 72 лет, проработав заведующим кафедрой гигиены 34 года и выйдя на пенсию по собственному желанию за 16 дней до своей смерти.

На кафедре гигиены и медицинской экологии СГМУ продолжается дело профессора Ю.Р. Теддера, проводятся научно-исследовательские работы по микроэлементозам человека в условиях Севера, по медицине труда в основных отраслях промышленности Европейского Севера и по популяционной гигиене детей и подростков.

В стенах СГМУ создана именная аудитория, посвященная ученому, гигиенисту, физиологу, организатору медицинского образования, профессору Юрию Рудольфовичу Теддеру.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Личное дело Ю.Р. Теддера. Архив Северного государственного медицинского университета. – Ф. 98. – Оп. 2. – Д. 5517, 5518.
2. Щуров Г.С. Профессора Северного государственного медицинского университета в 2000 году / Г.С. Щуров. – Архангельск: СГМУ, 2001. – С. 424–433.
3. Щуров Г.С. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1932–1987). Том 1 / Г.С. Щуров, П.И. Сидоров. – Архангельск: СГМУ, 2002. – 520 с.
4. Сидоров П.И. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1988–2002). Том 2 / П.И. Сидоров, Г.С. Щуров. – Архангельск: СГМУ, 2002. – 496 с.
5. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области. Т. 1. – Архангельск: СГМУ, 2015. – С. 186–188.

#### REFERENCES

1. Personal file of Yu.R. Tedder. *Arhiv Severnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. – F. 98. – Op. 2. – D. 5517, 5518 [Archive of the Northern State Medical University. – Fund 98. – Inventory 2. – Document 5517, 5518] (in Russian).
2. Shchurov G.S. *Professora Severnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta v 2000 godu* [Professors of the Northern State Medical University in 2000]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2001, pp. 424–433 (in Russian).
3. Shchurov G.S., Sidorov P.I. *Medicinskij obrazovatel'nyj i nauchnyj centr Evropejskogo Severa Rossii (1932–1987). Tom 1* [Medical Educational and Scientific Center of the European North of Russia (1932–1987). Volume 1]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 520 p. (in Russian).
4. Sidorov P.I., Shchurov G.S. *Medicinskij obrazovatel'nyj i nauchnyj centr Evropejskogo Severa Rossii (1932–1987). Tom 2* [Medical educational and scientific center of the European North of Russia (1988–2002). Volume 2]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 496 p. (in Russian).
5. *Yubilejnye i pamyatnye daty mediciny i zdavoohraneniya Arhangel'skoj oblasti. T. 1* [Anniversary and memorable dates of medicine and health care of the Arkhangelsk region. T. 1]. Arkhangelsk: SSMU, 2015, pp. 186–188 (in Russian).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Андреева Анна Владимировна* – заведующая отделом истории медицины, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: aandra@yandex.ru

*Осипова Арина Витальевна* – студентка, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: arina.osi@mail.ru

*Самбуров Глеб Олегович* – специалист отдела истории медицины, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: museumnsmu@mail.ru

*Спасенникова Марина Геннадьевна* – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: mspasennikova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-4713-0238

## AUTHORS

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

*Arina Osipova* – student, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation; e-mail: arina.osi@mail.ru

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

*Marina Spasennikova* – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute for Public Health, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: mspasennikova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-4713-0238

УДК 61(091)  
DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.011

## ВКЛАД АКАДЕМИКА О.В. БАРОЯНА В РАЗВИТИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Саркисов А.С.<sup>1</sup>

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

### **Ключевые слова:**

история медицины, эпидемиология, инфекционные болезни, особо опасные инфекции, международное сотрудничество.

### **Аннотация**

Научное наследие отечественного эпидемиолога, организатора здравоохранения академика Оганеса Вагаршаковича Барояна (1906–1985) и в настоящее время остаётся востребованным. Публикация представляет основные этапы научной биографии и практической деятельности ученого. Указаны страны, на территории которых ученый многие годы принимал активное участие в организации и борьбе с особо опасными инфекциями. Дана оценка работы О.В. Барояна в Женеве в качестве помощника Генерального директора Всемирной организации здравоохранения. Представлена характеристика деятельности ученого на посту директора НИИ института эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи АМН СССР, где он руководил исследованиями по актуальным проблемам медицины, разработкой новых перспективных направлений развития эпидемиологии. В публикации также отмечено участие О.В. Барояна в работе различных министерств и ведомств СССР по локализации и ликвидации вспышки натуральной оспы в Москве (конец 1959 г.–начало 1960 г.).

## CONTRIBUTION OF ACADEMICIAN OGANES BAROYAN IN THE DEVELOPMENT OF EPIDEMIOLOGY

Sarkisov A.S.<sup>1</sup>

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

### **Keywords:**

epidemiology, infectious diseases, especially dangerous infections, international cooperation.

### **Abstract**

The scientific heritage of the Russian Epidemiologist, Health Care Organizer, Academician Oganés Baroyan (1906–1985) is still in demand today. The publication presents the main stages of the scientific biography and practical activities of the scientist. Countries are indicated on the territory of which the scientist took an active part in organizing and combating especially dangerous infections for many years. The assessment of Oganés Baroyan's work in Geneva as assistant Director General of the World Health Organization is given. The article describes the activities of the scientist as Director of the research Institute of Epidemiology and Microbiology named after N.F. Gamalei of the USSR Academy of medical Sciences, where he directed research on actual problems of medicine, the development of new promising directions for the development of epidemiology. The publication also notes the participation of O.V. Baroyan in the work of various ministries and departments of the USSR to localize and eliminate the outbreak of smallpox in Moscow (late 1959–early 1960).

Научное творчество выдающегося советского эпидемиолога XX века Оганеса Вагаршаковича Барояна (24.12.1906-27.09.1985) [1; 2, с. 47–48; 3] сохраняет свою актуальность и привлекает внимание современных исследователей.

Выдающийся отечественный эпидемиолог, организатор здравоохранения, академик, доктор медицинских наук, профессор Оганес Вагаршакович Бароян родился 24 декабря 1906 года в г. Эривани (Ереване). После окончания в 1923 г. средней школы поступил в Северо-Кавказский (Ростовский) медицинский институт. В 1927 г. перевелся в 1-й Московский медицинский институт, который окончил в январе 1932 г. [1, л. 2–3; 2, с. 47–48].

Трудовую деятельность начал в Москве с должности старшего инспектора Минздрава РСФСР, затем был направлен в Ростов-на-Дону на должность старшего методиста Северо-Кавказского крайздраотдела. Одновременно, в 1932–1933 гг. по совместительству являлся старшим научным сотрудником Института эпидемиологии и микробиологии [1, л. 4].

В 1933 г. был переведён в Махачкалу на должность заместителя директора Дагестанского государственного медицинского института и ассистента кафедры общей гигиены. Позже был назначен доцентом той же кафедры, руководителем курса эпидемиологии. Некоторое время по совместительству являлся главным врачом Центральной клинической больницы [1, л. 4].

В 1940 г. защитил кандидатскую диссертацию [4; 5, с. 112].

С началом Великой Отечественной войны, в 1941 г., был назначен заместителем наркома здравоохранения Дагестанской АССР и начальником Управления эвакуационных госпиталей Южного фронта. В 1942 г. руководил противоэпидемическими мероприятиями по ликвидации вспышки холеры на Южном фронте [1, л. 7].

В 1943 г. был командирован в Иран в качестве директора советских больниц и уполномоченного Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (СОКК и КП) на Востоке. [1, л. 9].

В период с 1947 г. по 1952 г. являлся начальником Управления внешних сношений, членом Президиума Исполкома СОКК и КП. [1, л. 12; 2, с. 47–48].

По заданию Наркомздрава СССР неоднократно возглавлял экспедиции по ликвидации эпиде-

мий особо опасных инфекций: в 1943 г. – жёлтой лихорадки в Судане, в 1944 г. – оспы в Иране и Ираке, в 1945 г. – холеры в Индии, в 1946 г. – эпидемии тропических болезней в Эфиопии. [1, л. 9–10].

В 1947–50 гг. руководил работой по борьбе с эпидемией чумы в Китае, а в 1951 г. – эпидемии сыпного тифа в Корее. [1, л. 11]. По результатам длительной и напряжённой работы в Китае, после защиты докторской диссертации на тему «Основные эпидемиологические закономерности чумы на Северо-Востоке Китая», О.В. Барояну в 1953 г. была присуждена учёная степень доктора медицинских наук [1, л. 12; 6, с. 112; 7, с. 5].

С декабря 1952 г. по март 1953 г. был откомандирован в распоряжение МВД СССР [1, л. 12].

В 1953 г. был назначен заведующим созданного им отдела эпидемиологии вирусных инфекций НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского АМН СССР, которым руководил до 1961 г. [1, л. 17; 5, с. 112; 7, с. 5].

В феврале 1961 г. О.В. Бароян был назначен директором НИИ института эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи АМН СССР, однако в конце года получил новое назначение и до октября 1964 г. работал в Женеве в качестве помощника Генерального директора Всемирной организации здравоохранения. [1, л. 19]. В этой должности руководил службами иммунологии, биологической стандартизации и фармакопей, мировой эпидемиологической статистики [2, с. 47–48].

Результаты, анализ опыта этого периода деятельности получили освещение в монографии «Очерки по мировому распространению важнейших заразных болезней человека (Заболеемость в зарубежных странах)» [8]. Работа за рубежом не только значительно расширила представления учёного о состоянии и проблемах современной медицинской науки, но также позволила обнаружить серьёзные недостатки в практике ВОЗ, национальных учреждений здравоохранения. В предисловии ко второму изданию этой книги он писал: «Официальные статистические отчеты как национальных служб здравоохранения, так и Всемирной организации здравоохранения по заболеваниям в различных странах мира не отличаются большой точностью и не во всех случаях отражают истинное положение вещей. Не всегда даже крупные эпидемические вспышки особо

опасных инфекций находят отражение в печати. Наконец, сбор, анализ и систематизация имеющегося статистического материала не во всех странах проводится по единой методике. Немало ещё трудностей и в классификации заразных болезней человека» [9, с. 5–6].

По возвращении в Москву, в октябре 1964 г., О.В. Бароян был вновь избран директором НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи АМН СССР, которым руководил до января 1979 г. [2, с. 47–48].

В эти годы к деятельности института, не в последнюю очередь благодаря высоким организаторским качествам О.В. Барояна, были привлечены лучшие отечественные специалисты, труды которых и в настоящее время сохраняют высокую научную актуальность и значение [7, с. 5].

В НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи АМН СССР О.В. Бароян одновременно являлся заведующим отделом эпидемиологии (1964–1985 гг.), а также заведующим кафедрой эпидемиологии Центрального института усовершенствования врачей (1967–1980 гг.) [1, л. 21; 2, с. 47–48].

О.В. Бароян – один из ведущих отечественных эпидемиологов XX века, автор научных работ по актуальным вопросам теоретической и практической эпидемиологии, эпидемиологической географии, организации здравоохранения, изучению эпидемиологии вирусных инфекций и эффективности противовирусных препаратов, методов прогнозирования эпидемий [2, с. 47–48].

Под руководством О.В. Барона проводились исследования по изучению мирового распространения и эпидемиологической нозогеографии заразных болезней человека; эпидемиологии хронических, медленных, внутрибольничных и смешанных инфекций, хламидиозов, микоплазмозов и вирусных гепатитов. Выполнены приоритетные работы по математическому моделированию эпидемиологического процесса, определению стратегии и тактики вакцинопрофилактики, созданию первого отечественного банка сывороток. О.В. Бароян постоянно уделял большое внимание разработке и развитию новых теорий, вопросам неинфекционной эпидемиологии [2, с. 47–48].

В 1961 г. О.В. Бароян был избран членом-корреспондентом, а в 1965 г. – академиком АМН СССР. В 1966 г. учёному было присвоено звание заслуженного деятеля науки Армянской ССР [2,

с. 47–48]. Его Плодотворная научная и практическая деятельность отмечена высокими правительственными наградами СССР, орденами и медалями зарубежных государств. Он являлся почётным членом ряда зарубежных медицинских академий и обществ [1, л. 1–2, с. 47–48].

О.В. Бароян справедливо считал эпидемиологию анализирующей вершиной наук об инфекциях, в которой «свободно сочетаются и эмпирика, и наблюдение, и философские размышления, и бытовые и социальные уклады человеческого общества, и, конечно, эпидемиологический эксперимент» [10, с. 291].

На протяжении всей своей деятельности О.В. Бароян отстаивал необходимость совместной работы, сплочения ученых. Единственно реалистическим подходом к успешной борьбе с инфекционными заболеваниями и достижению эпидемиологического благополучия он считал бескорыстное международное медицинское сотрудничество, научную мудрость и осознание великого смысла социальной справедливости в масштабах всего мира [11, с. 18–19]. Вместе с тем, ученый задается принципиально важным вопросом о том, нужно ли вообще ликвидировать все патогенные для человека микроорганизмы, которые имеют миллионы лет своего эволюционного становления, развития и распространения [11, с. 9–10]. Он предупреждал сторонников радикальных мер о том, что «попытка ликвидации инфекционных болезней путем полной иррадиации (искоренения) возбудителей болезней может повести за собой нарушение многовекового экологического баланса между человеком и его микрофлорой ... полная или частичная ликвидация любых бактериальных видов может привести к появлению новых, часто ранее неопознанных инфекционных агентов, которые будут стремиться занять в человеческом организме место видов, которые были насильственно изгнаны» [11, с. 15].

О.В. Барояна всегда отличал живой, пылкий интерес к истории науки. Далеко не случайно многие страницы его работ заполнены обстоятельными экскурсами в историю медицины, что позволяет ему не просто отслеживать этапы и особенности многовекового развития, но зорко вглядываться в будущее эпидемиологии. «Нельзя забывать, – писал О.В. Бароян, – что история нередко бывает ближе к нам, чем это кажется. Ведь на самом деле, труды основоположников научной

микробиологии и иммунологии – Л. Пастера, И.И. Мечникова, Р. Коха, П. Эрлиха и др. – это далеко не архив, а скорее арсенал, откуда еще можно черпать идеи для развития новых научных мыслей и концепций для познания истины» [12, с. 492–493].

В заключение считаем необходимым выделить важный, примечательный эпизод деятельности О.В. Барояна. С конца декабря 1959 г. по февраль 1960 г. О.В. Бароян принимал активное участие в локализации и ликвидации вспышки натуральной оспы в Москве, завезённой из-за рубежа. В этой беспрецедентной операции, которая предотвратила эпидемию в СССР и ее распространение за пределы страны, были задействованы многие министерства и ведомства, в том числе Министерство обороны СССР, МВД СССР, КГБ при СМ СССР. Для вакцинации населения были мобилизованы почти 27 тысяч медицинских работников, организованы 8,5 тысяч прививочных бригад. За один месяц было вакцинировано свыше 5,5 млн. жителей Москвы, более 4 млн. жителей Подмосковья [13]. К сожалению, этот уникальный опыт совершенно не известен широкой медицинской общественности. В научной медицинской периодике открытого доступа нам не удалось обнаружить ни одной публикации, посвящённой обобщению и анализу данной темы.

Между тем, в условиях, когда весь мир, в том числе Россия, втянут в широкомасштабную борьбу с коронавирусной инфекцией, этот опыт настоятельно требует тщательного изучения и учёта в практической деятельности органов здравоохранения. Нам представляется уместным привести мнение видного деятеля отечественной медицинской науки академика А.Г. Чучалина, высказанное им в апреле 2020 г.: «...эпидемиология – это очень сложная наука. И в мире эпидемиологов немного – тех, кто определяет стратегию развития здравоохранения, общества в кризисные моменты. Таких специалистов острейшая нехватка. Они всегда рождаются на стыке наук: медицины, математики, социологии, биологии, паразитологии и т.д. <...> Эпидемиолог – это всегда уникальнейшее явление. Это как математик И.М. Виноградов – такого уровня мышления и обобщения должен быть человек. К сожалению, в России к настоящему моменту таких выпестовано не оказалось» [14].

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бароян Оганес Вагаршакович. Личное дело. – Архив Российской академии медицинских наук. – Ф. 18. – Оп. 79. – Д. 167.
2. Бароян Оганес Вагаршакович // Деятели медицинской науки и здравоохранения – сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова: Биографический словарь / Под ред. М.А. Пальцева, А.М. Сточика, С.Н. Затравкина. – Изд. 1-е. – М, 2008. – С. 47–48.
3. Бароян Оганес Вагаршакович. Медицинский некрополь. – URL: <http://www.mednecropol.ru/b/baroyan-ov/baroyan-ov.htm>
4. Бароян Оганес Вагаршакович. Энциклопедия фонда «Хайазг». – URL: [http://ru.hayazg.info/%D0%91%D0%B0%D1%80%D0%BE%D1%8F%D0%BD\\_%D0%9E%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D1%81\\_%D0%92%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87](http://ru.hayazg.info/%D0%91%D0%B0%D1%80%D0%BE%D1%8F%D0%BD_%D0%9E%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D1%81_%D0%92%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87)
5. Кнопов М.Ш. Видный эпидемиолог и организатор здравоохранения (к 110-летию со дня рождения академика О.В. Барояна) / М.Ш. Кнопов, В.К. Тарануха // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2016. – Т. 21. – № 2. – С. 111–114.
6. Коростелев В.Е. Бароян Оганес Вагаршакович / В.Е. Коростелев // Большая медицинская энциклопедия. – 3-е изд. – Т. 2. – М., 1975. – С. 568.
7. Русакова Е.В. Оганес Вагаршакович Бароян – выдающийся отечественный эпидемиолог (к 110-летию со дня рождения) / Е.В. Русакова, А.А. Асратян // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2017. – № 1. – С. 4–6.
8. Бароян О.В. Очерки по мировому распространению важнейших заразных болезней человека (Заболеемость в зарубежных странах) / О.В. Бароян. – М.: Медгиз, 1962. – 207 с.
9. Бароян О.В. Очерки по мировому распространению важнейших заразных болезней человека (Заболеемость в зарубежных странах) / О.В. Бароян. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1967. – 347 с.
10. Бароян О.В. Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии / Под редакцией проф. П.Н. Бургасова. – М.: Медицина, 1968. – 303 с.
11. Бароян О.В. Современные взгляды на проблемы ликвидации инфекций: Учебное пособие / О.В. Бароян. – М.: Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей, 1979. – 20 с.
12. Бароян О.В. Международные и национальные аспекты современной эпидемиологии и микробиологии / О.В. Бароян, Д.Р. Портер. – М.: Медицина, 1975. – 520 с.
13. Ликвидация вспышки оспы в Москве, 1959–1960. – URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BA%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F\\_%D0%B2%D1%81%D0%BF%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B8\\_%D0%BE%D1%81%D0%BF%D1%8B\\_%D0%B2\\_%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B5\\_1959%E2%80%941960](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BA%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B2%D1%81%D0%BF%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B8_%D0%BE%D1%81%D0%BF%D1%8B_%D0%B2_%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B5_1959%E2%80%941960)
14. Орлова О. Беседа с одним из ведущих пульмонологов мира, академиком РАН А.Г. Чучалиным / О. Орлова. – URL: [http://www.stoletie.ru/obschestvo/chuvstvo\\_chno\\_posle\\_paskhi\\_u\\_nas\\_pandemija\\_pojdet\\_na\\_ubyl\\_495.htm](http://www.stoletie.ru/obschestvo/chuvstvo_chno_posle_paskhi_u_nas_pandemija_pojdet_na_ubyl_495.htm)

### REFERENCES

1. Baroyan Oganesh Vagarshakovich. Private affair. *Arhiv Rossijskoj akademii medicinskih nauk. F. 18. Op. 79. D. 167* [Archive of the Russian Academy of Medical Sciences, fund 18, inventory 79, folder 167] (in Russian).
2. Baroyan Oganesh Vagarshakovich. *Deyateli medicinskoj nauki i zdravooxraneniya – sotrudniki i pitomcy Moskovskoj medicinskoj akademii im. I.M. Sechenova: Biograficheskij slovar'* / Pod red. M.A. Pal'ceva, A.M. Stochika, S.N. Zatravkina. – Izd. 1-e [Figures of medical science and health – employees and pets of the Moscow medical Academy named after I.M. Sechenov: Biographical dictionary / Ed. by M.A. Palcev, A.M. Stochik, S.N. Zatravkin. 1st ed.] Moscow, 2008, p. 47–48 (in Russian).
3. Baroyan Oganesh Vagarshakovich. *Medicinskij nekropol'* [Medical necropolis]. URL: <http://www.mednecropol.ru/b/baroyan-ov/baroyan-ov.htm> (in Russian).
4. Baroyan Oganesh Vagarshakovich. *Enciklopediya fonda «Hayazg»* [Encyclopedia of the fund "Hayazg"]. URL: [http://ru.hayazg.info/%D0%91%D0%B0%D1%80%D0%BE%D1%8F%D0%BD\\_%D0%9E%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D1%81\\_%D0%92%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87](http://ru.hayazg.info/%D0%91%D0%B0%D1%80%D0%BE%D1%8F%D0%BD_%D0%9E%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D1%81_%D0%92%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87) (in Russian).
5. Knopov M.Sh., Taranukha V.K. Prominent epidemiologist and organizer of health care (to the 110th anniversary of the birth of academician O.V. Baroyan). *Epidemiologiya i infekcionnye bolezni* [Epidemiology and infectious diseases], 2016, vol. 21, no. 2, pp. 111–114 (in Russian).

6. Korostelev V.E. Baroyan Oganeg Vagarshakovich. *Bol'shaya medicinskaya enciklopediya. 3-e izd. T. 2 [Big medical encyclopedia. 3rd ed., vol. 2]*. Moscow, 1975, p. 568 (in Russian).
7. Rusakova E.V., Asratyan A.A. Oganeg Vagarshakovich Baroyan – outstanding domestic epidemiologist (to the 110th anniversary of his birth). *Epidemiologiya i vakcinoprofilaktika [Epidemiology and vaccination]*, 2017, no. 1, pp. 4-6 (in Russian).
8. Baroyan O.V. *Ocherki po mirovomu rasprostraneniyu vazhnejshih zaraznyh boleznej cheloveka (Zabolevaemost' v zarubezhnyh stranah) [Essays on the world spread of the most important infectious human diseases (Incidence in foreign countries)]*. Moscow, Medgiz Publ., 1962. 207 p. (in Russian).
9. Baroyan O.V. *Ocherki po mirovomu rasprostraneniyu vazhnejshih zaraznyh boleznej cheloveka (Zabolevaemost' v zarubezhnyh stranah) [Essays on the world spread of the most important infectious human diseases (Incidence in foreign countries). 2nd ed.]*. Moscow, Medicine, 1967. 347 p. (in Russian).
10. Baroyan O.V. *Itogi poluvekovoj bor'by s infekciyami v SSSR i nekotorye aktual'nye voprosy sovremennoj epidemiologii / Pod redakciej prof. P.N. Burgasova [Results of a half-century struggle against infections in the USSR and some topical issues of modern epidemiology / Ed. by prof. P.N. Burgasov]*. Moscow, Medicine, 1968. 303 p. (in Russian).
11. Baroyan O.V. *Sovremennye vzglyady na problemy likvidacii infekcij: Uchebnoe posobie [Modern views on the problems of eliminating infections: Textbook]*. Moscow, Central order of Lenin Institute of advanced medicine, 1979. 20 p. (in Russian).
12. Baroyan O.V., Porter D.R. *Mezhdunarodnye i nacional'nye aspekty sovremennoj epidemiologii i mikrobiologii [International and national aspects of modern epidemiology and microbiology]*. Moscow, Medicine, 1975. 520 p. (in Russian).
13. *Likvidaciya vspyshki ospy v Moskve, 1959–1960 [Elimination of smallpox outbreak in Moscow, 1959–1960]*. – URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BA%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F\\_%D0%B2%D1%81%D0%BF%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B8\\_%D0%BE%D1%81%D0%BF%D1%8B\\_%D0%B2\\_%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B5\\_1959%E2%80%941960](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BA%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B2%D1%81%D0%BF%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B8_%D0%BE%D1%81%D0%BF%D1%8B_%D0%B2_%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B5_1959%E2%80%941960)
14. Orlova O. *Beseda s odnim iz vedushchih pul'monologov mira, akademikom RAN A.G. Chuchalinym [Conversation with one of the world's leading pulmonologists, academician of the Russian Academy of Sciences A.G. Chuchalin]*. – URL: [http://www.stoletie.ru/obschestvo/chuvstvo\\_chno\\_posle\\_paskhi\\_u\\_nas\\_pandemija\\_pojdet\\_na\\_ubyl\\_495.htm](http://www.stoletie.ru/obschestvo/chuvstvo_chno_posle_paskhi_u_nas_pandemija_pojdet_na_ubyl_495.htm)

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Саркисов Армен Суренович – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: as.sar@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-0059-2558

#### AUTHOR

Armen Sarkisov – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Ph.D in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: as.sar@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-0059-2558

УДК 61(091)  
DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.012

## ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СЕВЕРНОЙ НАУЧНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ (К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА МАРИИ ВЛАДИМИРОВНЫ ПИККЕЛЬ)

Андреева А.В.<sup>1</sup>, Самбуров Г.О.<sup>1</sup>, Спасенников Б.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

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

### Ключевые слова:

история медицины, Северная научная педиатрическая школа, профессор М.В. Пиккель.

### Аннотация

В 2021 году исполняется 110 лет со дня рождения известного врача-педиатра, доктора медицинских наук, профессора Марии Владимировны Пиккель (1911–2008). Ее ученики и их последователи – выпускники Архангельского государственного медицинского института (ныне – Северный государственный медицинский университет) стали известными учеными, врачами, организаторами здравоохранения, продолжив развитие Северной научной педиатрической школы.

## HISTORY OF THE CREATION OF THE NORTHERN SCIENTIFIC PEDIATRIC SCHOOL (TO THE 110th ANNIVERSARY PROFESSOR MARIA V. PIKKEL)

Andreeva A.V.<sup>1</sup>, Samburov G.O.<sup>1</sup>, Spasennikov B.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

<sup>2</sup>N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

history of medicine, Northern Scientific Pediatric School, Professor M.V. Pikkell.

### Abstract

2021 marks the 110th Anniversary of the Birth of the Famous Pediatrician, Professor Maria Pikkell (1911–2008). Her students and their followers – graduates of the Arkhangelsk State Medical Institute (now – Northern State Medical University) became famous scientists, doctors, healthcare organizers, continuing the development of the Northern Scientific Pediatric School.

В истории медицины считается, что научные школы создаются в рамках кафедры учебного заведения, отдела или лаборатории специализированного научного учреждения. Они отличаются оригинальным направлением исследований, заданным руководителем научной школы и творчески развиваемым его учениками [1, с. 222]. Один из примеров научной школы – Северная научная педиатрическая школа, сформировавшаяся во второй половине XX века на базе Архангельского государственного медицинского института (далее – АГМИ), который сейчас носит название Северный государственный медицинский университет (далее – СГМУ).

Основу научных школ этого вуза заложили

сотрудники кафедр АГМИ, созданного в 1932 г. в соответствии с Постановлением Совета народных комиссаров РСФСР № 1055 [2, с. 9]. Первоначально в АГМИ действовал рабочий факультет для подготовки абитуриентов и лечебно-профилактический факультет, который был единственным на протяжении четверти века [2, с. 16]. В дальнейшем к нему присоединились стоматологический (1962) и педиатрический (1979) факультеты.

Для создания крупнейшего на Севере медицинского вуза в Архангельск, из центральных городов страны, были направлены ученые, ставшие организаторами теоретических и клинических кафедр, заложившие основы целого ряда научных и клинических медицинских школ [3, с. 355]. Одной

из них является Северная научная педиатрическая школа.

Ссылка на Север спецпереселенцев со всех концов СССР пополнила Архангельск весьма образованными людьми, которых Советская власть считала своими врагами. Среди первых ученых АГМИ встречались представители репрессированных, отбывавших наказание в Северном крае (с 1937 года – Архангельская область). Одной из них была семья В.Э. Пиккеля, отправленного на Соловки, отбывавшего ссылку в Кеми в начале 1930-х гг. [4, с. 4]. После освобождения В.Э. Пиккеля рядом с ним всегда была дочь Мария<sup>1</sup>, ставшая в дальнейшем известным педиатром, профессором, гордостью архангельской медицины. Мария Владимировна, несмотря на тяжелые испытания, репрессии и другие трагические события, уготованные ей и её семье, состоялась как врач, ученый и поэт, стала гордостью Северной научной педиатрической школы [4, с. 4–5].

В тяжелые предвоенные и военные годы Мария училась на рабфаке при АГМИ (1936-1938), затем на лечебно-профилактическом факультете (1938-1942)<sup>2</sup>. Мария Владимировна позднее объясняла, что обучение на рабфаке было вызвано тем, что она не имела школьного аттестата, проходила домашнее обучение из-за болезни. Вероятно, причина домашнего обучения была в другом, но сейчас это уже не уточнить.

В ее становлении как врача важную роль сыграл врач-педиатр, выпускник Казанского медицинского университета Юрий Васильевич Макаров, прибывший в Архангельск с женой, также педиатром Г.А. Хайн-Макаровой, для создания кафедры детских болезней [5, с. 266]. Герма Адольфовна также проводила практические занятия и сыграла большую роль в воспитании архангельских педиатров.

В архангельских больницах в то время остро не хватало детских коек и врачей-педиатров. Лечение маленьких северян занимались фельдшера и врачи-терапевты. В центре Архангельска, в

1935 г., при активном участии супругов Макаровых, было организовано детское отделение, где, кроме палат для маленьких пациентов, располагались клиническая лаборатория и лекционная аудитория.

В 1936 году Ю.В. Макаров защитил докторскую диссертацию [6, с. 149]. Под научным руководством Ю.В. Макарова на кафедре проводились значимые для того времени исследования. В довоенные годы коллектив кафедры опробовал в терапии расстройств пищеварения у детей применение альгината из водорослей Белого моря, выделенного сотрудниками кафедры химии АГМИ. Эти исследования сыграют большую роль в период Великой Отечественной войны [7, с. 205]. В 1936 году, одной из первых на кафедре, была подготовлена диссертация Г.А. Хайн-Макаровой, посвященная роли фосфатов в патогенезе рахита у детей, благодаря которой разработана методика их лечения на Севере [5, с. 266].

С 1941 года профессор Ю.В. Макаров, одновременно с работой в клинике детских болезней, трудился заместителем директора АГМИ по научно-учебной части [6, с. 149].

Во время Великой Отечественной войны, на фоне голода и других факторов военного времени, росла детская заболеваемость. Сотрудники кафедры боролись за жизнь и здоровье детей не только на клинической базе, но и в родильных домах, областном доме ребёнка. При этом продолжалась научно-исследовательская работа. На кафедре детских болезней разрабатывалась терапия детей с истощением, разрабатывались новые средства для лечения детей с острыми желудочно-кишечными заболеваниями. Например, использовалась альгиновая кислота и ее соли (альгинаты), которые получали из беломорской водоросли *Laminaria saccharina* [8, с. 216].

В 1943–1944 гг. сотрудники педиатрической кафедры АГМИ провели обследование детей с дистрофиями в процессе изучения влияния витамина В<sub>1</sub> на желудочную секрецию. Результаты этих и других исследований были представлены на научных сессиях АГМИ. Например, Г.А. Хайн-Макарова выявила, что в патогенезе анемий в раннем детском возрасте имеет значение недостаток гемогена, витамина С и железа [5, с. 266].

Кафедра детских болезней тесно взаимодействовала с другими кафедрами. Так, например, в военные годы на кафедре детских болезней

<sup>1</sup> Мария Владимировна Пиккель (урожденная Мария-Дагмара, немка по национальности), крестница Российской Императрицы, родилась 3 апреля 1911 года в г. Гатчино Петербургской губернии в семье военного врача Владимира Эрнестовича Пиккеля.

<sup>2</sup> Нынешним студентам трудно представить, что в студенческих аудиториях военной поры замерзали чернила от низких температур. На занятиях голодные студенты очень плохо переносили холод. В Архангельске была развернута госпитальная база Карельского фронта. После занятий студенты АГМИ, у которых из-за голода зачастую просто не было сил, шли в госпиталь ухаживать за ранеными солдатами и офицерами.

АГМИ доцент Р.Б. Коган, исполнявшая обязанности заведующего кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения СГМУ, проводила исследование по анализу детской заболеваемости и смертности. В дальнейшем она защитила диссертацию, в которой архангельские данные были представлены в сравнении с аналогичными московскими.

Супруги Макаровы за 10 лет работы в Архангельске внесли неоспоримый вклад в развитие педиатрической школы на Европейском Севере. Их достижения отражены в журнальных публикациях, сборниках, монографиях и диссертациях.

Заведование кафедрой педиатрии АГМИ, после отъезда Юрия Васильевича и Гермы Адольфовны Макаровых, принял доцент Андрей Григорьевич Суворов, продолживший заложенные ими научные традиции. Основой его деятельности стала борьба с детскими желудочно-кишечными инфекционными заболеваниями на Севере, что являлось в послевоенные годы тяжелой патологией и главной причиной детской смертности. Он успешно внедрил в архангельскую практику свой опыт, полученный за годы работы в детской клинике Казанского университета и Ижевского медицинского института [5, с. 266]. Не жалея сил и здоровья, Андрей Григорьевич много времени посвящал работе на кафедре, охотно помогал органам здравоохранения и проводил консультации в детских учреждениях города Архангельска. А.Г. Суворов подготовил докторскую диссертацию в области изучения быта, состояния здоровья и развития детей в районах Ненецкого национального округа, но не успел защитить её, однако помог защититься другим педиатрам [5, с. 266; 6, с. 183]. Среди его известных архангельских учеников – В.Н. Королёва, Т.П. Левитина и многие другие [6, с. 181; 10, с. 104].

Дальнейшее развитие педиатрии в архангельском регионе неразрывно связано с именем Марии Владимировны Пиккель. Она начала работу в детской клинике еще студенткой. Окончив АГМИ с отличием в 1942 г., по предложению заведующего кафедрой, была направлена врачом-педиатром детского отделения 1-ой Архангельской городской клинической больницы. Мария Владимировна выполнила под руководством Ю.В. Макарова ряд исследований авитаминозов у детей, что было особенно актуально в годы войны [9, с. 148]. Одним из способов профилактики и лечения авита-

миноза D у детей, разработанных М.В. Пиккель и сотрудниками кафедры, стало использование в пищу рыбьего жира, который заготавливали из рыб тресковых пород. Были обоснованы методы профилактики нарушений питания за счёт включения в пищу мяса морских животных<sup>3</sup>. С помощью этого метода от голода удалось спасти жизни многих маленьких северян [5, с. 266]. Обобщенный материал, уже после войны, Мария Владимировна оформила в виде кандидатской диссертации «Рахит у детей-дистрофиков», которую защитила в Казанском государственном медицинском институте под руководством профессора Ю.В. Макарова [4, с. 37].

В 1947 г. М.В. Пиккель полностью перешла на работу в АГМИ в качестве ассистента кафедры педиатрии. В тот период научные исследования Марии Владимировны были посвящены проблеме детских дистрофий, предупреждению и лечению инфекций. Благодаря её деятельности на базе Архангельской инфекционной больницы был организован курс детских инфекций, а М.В. Пиккель была избрана доцентом кафедры педиатрии по этому курсу.

В 1950-е годы Мария Владимировна занялась исследованием туберкулезного менингита, который был краевой проблемой того времени, вызывал большую смертность. Огромная заслуга педиатрической кафедры АГМИ и лично М.В. Пиккель в победе над этой болезнью. Она организовала специальное отделение на базе инфекционной больницы, затем было открыто специализированное отделение в детской больнице. Результаты проведенных исследований и клинических наблюдений за более чем 500 пациентами легли в основу докторской диссертации «Туберкулезный менингит, его клинические формы при современных методах лечения», которую она защи-

<sup>3</sup> Существует много мифов вокруг трагических военных событий. Например, повествуется, что якобы в спасении жизней многих архангелогородцев сыграл жир тюленей, на котором горожане жарили блины, так как сливочного масла не было. Истина заключается в том, что у архангелогородцев во время войны не было муки. Жарить было нечего. А пайка хлеба по карточкам немногим отличалась от блокадного Ленинграда. Другой миф повествует о том, что архангелогородцы якобы питались жиром тюленей. Александра Васильевна Коровина (Спасенникова) вспоминает: «Я помню, как во время войны, в Соломбале, на набережной лежали туши тюленей. Я один раз пробовала их жир. Положишь в рот, пытаешься жевать, а он как резина, не жуется. Не ели мы жир тюленей, несмотря на постоянный голод. Туши тюленей увозили куда-то на переработку. Все эти «воспоминания» о том, что «жир тюленей спас Архангельск» исходят от людей, которые приехали в наш город уже после войны. Они просто не знают, что здесь реально происходило во время той страшной войны. Но, мы выстояли, мы победили!».

тила в 1966 г., став первой женщиной, доктором наук, среди выпускников АГМИ [9, с. 149]. В том же 1966 г. Марии Владимировне было передано руководство кафедрой детских болезней АГМИ.

В январе 1964 года детская больница переехала в двухэтажное здание на перекрестке Набережной Северной Двины (в то время – Набережная имени В.И. Ленина) и улицы Свободы. Коечный фонд клиники расширился до 100 коек. Расширение коечного фонда позволило создать два специализированных отделения: отделение детей младшего возраста на 50 коек (заведующая отделением Т.К. Львова) и отделение детей старшего возраста на 50 коек (заведующая отделением М.М. Серова). С 1964 года в больнице начал работать специализированный детский зубоортодонтический кабинет, положивший начало детской стоматологии в Архангельской области. В клинике были созданы условия для матерей, ухаживающих за своими больными детьми, что предотвращало дополнительный психотравмирующий фактор госпитализации как для ребенка, так и для матери. Было увеличено количество учебных аудиторий для кафедры. В 1968 г. М.В. Пиккель было присвоено ученое звание профессора.

В те годы в Архангельской области крайне не хватало врачей, особенно участковых педиатров. В область направлялись для работы выпускники Ленинградского педиатрического института, педиатрического факультета Ивановского медицинского института, но они долго не задерживались. Отрабатыв обязательные для того времени 3 года, они уезжали в родные края. Нехватка квалифицированных педиатрических кадров была обусловлена и тем обстоятельством, что в АГМИ отсутствовал педиатрический факультет. Главный врач городской детской клинической больницы А.В. Спасенникова, вместе с ректором АГМИ Н.П. Бычихиным, инициировали создание педиатрического факультета. Н.П. Бычихин и А.В. Спасенникова были членами архангельского городского совета народных депутатов, поочередно занимая должность председателя комиссии по здравоохранению, что позволило им добиться поддержки предложения о создании педиатрического факультета партийными и советскими руководителями города и области. В открытии факультета (1979) активно участвовала и Мария Владимировна.

Одновременно шло интенсивное строительство новой Архангельской городской детской

клинической больницы, которая, после окончания строительства, была внезапно преобразована в областную детскую больницу<sup>4</sup>. Однако, в период строительства городской детской больницы руководители областного отдела здравоохранения, в том числе П.Г. Выжлецов, чье имя сейчас носит больница, ею не интересовались, так как строился городской объект. 2–3 раза в неделю на строительство выезжала главный врач городской детской больницы А.В. Спасенникова. Иногда к ней присоединялась и Мария Владимировна, как заведующая кафедрой педиатрии<sup>5</sup>.

К тому времени активно развивающаяся кафедра детских болезней под руководством профессора М.В. Пиккель сформировалась как многопрофильная. На ней преподавались все основные разделы педиатрии: пропедевтическая, факультетская и госпитальная педиатрия. С учетом сложных климатических условий приарктической зоны необходимо было определить круг краевой патологии по педиатрии, выделить для изучения ее ключевые проблемы.

Кафедра педиатрии стала базой образования новых профильных кафедр факультета – неонатологии и перинатологии, пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии и др. Профессора В.И. Макарова, Л.В. Титова, Г.Н. Чумакова, В.А. Терновская, Е.Н. Сибилева, Л.И. Меньшикова, С.И. Малявская, О.В. Самодова в

<sup>4</sup> В этом же номере журнала опубликована статья, посвященная главному врачу городской детской больницы А.В. Спасенниковой. В ней описана история строительства детской клинической больницы.

<sup>5</sup> В Архангельске с его 400-тысячным населением строилась городская детская больница. Строительство областной детской больницы должно было изначально предполагать иную, более мощную материально-техническую базу. В итоге долгожданную городскую больницу город не получил, а область получила объект, заведомо малый для решения задач областной педиатрии. Последующие пристройки, постройка хирургического корпуса, не решили задач создания достойной материально-технической базы областной детской клинической больницы. Областные лечебно-профилактические учреждения должны изначально строиться как крупные объекты с принципиально иным финансированием, нежели из бюджета города.

Сейчас существует много мифов о строительстве городской (позднее – областной) детской клинической больницы. Миф 1. Больница якобы строилась на болоте. Правда заключается в том, что больница строилась на высоком месте, где ранее стояла одна из архангельских церквей. Это было очень «намоленное место».

Миф 2. Больницу якобы строили заключенные. Правда заключается в том, что работали только строители ГлавАрхангельскСтроя, среди которых не было заключенных.

Миф 3. Больницу якобы строилась под руководством В.А. Кудрявцева. Правда заключается в том, что В.А. Кудрявцев стал главным врачом после окончания строительства больницы, когда в палатах уже стояли койки для маленьких пациентов. В ходе строительства городской детской больницы он планировался на должность заведующего детским хирургическим отделением.

разные периоды возглавляли различные педиатрические кафедры [3, с. 363; 10; 11; 12].

Продолжалась активная научная работа ученых-педиатров. В своей кандидатской диссертации «Механизмы расстройств функции хематоксиса лейкоцитов периферической крови при ревматизме и пограничных состояниях у детей» [13, с. 74] Валерия Ивановна Макарова изучила клеточные и гуморальные факторы регуляции функции подвижности лейкоцитов периферической крови, провела анализ расстройств хематоксиса, обуславливающих особенности течения воспаления, и определила возможность использования в клинической практике данных методов исследования для дифференциальной диагностики ревматизма. Целью ее докторской диссертации «Развитие и формирование здоровья детей дошкольного возраста в условиях Европейского Севера» [13, с. 165] было определение особенностей морфофункционального развития детей дошкольного возраста в климато-экологических условиях Европейского Севера, выявление условий формирования здоровья и разработка методов управления здоровьем и процессами адаптивных механизмов во время пребывания детей в дошкольных учреждениях.

Лариса Владимировна Титова изучала клинико-лабораторные особенности сальмонеллеза, дизентерии, колиинфекции и их сочетанного течения в условиях Крайнего Севера в кандидатской диссертации «Особенности кишечных инфекций у детей первого года жизни в условиях Севера» [13, с. 76]. Работа была продолжена, результаты обобщены в докторской диссертации «Эволюция острых кишечных инфекций у детей первого года жизни за двадцатилетний период в условиях Севера» [13, с. 238].

Галина Николаевна Чумакова в кандидатской диссертации «Реакция освобождения и функциональная активность тромбоцитов при асфиксии новорожденных» [13, с. 84] выявила роль нарушений функциональной активности тромбоцитов в развитии геморрагических осложнений асфиксии новорожденных; оценила влияние перинатальной терапии гипоксии плода и новорожденного на функциональную активность тромбоцитов. В своем докторском исследовании «Роль тромбоцитарных дисфункций в перинатальных расстройствах гемостаза» [13, с. 211] она проследила пути снижения частоты геморрагических расстройств

у новорожденных за счет направленной профилактики и патогенетической терапии [14, с. 485].

В докторской диссертации «Клинико-цитохимические аспекты развития ребёнка, прогнозирования и профилактики заболеваний на Европейском Севере» Виктории Афанасьевны Терновской разработана тактика оптимизации развития ребенка, а также профилактики и ранней эффективной метаболитной терапии острых респираторных заболеваний, основанных на прогнозировании с учетом цитохимических вариантов и клинических синдромов болезни [13, с. 119; 14, с. 436].

Отдельные звенья гормональной адаптации и гуморальных факторов специфической иммунологической реактивности у новорожденных детей первой недели жизни, родившихся в асфиксии изучены в кандидатском исследовании Елены Николаевны Сибилевой [13, с. 50]. В ее докторской диссертации «Медико-экологические особенности зубной эндемии у детей и подростков Архангельской области» установлено наличие зубной эндемии в Архангельской области, дана оценка ее влияние на состояние здоровья детей [15, с. 72].

В кандидатской диссертации «Клинико-метаболическое обоснование парентерального питания для коррекции дислипидемии при гипотрофии» Лариса Ивановна Меньшикова<sup>6</sup> обосновала парентеральное питание как способ метаболической коррекции нарушений липидного обмена при гипертрофии [13, с. 127]. В своей докторской диссертации «Эволюция кардиоваскулярной патологии у детей и подростков Европейского Севера России» на основании изучения эволюции кардиоваскулярной патологии у детей и подростков разработана и внедрена оптимальная модель организации специализированной кардиологической помощи с использованием стационарзамещающих технологий [15, с. 43].

Светлана Ивановна Малявская в кандидатском исследовании «Физиологические механизмы развития гиперандрогенных состояний в процессе полового созревания, ранняя диагностика и прогнозирование возникновения» изучала физиологические механизмы формирования гиперандрогенных нарушений полового развития, разработала возрастные критерии ранней диагностики синдрома гиперандрогении у девочек, прогнозирование возникновения и исходов этих нарушений в манифестные варианты репродук-

<sup>6</sup> Доктор медицинских наук, профессор Л.И. Меньшикова – член редакционной коллегии нашего журнала.

тивной патологии [13, с. 171]. В докторской диссертации «Клинико-физиологическая эволюция изолированного пубархе у девочек» она проследила эволюцию полового созревания у девочек с физиологическим пубертатом и изолированным пубархе для выявления основных закономерностей, определяющих формирование синдрома гиперандрогении и инсулинрезистентности, и для разработки программы диагностики, скрининга и долгосрочного мониторинга репродуктивных и метаболических нарушений с ранних этапов онтогенеза [15, с. 21].

Известные ученые-педиатры продолжают дело учителя, охраняя здоровье маленьких помощников.

Мария Владимировна была эрудированным, разносторонне развитым человеком, знала немецкий, французский и английский языки. После выхода на заслуженный отдых она профессионально переводила на русский язык стихи немецкого поэта Эриха-Марии Рильке. По мнению знатоков и ценителей творчества Рильке переводы Марии Владимировны являются одними из лучших и самыми точными [4, с. 8].

Почетный гражданин Архангельска М.В. Пиккель скончалась 14 января 2008 года, на 97 году жизни. В 2011 г. в честь 100-летия со дня рождения Марии Владимировны Пиккель, в СГМУ открыта именная аудитория, где кроме учебных и научных мероприятий проходят многие общественные встречи<sup>7</sup>. Ежегодно, 3 апреля ученые, врачи и студенты собираются на традиционные научные Апрельские чтения памяти профессора М.В. Пиккель [16, с. 7–14]. История Северной научной педиатрической школы продолжается<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Идея создания именных аудиторий в СГМУ принадлежит историку медицины, Заслуженному работнику высшей школы Российской Федерации, Почетному доктору Северного государственного медицинского университета, доктору исторических наук, профессору Геннадию Степановичу Щурову (1935-2012), основателю и руководителю Музейного комплекса Северного государственного медицинского университета и Общества изучения истории медицины Европейского Севера.

<sup>8</sup> Авторы благодарят профессоров Л.И. Меньшикову и В.И. Макарову за материалы об истории педиатрической школы АГМИ–АГМА–СГМУ.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бородулин В.И. Наши подходы к изучению проблемы научных клинических школ в России / В.И. Бородулин, С.П. Глянцев // Труды по истории медицины. – 2016. – Т. 1. – С. 222–228.
2. Щуров Г.С. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1932–1987). Том 1 / Г.С. Щуров, П.И. Сидоров. – Архангельск: СГМУ, 2002. – 520 с.
3. Глянцев С.П. Северная научная медицинская школа: страницы истории (к 85-летию АМИ-АГМИ-АГМА-СГМУ) / С.П. Глянцев, А.В. Андреева, Г.О. Самбуров // Труды по истории медицины. – М.: РОИМ, 2017. – С. 352–365.
4. Мое святое ремесло (к 100-летию со дня рождения Марии Владимировны Пиккель) / авт. сост. Л.А. Зубов, А.В. Андреева. – Архангельск: СГМУ, 2011. – 154 с.
5. Андреева А.В. Имена казанских ученых в истории медицины Архангельской области / А.В. Андреева, М.Г. Чирцова // Казанский медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 264–267.
6. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2014 г. Т. 1 / сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. – Архангельск: СГМУ, 2014. – 305 с.
7. Чецкая Г.Б. Научные медицинские труды северян в 1941–1945 гг. / Г.Б. Чецкая // Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: материалы VII Всерос. конф. (с междунар. участием). – М.: МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2011. – С. 205–206.
8. Чецкая Г.Б. Архангельский период в жизни казанских врачей Макаровых (1935–1946 годы) / Г.Б. Чецкая // Великая Отечественная война в жизни советского и российского народа: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Казань: Познание, 2011. – С. 214–218.
9. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2011 г. / сост.: А.В. Андреева, А.А. Боговая. – Архангельск: СГМУ, 2011. – 214 с.
10. Сидоров П.И. Северная медицинская школа. К 75-летию АГМИ-АГМА-СГМУ / П.И. Сидоров, Г.С. Щуров, Л.Г. Доморощенова. – Архангельск: СГМУ, 2007. – 325 с.
11. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2012 г. / сост.: А.В. Андреева. – Архангельск: СГМУ, 2012. – 280 с.
12. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2015 г. Т. 1 / А.В. Андреева, М.Г. Чирцова, Г.О. Самбуров. – Архангельск: СГМУ, 2015. – 289 с.
13. Чецкая Г.Б. Аннотированный каталог диссертаций сотрудников АГМИ-АГМА-СГМУ (1973–2002 гг.) / Г.Б. Чецкая, А.С. Крылов. – Архангельск: СГМУ, 2003. – 340 с.
14. Щуров Г.С. Профессора Северного государственного медицинского университета в 2000 году / Г.С. Щуров. – Архангельск: СГМУ, 2001. – 600 с.
15. Чецкая Г.Б. Аннотированный каталог диссертаций сотрудников СГМУ (2003–2012 гг.) / Г.Б. Чецкая. – Архангельск, 2012. – 197 с.
16. Андреева А.В. Аудитория имени профессора М.В. Пиккель в музейном комплексе СГМУ / А.В. Андреева // Третьи Апрельские чтения, посвященные памяти профессора М.В. Пиккель: сб. науч. тр. межрегион. науч.-практ. конф. – Архангельск: СГМУ, 2012. – С. 7–14.

### REFERENCES

1. Borodulin V.I., Glyantsev S.P. Our approaches to the study of the problem of scientific clinical schools in Russia. *Trudy po istorii mediciny [Articles on the history of medicine]*, 2016, vol. 1, pp. 222–228 (in Russian).
2. Shchurov G.S., Sidorov P.I. *Medicinskij obrazovatel'nyj i nauchnyj centr Evropejskogo Severa Rossii (1932–1987) [Medical educational and scientific center of the European North of Russia (1932–1987)]*. Volume 1. Arkhangelsk, SSMU, 2002. 520 p. (in Russian).
3. Glyantsev S.P., Andreeva A.V., Samburov G.O. Northern Scientific Medical School: pages of history (to the 85th anniversary of AMI-AGMI-AGMA-SSMU). *Trudy po istorii mediciny [Articles on the History of Medicine]*. Moscow, ROIM, 2017, pp. 352–365 (in Russian).
4. *Moe svyatoe remeslo (k 100-letiyu so dnya rozhdeniya Marii Vladimirovny Pikkel') [My Sacred Craft (to the 100th Anniversary of the Birth of Maria Vladimirovna Pikkel)]* / ed. comp. L.A. Zubov, A.V. Andreeva. Arkhangelsk, SSMU, 2011. 154 p. (in Russian).
5. Andreeva A.V., Chirtsova M.G. The names of Kazan scientists in the history of medicine of the Arkhangelsk region. *Kazanskij medicinskij zhurnal [Kazan Medical Journal]*, 2015, no. 2, pp. 264–267 (in Russian).
6. *Yubilejnye i pamyatnye daty mediciny i zdavoohraneniya Arhangel'skoj oblasti na 2014 g. [Anniversary and Memorable dates of Medicine and Health Care of the Arkhangelsk region for 2014]*. V. 1 / comp.: A.V. Andreeva, M.G. Chirtsova. Arkhangelsk, SSMU, 2014. 305 p. (in Russian).

7. Chetskaya G.B. Scientific Medical works of the northerners in 1941–1945. *Istoricheskij opyt mediciny v gody Velikoj Otechestvennoj vojny 1941–1945 gg.: materialy VII Vseros. konf. (s mezhdunar. uchastiem)* [Historical experience of medicine during the Great Patriotic War of 1941–1945: materials of the VII All-Russian. conf. (with international participation)]. Moscow, A.I. Evdokimov MGMSU, 2011, pp. 205–206 (in Russian).
8. Chetskaya G.B. The Arkhangelsk period in the life of the Kazan doctors Makarovs (1935–1946). *Velikaya Otechestvennaya vojna v zhizni sovetskogo i rossijskogo naroda: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf.* [The Great Patriotic War in the life of the Soviet and Russian people: materials of the All-Russian. scientific-practical conf]. Kazan: Knowledge, 2011, pp. 214–218 (in Russian).
9. *Yubilejnye i pamyatnye daty mediciny i zdravoohraneniya Arhangel'skoj oblasti na 2011 g.* [Anniversary and Memorable dates of Medicine and Health Care of the Arkhangelsk region for 2011] / comp.: A.V. Andreeva, A.A. Bogovay. Arkhangelsk, SSMU, 2011. 214 p. (in Russian).
10. Sidorov P.I., Shchurov G.S., Domoroshchenov L.G. *Severnaya medicinskaya shkola. K 75-letiyu AGMI-AGMA-SGMU* [Northern Medical School. To the 75th anniversary of AGMI-AGMA-SGMU]. Arkhangelsk, SSMU, 2007. 325 p. (in Russian).
11. *Yubilejnye i pamyatnye daty mediciny i zdravoohraneniya Arhangel'skoj oblasti na 2012 g.* [Anniversary and Memorable dates of Medicine and Health Care of the Arkhangelsk region for 2012] / comp: A.V. Andreeva. Arkhangelsk, SSMU, 2012. 280 p. (in Russian).
12. *Yubilejnye i pamyatnye daty mediciny i zdravoohraneniya Arhangel'skoj oblasti na 2015 g.* [Anniversary and Memorable dates of Medicine and Health Care of the Arkhangelsk region for 2015]. V. 1. / comp: A.V. Andreeva, M.G. Chirtsova, G.O. Samburov. Arkhangelsk, SSMU, 2015. 289 p. (in Russian).
13. Chetskaya G.B., Krylov A.S. *Annotirovannyj katalog dissertacij sotrudnikov AGMI-AGMA-SGMU (1973–2002 gg.)* [Annotated catalog of dissertations of employees of AGMI – AGMA – SSMU (1973–2002)]. Arkhangelsk, SSMU, 2003. 340 p. (in Russian).
14. Shchurov G.S. *Professora Severnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta v 2000 godu* [Professors of the Northern State Medical University in 2000]. Arkhangelsk, SSMU, 2001. 600 p. (in Russian).
15. Chetskaya G.B. *Annotirovannyj katalog dissertacij sotrudnikov AGMI-AGMA-SGMU (2003–2012 gg.)* [Annotated catalog of dissertations of SSMU employees (2003–2012)]. Arkhangelsk, 2012. 197 p. (in Russian).
16. Andreeva A.V. Professor M.V. Pikkol auditorium in the Museum Complex of SSMU. *Tret'i April'skie chteniya, posvyashchennye pamyati professora M.V. Pikkol: sb. nauch. tr. mezhhregion. nauch.-prakt. konf.* [Third April Readings dedicated to the memory of Professor M.V. Pikkol: Sat. scientific. tr. interregion. scientific-practical conf.]. Arkhangelsk, SSMU, 2012, pp. 7–14 (in Russian).

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Андреева Анна Владимировна – заведующая отделом истории медицины, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: aandra@yandex.ru

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

Спасенников Борис Аристархович – советник директора Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457

#### AUTHORS

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

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

Boris Spasennikov – Director's advisor, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-5668-6457

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.013

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Тельнова Е.А.<sup>1</sup>

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

### **Ключевые слова:**

нормативно-правовая база, лекарственное обеспечение, фармацевтический рынок, лекарственные средства, аптека, финансирование.

### **Аннотация**

Лекарственное обеспечение населения является неотъемлемой частью государственной системы здравоохранения. Тем не менее стабильность предоставления социальных гарантий государством, уровень экономического развития страны в период развивающегося фармацевтического рынка, который в отличие от рынков других товаров, имеет свои особенности: масштабность, широкий ассортимент, наукоемкость, длительный цикл разработки лекарственных препаратов, остаются в перечне основных факторов, влияющих на современное состояние лекарственное обеспечения. В лекции представлена структура фармацевтического рынка в РФ, говорится об краткой истории вопроса преобразований в области совершенствования системы лекарственного обеспечения. Автором представлены вопросы нормативно-правового регулирования, даны основные понятия и определения, а также новации и вопросы финансирования в системе лекарственного обеспечения.

## ORGANIZATION OF DRUG SUPPLY IN THE RUSSIAN FEDERATION

Telnova E.A.<sup>1</sup>

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

### **Keywords:**

regulatory framework, drug provision, pharmaceutical market, medicines, pharmacy, financing.

### **Abstract**

The provision of medicines to the population is an integral part of the state health system. Nevertheless, the stability of the provision of social guarantees by the state, the level of economic development of the country during the developing pharmaceutical market, which, unlike the markets of other goods, has its own characteristics: scale, wide range, knowledge intensity, long cycle of drug development, remain in the list of the main factors affecting the current state of drug provision. The review presents an analysis of the structure of the pharmaceutical market in the Russian Federation, and provides a brief history of the issue of changes in the field of improving the drug supply system. The author analyzes the issues of regulatory regulation, gives the basic concepts and definitions, as well as innovations and issues of financing in the system of drug provision.

Качественная медицинская помощь невозможна без организации качественного лекарственного обеспечения. В традиционном понимании фармакотерапия – один из основных методов консервативного лечения.

Лекарственное обеспечение населения является неотъемлемой частью государственной системы здравоохранения. Состояние лекарственного обеспечения зависит от уровня стабильности предоставления социальных гарантий государством и от уровня экономического развития страны в период развивающегося фармацевтического рынка, который, в отличие от рынков других товаров, имеет свои особенности: масштабность, широкий ассортимент, наукоемкость, длительный цикл разработки лекарственных препаратов (далее – ЛП) и др. [1; 2; 3].

В последние годы в области лекарственного обеспечения произошли серьезные изменения: переработана нормативно-правовая база по вопросам лекарственного обеспечения, были запущены в работу новые отечественные фармацевтические предприятия, а также проведены мероприятия, направленные на улучшение качества ЛС: внедрена система маркировки и мониторинга движения лекарственных препаратов; система GMP на фармацевтических предприятиях; введен мониторинг качества ЛС в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»<sup>1</sup>. Сформулированы правила локализации фармацевтического производства и введены дополнительные условия для соответствия критериям локализации.

Необходимо отметить, что, несмотря на все проводимые реформы и нововведения, как и в прежние годы, Россия отстает от средневропейского уровня потребления ЛП в 3 раза и в 5 раз – от США. Только в Бразилии и Китае уровень потребления ЛП на одного человека меньше, чем в России.

Изучение вопроса организации лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации мы начнем с основных понятий и анализа нормативно-правовой базы.

Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» содержит основные понятия и определения в области обращения лекарственных средств (далее – ЛС). Приведем самые важные из них.

<sup>1</sup> Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета. – 2010. – № 78.

Лекарственные средства – вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий [1; 2].

К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты.

Лекарственные средства обладают рядом специфических признаков, которые отличают их от других товаров. Например:

- ЛС не имеет четких критериев эффективности / безопасности;
- ЛС обладает фармакологическим действием;
- ЛС должны соответствовать специфическим требованиям качества;
- потребитель не способен самостоятельно оценить качество ЛП;
- мотивация приобретения ЛС строго специфична;
- государство принимает участие в финансировании расходов на приобретение ЛС, а также в регулировании обращения ЛС.

Субъекты обращения лекарственных средств – физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, и юридические лица, осуществляющие деятельность при обращении лекарственных средств.

Конечной и главной целью обращения ЛС является лекарственное обеспечение. Однако в настоящий момент официально утвержденного, закрепленного в нормативно-правовой базе, определения понятия «лекарственное обеспечение» не существует.

Лекарственное обеспечение подразумевает удовлетворение потребности пациентов в лечении (включая социально незащищенные группы населения) в соответствии с терапевтическими показаниями и нозологией заболевания.

Второй вариант определения звучит так:

Лекарственное обеспечение является элементом системы здравоохранения и составной частью медицинской помощи – это комплекс организаци-

онных, финансовых, нормативных мероприятий, направленных на предоставление населению эффективных, безопасных, качественных и доступных ЛС, зарегистрированных на территории Российской Федерации.

### **Из истории вопроса обращения лекарственных средств**

1918 г. – после революции все аптеки были национализированы. До этого периода аптеки находились исключительно в частной собственности.

В период 1918–1990 гг. все аптеки находились в собственности государства. Открытие и закрытие аптек осуществлялось по приказу вышестоящей организации. В регионах, как правило, существовал один аптечный склад.

В 90-х годах началось формирование рыночных отношений и, как следствие, разгосударствление (денационализация) аптечной сети, возникновение таких форм частной собственности, как ООО, ЗАО и пр., а также появление большого количества оптовых распространителей ЛП.

И в настоящее время практически ежегодно в системе здравоохранения и лекарственного обеспечения происходят значимые изменения, оказывающие влияние на систему обращения лекарственных средств в целом:

2004 г. – начало административной реформы (организация служб и агентств).

2004–2005 гг. – начало реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС).

2008–2009 гг. – из программы ОНЛС выделена программа «Семь высокочатратных нозологий» («7 ВЗН»).

2009–2011 гг. – реализация Национального приоритетного проекта «Здоровье».

2012–2014 гг. – реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения.

Серьезные изменения произошли и в фармацевтической промышленности.

2009 г. – отменен НДС на оборудование для фармацевтического производства. Утверждена стратегия «ФАРМА-2020».

2010 г. – принят Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Утвержден перечень стратегически значимых ЛС (СЛС).

2011 г. – утверждена Федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и меди-

цинской промышленности до 2020 года и дальнейшую перспективу». Принят Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»<sup>2</sup>. Утвержден Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Введено государственное регулирование цен на ЛП из перечня ЖНВЛП и организовано обеспечение пациентов с орфанными заболеваниями необходимыми лекарственными препаратами за счет бюджетов субъектов Российской Федерации [3].

2012 г. – издание майских указов Президента, в частности, Указа Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»<sup>3</sup> (90% по номенклатуре перечня ЖНВЛП к 2018 году).

2013 г. – расширены функции Министерства промышленности и торговли в части контроля за соблюдением требований GMP. Минпромторгом был издан Приказ от 14 июня 2013 г. № 916 «Об утверждении Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств»<sup>4</sup>. Решен вопрос о возможности проведения проверок соответствия зарубежных производителей ЛС требованиям GMP. Расширены преференции для производителей полного цикла производства. Сформированы правила локализации фармацевтического производства и введены дополнительные условия для соответствия критериям локализации производства. Выделены субсидии на разработку инновационных ЛС.

2020 г. – главное событие года – пандемия новой коронавирусной инфекции. Президентом РФ подписан указ о создании фонда «Круг добра» для поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными).

### **Анализ нормативно-правовой базы в области лекарственного обеспечения**

Лекарственное обеспечение граждан Российской Федерации состоит из отдельных направлений, различающихся по регулирующей

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

<sup>3</sup> Указ Президента от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. – 2012. – № 19. – Ст. 2335.

<sup>4</sup> Приказ Министерства промышленности и торговли РФ от 14 июня 2013 г. № 916 «Об утверждении правил надлежащей производственной практики» // Российская газета. – 2010. – № 252/1 (6228).

нормативной базе, источникам финансирования, механизмам реализации.

Одно из главных направлений в организации системы лекарственного обеспечения – это нормативно-правовое регулирование обеспечения процесса обращения лекарственных средств.

Обеспечение охраны здоровья граждан законодательно закреплено на федеральном уровне и направлено на достижение одной из главных целей государственной политики – сбережение и укрепление здоровья населения. В Российской Федерации в последнее десятилетие ведется активная законодательная деятельность по вопросам охраны здоровья граждан и лекарственного обеспечения. За период 2010–2015 гг. приняты основополагающие законодательные акты в области здравоохранения и лекарственного обеспечения.

Обращение лекарственных средств осуществляется в условиях развивающегося, регулируемого фармацевтического рынка, который к тому же имеет социальную направленность. Все участники регулируемого фармацевтического рынка должны соблюдать действующее законодательство и осуществлять свою работу в строгом соответствии с регламентирующими данную деятельность нормативными документами.

Главный нормативный документ, регулирующий и регламентирующий любую деятельность в рамках страны – Конституция России<sup>5</sup>. Она закрепляет главные принципы в сфере охраны здоровья граждан. На этих принципах основана система законодательных актов, регулирующих отношения в сфере здравоохранения.

Система правового регулирования строится на следующих конституционных принципах:

- человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства (ст. 2 Конституции РФ);  
- Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ст. 7 Конституции РФ);

- каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета,

страховых взносов, других поступлений (ч. 1 ст. 41 Конституции РФ);

- в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Конституция закрепляет одно из важнейших прав – право человека и гражданина на здоровье. Здоровье – это не только личное, но и социальное благо. Иначе говоря, каждый гражданин должен заботиться о своем здоровье, но и государство должно принимать все необходимые меры, содействующие сохранению и улучшению здоровья всех его граждан.

Конституция провозглашает Российскую Федерацию социальным государством, в связи с этим Россия принимает на себя обязанность проводить активную социальную политику. Доктрина социального государства с момента его возникновения в качестве основной идеи выдвигала приверженность интересам и правам личности. Социальная защищенность, благополучие и создание условий для развития человека признаются важнейшей задачей государства. По отношению к своим гражданам государство выступает как субъект социальной защиты.

Современное представление о социальном государстве базируется на характерных признаках, к числу которых относятся: 1) предоставление социальных гарантий населению и доступность социальной поддержки для всех граждан; 2) наличие социального законодательства; 3) обеспечение занятости; 4) функционирование системы социального обеспечения, включающей социальную поддержку за счет бюджетных средств; 5) принятие государством ответственности за уровень благосостояния граждан; 6) наличие гражданского общества.

К конституциональным признакам социального обеспечения относятся: объективные основания, вызывающие потребность в особом механизме социальной защиты граждан, направленном на поддержание или предоставление определенного уровня жизни (старость, болезнь, инвалидность, безработица и др.) посредством создания специальных фондов; определение других источников

<sup>5</sup> Конституция Российской Федерации // Российская газета. – 2020. – № 144 (8198).

финансирования социального обеспечения; а также закрепление прав граждан, имеющих право на льготное социальное обеспечение, на законодательном уровне.

В прошлом году были приняты поправки в Конституцию России, которые узаконили право каждого россиянина, вне зависимости от места жительства, на обеспечение медицинской помощью. Таким образом, предоставление доступной медицинской помощи каждому гражданину теперь является обязанностью государства.

Поправки, относящиеся к системе здравоохранения, предполагаются также для ст. 72 и ст. 132.

Конституция вводит понятие общественного здоровья и ответственности граждан за свое здоровье.

Основопологающими, базовыми документами, регулирующими деятельность системы здравоохранения РФ, в том числе системы лекарственного обеспечения населения, являются Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

#### **Анализ положений федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

С 1 января 2012 года в Российской Федерации вступил в силу новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ), который пришел на смену Федеральному закону от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»<sup>6</sup>. Принятие Закона № 323-ФЗ стало важным этапом на пути формирования обновленной отечественной системы здравоохранения. Приоритетным направлением в законе была определена профилактика и пропаганда здорового образа жизни, ответственность гражданина за свое здоровье. Особое внимание в документе уделено раннему выявлению неинфекционных заболеваний путем проведения различных скрининговых программ и диспансеризации. Новый закон существенно меняет регулирование правоотношений в сфере охраны здоровья граждан в нашей стране и заме-

няет 47 устаревших нормативно-правовых актов. Закон № 323-ФЗ определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан, права и обязанности гражданина в сфере здравоохранения, гарантии реализации этих прав, полномочия и ответственность органов власти всех уровней в сфере охраны здоровья, права и обязанности медицинских и фармацевтических специалистов и организаций при осуществлении деятельности в сфере здравоохранения [2; 3]. Закон № 323-ФЗ гарантирует соблюдение прав гражданина на бесплатную медицинскую помощь, выбор врача и медицинской организации, а также закрепляет единые стандарты оказания медицинской помощи.

Под действие Закона № 323-ФЗ попадают как государственные, так и частные организации здравоохранения.

Основная задача Закона № 323-ФЗ – отразить новеллы правового регулирования и, в совокупности с прежними нормами, создать современную и эффективную систему здравоохранения.

Из нововведений Закона № 323-ФЗ необходимо отметить следующие:

- внесены существенные изменения в систему профессионального медицинского образования; введена обязательная аккредитация медицинских и фармацевтических специалистов;

- впервые узаконено понятие редких (орфанных) заболеваний. Граждане, страдающие орфанными заболеваниями, должны быть обеспечены необходимыми лекарственными препаратами за счет государства. Перечень редких (орфанных) заболеваний формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещается на его официальном сайте в сети «Интернет». В целях обеспечения граждан, страдающих орфанными заболеваниями, включенными в перечень, утвержденный органом исполнительной власти, лекарственными препаратами, осуществляется ведение Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности;

- статья 38 регламентирует обращение медицинских изделий, а статьи 95–96 посвящены контролю за обращением медицинских изделий и мониторингу безопасности медицинских изделий.

<sup>6</sup> Федеральный закон от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» // Российские вести. – 1993. – № 174.

Это особенно важно в связи с отсутствием закона «О медицинских изделиях».

Другой не менее важный закон – это Федеральный закон от 12 апреля 2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее – Закон № 61-ФЗ), пришедший на смену Федеральному закону от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах».

Закон № 61-ФЗ регулирует отношения, возникающие в связи с обращением лекарственных средств:

- 1) разработку, доклинические и клинические исследования, экспертизу, государственную регистрацию со стандартизацией и контролем качества;
- 2) производство, изготовление, хранение, перевозку, ввоз/вывоз ЛС в/из РФ;
- 3) рекламу, отпуск, реализацию, передачу, применение, уничтожение ЛС (ст. 1).

Новый Федеральный закон устанавливает приоритет государственного регулирования безопасности, качества и эффективности лекарственных средств при их обращении (ст. 1).

Принцип приоритетности государственного регулирования качества, эффективности и безопасности лекарственных средств проявляется в следующем.

Во-первых, производство лекарственных средств и фармацевтическая деятельность могут осуществляться только на условиях, предусмотренных лицензией, выдаваемой в установленном законом порядке.

Во-вторых, государство устанавливает единые правила (стандарты) производства лекарственных средств. По состоянию на 10 августа 2015 года действует ГОСТ Р 52249-2009 и приказ Минпромторга от 14 июня 2013 г. (с изменениями и дополнениями от 18 декабря 2015 г.) «Об утверждении правил организации производства и контроля качества лекарственных средств». Стандарт и приказ предписывают всем организациям – производителям лекарственных средств разработать систему обеспечения качества производства, включающую контроль качества и систему анализа рисков.

В-третьих, проведение доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов контролируется государством. Данная функция возложена на Федеральную службу по надзору в сфере

здравоохранения Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения»<sup>7</sup>.

В-четвертых, уполномоченный федеральный орган исполнительной власти осуществляет мониторинг безопасности лекарственных препаратов, т.е. отслеживает возможные негативные последствия их применения, предупреждает пациентов и защищает их от такого применения (см. комментарий к ст. 64 Закона № 61-ФЗ). Реализация данной функции возложена на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

Также Законом № 61-ФЗ в настоящее время определены основы правовых отношений, связанных с регулированием обращения лекарственных средств. Подробно рассмотрены этапы обращения лекарственных средств. Регулируются вопросы государственного контроля при обращении ЛС: разработка, регистрация, доклинические, клинические исследования, экспертиза ЛП, ввоз, вывоз, уничтожение и маркировка; различные вопросы фармацевтической деятельности, в том числе ввод в гражданский оборот ЛП; вопросы изготовления, розничной реализации, отпуска ЛП; вопросы фармаконадзора и др.

Законом № 61-ФЗ установлен приоритет в регулировании обращения лекарственных средств перед иными федеральными законами. Отношения в указанной сфере могут регулироваться только нормативными правовыми актами федерального уровня. Следовательно, ни органы власти субъектов РФ, ни муниципальные образования не могут издавать собственные нормы, затрагивающие обращение лекарственных средств. Это связано с тем, что вопросы безопасности (а обращение лекарственных средств имеет к ним непосредственное отношение) отнесены ст. 71 Конституции России к предметам ведения Российской Федерации. Кроме того, невозможность регионального правового регулирования указанного круга отношений вытекает из потребности обеспечить единство юридических требований к обращению лекарственных средств (одинаковые права и обязанности субъектов, принимающих участие в их изготовлении, реализации и иных подобных действиях). Очевидно также, что регулирование обращения лекарствен-

<sup>7</sup> Постановление Правительства России от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2004. – № 28. – Ст. 2900.

ных средств не имеет определенной региональной (историко-культурной и иной схожей) специфики и потому не нуждается в нормативных правовых актах, принимаемых законодательными (представительными) органами власти субъектов РФ (ст. 3 Закона № 61-ФЗ). А именно, субъекты Российской Федерации не вправе регулировать вопросы, касающиеся: разработки, доклинических, клинических исследований, экспертизы ЛС, государственной регистрации ЛП, стандартизации в сфере ЛС, производства, изготовления, хранения, контроля качества ЛП, перевозки, ввоза / вывоза ЛС в / из РФ, рекламы ЛП, отпуска, реализации, передачи ЛП, применения ЛП, уничтожения ЛП [2].

Анализ ст. 6 Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» выявил следующее:

- во-первых, перечень полномочий субъектов Российской Федерации в сфере обращения лекарственных средств крайне незначителен (всего три полномочия);

- во-вторых, эти полномочия (исходя из ранее описанных принципов и правил) не должны быть полномочиями нормативно-правовыми, то есть полномочиями, предполагающими установление новых правил регулирования по сравнению с теми, которые уже существуют на федеральном уровне. То есть, по сути, это должны быть полномочия правоприменительного характера, связанные с обеспечением реализации уже установленных правил, конкретизацией имеющихся федеральных предписаний на уровне отдельного субъекта Российской Федерации. Такие полномочия установлены в ст. 6 Закона № 61-ФЗ:

- 1) разработка и реализация региональных программ обеспечения населения ЛП;
- 2) осуществление регионального государственного контроля за установлением цен на ЛП, включенные в перечень ЖНВЛП, за организациями оптовой торговли, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность;
- 3) установление предельных размеров оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.

Однако полномочия субъектов Российской Федерации, касающиеся установления предельных размеров оптовых надбавок и предельных

размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, противоречат всем вышеуказанным принципам разграничения полномочий между Российской Федерацией и субъектами Российской Федерации. Данные полномочия являются нормативно-правовыми, поскольку предполагают установление новых правил, от которых зависит поведение субъектов фармацевтического рынка. Эти полномочия связаны с регламентированием экономической стороны оборота лекарственных средств, т.е. относятся к гражданскому (антимонопольному) законодательству. В результате самостоятельного регулирования предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок на уровне каждого субъекта Российской Федерации нарушается принцип единого рынка, поскольку его правовые основы становятся дифференцированными, производными не от осуществления экономической деятельности на территории Российской Федерации, а от осуществления экономической деятельности в пределах субъекта Российской Федерации. Данный подход противоречит ст. 5 (принцип государственной целостности Российской Федерации), ст. 8 (принципы свободного экономического пространства, свободного перемещения товаров и услуг) Конституции России.

Согласно ст. 63, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации устанавливают предельные размеры оптовых надбавок и предельные размеры розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, в соответствии со специальной методикой.

Частью 3 ст. 63 Закона № 61-ФЗ установлены требования к информационной открытости при исполнении данных полномочий органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации обязаны разместить в сети «Интернет» или опубликовать информацию: 1) о зарегистрированной предельной отпускной цене на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП; 2) об установленных в субъекте Российской Федерации размере предельной опто-

вой надбавки и (или) размере предельной розничной надбавки к установленным производителями лекарственных препаратов фактическим отпускным ценам на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП; 3) о сумме фактической отпускной цены, установленной производителем лекарственных препаратов.

Частью 4 ст. 63 Закона № 61-ФЗ установлено, что принятые с нарушением указанных выше требований решения органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации об установлении предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к зарегистрированным предельным отпускным ценам на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, подлежат отмене в судебном порядке. Данное предписание не вводит новых правил, лишь конкретизирует норму федерального законодательства о том, что органы государственной власти должны соблюдать законы (ч. 2 ст. 15 Конституции РФ).

Анализ других статей закона № 61-ФЗ показывает наличие у субъектов Российской Федерации иных следующих полномочий: 1) лицензионный контроль в сфере производства лекарственных средств и в сфере фармацевтической деятельности осуществляется не только федеральным органом исполнительной власти, но и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (ст. 9); 2) перечень медицинских организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность и их обособленных подразделений (амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики), расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, а также перечень лекарственных препаратов (за исключением наркотических и психотропных), продажа которых может осуществляться указанными организациями и их обособленными подразделениями, устанавливаются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (ст. 55); 3) контроль за соблюдением правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах, а также за соблюдением правил ведения и хранения специальных

журналов, возлагается как на уполномоченные федеральные органы исполнительной власти, так и на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие лицензирование производства лекарственных средств, фармацевтической и медицинской деятельности (ст. 58) [2].

Перечень основных нормативных документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».
3. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
4. Приказ Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения в Российской Федерации на период до 2025 года и планах ее реализации».
5. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
6. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения».
7. Федеральный закон от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».
8. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
9. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».
10. Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании».
11. Кодифицированные акты Российской Федерации (Гражданский кодекс; Кодекс об административных правонарушениях; Уголовный кодекс).
12. Федеральный закон от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
13. Федеральный закон от 26 июля 2006 г. № 135-ФЗ «О защите конкуренции».
14. Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
15. Федеральный закон от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муницип-

ципального контроля» и др.

Кроме перечисленных нормативных документов, каждый закон имеет довольно много подзаконных актов.

Законодатель устанавливает, что государственное регулирование безопасности, качества и эффективности лекарственных средств при их обращении является приоритетным с точки зрения анализируемого Закона.

### **Новации в области нормативного регулирования в сфере обращения лекарственных средств**

1. Федеральный закон от 27 декабря 2018 г. № 511-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»<sup>8</sup> разрешил проведение контрольных закупок при осуществлении контрольных мероприятий как нового способа борьбы с контрафактной, фальсифицированной и некачественной продукцией.

2. Статья 46 федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ: дополнена сведениями о маркировке ЛС. Маркировка фармацевтической продукции введена в целях защиты граждан от рисков приобретения фальсифицированной или контрафактной фармацевтической продукции.

3. Постановление Правительства РФ от 31 июля 2017 г. № 907 «О внесении изменений в Положение о федеральном государственном надзоре в сфере обращения ЛС»<sup>9</sup>. В целях применения Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения риск-ориентированного подхода при осуществлении государственного надзора деятельность юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (далее – объекты государственного надзора) подлежит отнесению к определенной категории риска в соответствии с Правилами отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей и (или) используемых ими производственных объектов к определенной категории риска или определенному классу (категории) опасности, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2016 г. № 806 «О применении риск-ориентирован-

<sup>8</sup> Федеральный закон от 27 декабря 2018 г. № 511-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // *Собрание законодательства Российской Федерации*. – 2018. – № 53. – Ст. 8437.

<sup>9</sup> Постановление Правительства России от 31 июля 2017 г. № 907 «О внесении изменений в Положение о федеральном государственном надзоре в сфере обращения ЛС» // *Собрание законодательства Российской Федерации*. – 2017. – № 32. – Ст. 5087.

ного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации»<sup>10</sup> (далее – Правила).

4. Федеральным законом от 28 декабря 2017 г. № 425-ФЗ<sup>11</sup> внесены изменения в Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Поправки к закону предусматривают создание системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя с использованием средств идентификации (маркировки). Производителей обязали наносить специальную маркировку на первичную и вторичную упаковки ЛП. Данные о препаратах передаются в информационную систему мониторинга движения лекарственных препаратов. Любой гражданин может с помощью указанной информационной системы проверить легальность препарата.

5. Федеральный закон от 5 апреля 2016 г. № 93-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 15 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"»<sup>12</sup> касается вопросов лицензирования (в части предоставления и переоформления лицензий, предоставления дубликатов и копий лицензий, осуществления лицензионного контроля в отношении соискателей лицензий и лицензиатов). Росздравнадзором получены полномочия на осуществление лицензионного контроля в отношении организаций (лицензиатов).

6. Федеральный закон от 28 ноября 2018 г. № 449-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»<sup>13</sup> устанавливает новый порядок ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения.

7. Постановление Правительства РФ от 16 мая 2020 г. № 697 «Об утверждении Правил выдачи

<sup>10</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2016 г. № 806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» // *Собрание законодательства РФ*. – 2016. – № 35 (29.08). – Ст. 5326.

<sup>11</sup> Федеральный закон от 28 декабря 2017 г. № 425-ФЗ // *Собрание законодательства Российской Федерации*. – 2018. – № 1, ч. 1. – Ст. 9.

<sup>12</sup> Федеральный закон от 05 апреля 2016 г. № 93-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 15 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"» // *Собрание законодательства Российской Федерации*. – 2016. – № 15. – Ст. 2055.

<sup>13</sup> Федеральный закон от 28 ноября 2018 г. № 449-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // *Собрание законодательства Российской Федерации*. – 2018. – № 49, ч. 1. – Ст. 7521.

разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом, осуществления такой торговли и доставки указанных лекарственных препаратов гражданам и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросу розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом»<sup>14</sup>.

8. Федеральный закон от 27 декабря 2009 г. № 475-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» дополняет понятийный аппарат, устанавливает порядок взаимозаменяемости, а также регламентирует правила ввоза на территорию РФ незарегистрированных лекарственных препаратов.

#### **Источники финансирования лекарственного обеспечения**

Серьезное влияние на развитие фармацевтического рынка оказывает финансирование лекарственного обеспечения [5; 6, с. 107–120]. Основными источниками финансирования лекарственного обеспечения являются:

- государственный бюджет федерального и регионального уровней;
- средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС);
- личные средства граждан;
- благотворительные фонды.

В общем объеме финансирования фармацевтического рынка соотношение затрат государства и граждан составляет:

- 65–70% – средства граждан;
- 30–35% – средства государственного бюджета федерального и регионального уровней.

Таким образом, в России функционирует смешанная бюджетно-страховая система финансирования лекарственного обеспечения.

За счет средств федерального бюджета финансируются программы:

- ДЛО – ОНЛС – обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

- обеспечение пациентов дорогостоящими препаратами в рамках государственной программы «высокозатратных нозологий» в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 2007 г. № 132 «О внесении изменений в Федеральный закон "О федеральном бюджете на 2007 год», а также постановлением Правительства Российской Федерации от 17 октября 2007 г. № 682 «О централизованной закупке в 2008 и 2009 годах лекарственных средств, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» и приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 октября 2007 г. № 650 «О формах заявок на поставку лекарственных препаратов предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей».

С 1 января 2020 года государственная программа по высокозатратным нозологиям включает в себя уже 14 нозологий – в соответствии с изменениями в Распоряжении Правительства России от 12 октября 2019 г. № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»<sup>15</sup>, а также с постановлением Правительства России от 26 ноября 2018 г. № 1416 «О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных

<sup>14</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 16 мая 2020 г. № 697 «Об утверждении Правил выдачи разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом, осуществления такой торговли и доставки указанных лекарственных препаратов гражданам и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросу розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2020. – № 21. – Ст. 7521.

<sup>15</sup> Распоряжение Правительства России от 12 октября 2019 г. № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2019. – № 42, ч. 3. – Ст. 5979.

Таблица 1

Финансирование системы лекарственного обеспечения в 2018–2019 гг.

Статья расходов (%) / Период (год)	2018	2019
Розничный сектор	71	50
Льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО)	8	30
Госпитальный сектор	11	20

им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

Помимо перечисленного из федерального бюджета финансируются следующие государственные программы: «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (туберкулез, ВИЧ, СПИД)»; «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний (календарь прививок)».

За счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации финансируются:

- льготное лекарственное обеспечение в соответствии с Постановлением Правительства России от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (с изменениями и дополнениями)»<sup>16</sup>;

- обеспечение лекарственными препаратами для лечения орфанных заболеваний в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

За счет средств Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ФФОМС и ТФОМС) финансируются программы государственных гарантий (пересматриваются ежегодно) в соответствии с Постановлением Правительства России от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов», а также в соответствии с Фе-

<sup>16</sup> Постановление Правительства России от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 15. – Ст. 1791.

деральным законом от 9 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>17</sup>.

Анализ финансирования показал: общие объемы финансирования по программе ОНЛС остаются на стабильном уровне, однако выявлена негативная тенденция – за последние 10 лет произошло сокращение финансирования программы высокочрезвычайных нозологий на 8,3 млрд руб. при росте численности пациентов на 80 тыс. человек.

Каждый субъект России имеет определенный уровень социально-экономического развития. Тревожным сигналом является неравенство в распределении финансирования льготного лекарственного обеспечения разных субъектов страны: в настоящее время расходы на приобретение лекарственных препаратов на одного льготника в регионах отличаются более чем в 7 раз.

Заключение.

Во второй части лекции будут рассмотрены вопросы организации лекарственного обеспечения:

- характеристика фармацевтического рынка: объемы, структура, сегменты рынка – промышленность, дистрибуция, розничная реализация ЛП;
- проблемы в области лекарственного обеспечения;
- государственное регулирование рынка ЛС: регистрация ЛП, лицензирование, контроль.

В третьей части будут рассмотрены вопросы:

- льготного лекарственного обеспечения;
- совершенствования системы лекарственного обеспечения.

<sup>17</sup> Федеральный закон от 9 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2010. – № 49. – Ст. 6422.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комментарий к Федеральному закону от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – URL: <https://docs.cntd.ru>
2. Григорян С. «Лекарственный кодекс» № 61-ФЗ. Обновление 2020 / С. Григорян // Онлайн-журнал для фармацевтов и медицинских работников – URL: [https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/pharmacy/lekarstvennyiy\\_kodeks\\_obnovlenie](https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/pharmacy/lekarstvennyiy_kodeks_obnovlenie)
3. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) // Протос Экспертиза. Промышленная и экологическая безопасность. – URL: <https://library.fsetan.ru/doc/kommentarij-k-federalnomu-zakonu-ot-21-noyabrya-2011-goda-n-323-fz-ob-osnovah-ohrany-i-zdorovya-grazhdan-v-rossijskoj-federatsii-postatejnyj/>
4. Кирилловых А.А. Научно-практический комментарий к Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / А.А. Кирилловых // Медицинское право. Jurisprudence.Club. – URL: <https://jurisprudence.club/pravo-meditsinskoe/nauchno-prakticheskij-kommentarij-federalnomu231.html>
5. Улумбекова Г.Э. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.) / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, А.В. Калашникова, Н.В. Альвианская // ОргЗдрав. Вестник ВШОУЗ: электронный журнал. – URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg-//>
6. Улумбекова Г.Э. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, Е.А. Чабан // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2016. – № 2 (24). – С. 107–120.

### REFERENCES

1. Kommentarij k Federal'nomu zakonu ot 12.04.2010 № 61-FZ «Ob obrashhenii lekarstvennyh sredstv». Jelektronnyj fond pravovoj i normativno-tehnicheskoy dokumentacii. [Commentary to Federal Law No. 61-FZ of 12.04.2010 "On the Circulation of Medicinal Products". Electronic fund of legal and regulatory and technical documentation]. URL: <https://docs.cntd.ru> (in Russian).
2. Grigorjan S. «Lekarstvennyj kodeks» № 61-FZ. Obnovlenie 2020. Onlajn-zhurnal dlja farmacevtov i medicinskih rabotnikov [Grigoryan S. "Medicinal Code" No. 61-FZ. Update 2020. Online magazine for pharmacists and medical professionals]. URL: [https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/pharmacy/lekarstvennyiy\\_kodeks\\_obnovlenie](https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/pharmacy/lekarstvennyiy_kodeks_obnovlenie) (in Russian).
3. Kommentarij k Federal'nomu zakonu ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii» (postatejnyj). Protos Jekspertiza. Promyshlennaja i jekologicheskaja bezopasnost' [Commentary to Federal Law No. 323-FZ of 21.11.2011 "On the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation" (article-by-article). Protos Expertise. Industrial and environmental safety]. URL: <https://library.fsetan.ru/doc/kommentarij-k-federalnomu-zakonu-ot-21-noyabrya-2011-goda-n-323-fz-ob-osnovah-ohrany-i-zdorovya-grazhdan-v-rossijskoj-federatsii-postatejnyj/> (in Russian).
4. Kirillovyh A.A. Nauchno-prakticheskij kommentarij k Federal'nomu zakonu «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii». Medicinskoe pravo. Jurisprudence.Club [Kirillov A. A. Scientific and practical commentary on the Federal Law "On the basics of Public Health Protection in the Russian Federation". Medical law. Jurisprudentse.club]. URL: <https://jurisprudence.club/pravo-meditsinskoe/nauchno-prakticheskij-kommentarij-federalnomu231.html> (in Russian).
5. Ulumbekova G.Je., Ginojan A.B., Kalashnikova A.V., Al'vianskaja N.V. Finansirovanie zdavookhraneniya v Rossii (2021–2024 gg.). OrgZdrav. Vestnik VShOUZ: jelektronnyj zhurnal [Health financing in Russia (2021–2024 gg.). Orgstr. Bulletin of VSOS: electronic journal]. URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg-//> (in Russian).
6. Ulumbekova G.Je., Ginojan A.B., Chaban E.A. Quantitative analysis of factors affecting the health status of the population in the Russian Federation. Medicinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie [Medical education and professional development], 2016, vol. 2 (24), pp. 107–120 (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Тельнова Елена Алексеевна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор фармацевтических наук, Москва, Российская Федерация;  
e-mail: [telnovaea@yandex.ru](mailto:telnovaea@yandex.ru)  
ORCID: 0000-0002-8893-1453

### AUTHOR

Elena Telnova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Pharmacology, Moscow, Russian Federation;  
e-mail: [telnovaea@yandex.ru](mailto:telnovaea@yandex.ru)  
ORCID: 0000-0002-8893-1453

# ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

УДК 61(091)

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.014

## ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2021 ГОДА

Поддубный М.В.<sup>1</sup>, Егорышева И.В.<sup>1</sup>, Шерстнева Е.В.<sup>1</sup>

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

### Ключевые слова:

история медицины, 2021 год.

### Аннотация

В статье представлены юбилейные и памятные даты истории медицины и здравоохранения 2021 года.

## ANNIVERSARY AND MEMORABLE DATES OF THE HISTORY HEALTH 2021

Poddubny M.V.<sup>1</sup>, Egorysheva I.V.<sup>1</sup>, Sherstneva E.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

history of medicine, 2021.

### Abstract

The article presents the anniversary and memorable dates of the history of medicine in 2021.

В 2021 году исполняется:

1025 лет – киевский князь Владимир возложил на церковные власти заботу о вдовах, сиротах, стариках и больных (996).

500 лет – в Пскове приняты первые в России внутренние карантинные меры во время эпидемии чумы (1521).

300 лет – Указ Петра I об устройстве в Москве госпиталей для незаконнорожденных младенцев (1721).

300 лет – Аптекарский приказ преобразован в Медицинскую канцелярию – высший орган управления врачебным делом в России (1721).

300 лет – первая в России мастерская «лекарственных инструментов» (1721).

250 лет – Воспитательный дом в Петербурге и Родильный институт при нем (1771).

250 лет – «Наставление о предохранительных средствах от моровой язвы» (К.О. Ягельский, 1771).

225 лет – первые вакцинации против оспы человеку (Е. Jenner, 1796).

225 лет – «Краткое описание сибирской язвы,

содержащее предохранительное и «врачевательное» средство, в пользу простого народа» (С.С. Андреевский, 1796).

200 лет – «Руководство к повивальной науке» (Д.И. Левитский, 1821).

175 лет – «Друг матерей или полное руководство, как предупреждать распознавать детские болезни и лечить их» (К.И. Грум-Гржимайло, 1846).

175 лет – «Об источниках и употреблении статистических сведений» (Д.П. Журавский, 1846).

175 лет – «Анатомические изображения человеческого тела, назначенные преимущественно для судебных врачей» (Н.И. Пирогов, 1846).

175 лет – разделение клиник на факультетские и госпитальные в Московском университете (Москва, 1846).

150 лет – «Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 году» (Н.И. Пирогов, 1871).

150 лет – «Земская медицина» (И.И. Моллесон, 1871).

150 лет – «Хинин и его употребление в болотных лихорадках» (Н.И. Торопов, 1871).

150 лет – оспенный телятник, организованный Вольно-экономическим обществом (Петербург, 1871).

150 лет – первый в России губернский съезд земских врачей (Тверь, 1871, 7 июля).

150 лет – С.-Петербургское общество практических врачей (1871).

150 лет – первый в России губернский съезд земских врачей (Тверь, 1871, 7 июля).

125 лет – «О приготовлении противодифтерийной сыворотки в Московском бактериологическом институте» (Н.М. Берестнев, 1896).

125 лет – «Русские учебники. Исследования в области древней врачебной письменности» (Л.Ф. Змеев, 1896).

125 лет – «Сельскохозяйственные рабочие и организация за ними санитарного надзора в Херсонской губернии» (Н.И. Тезяков, 1896).

125 лет – Первый Поволжский съезд по борьбе с дифтерией (Казань, 1896, 20 мая).

125 лет – проведение первых рентгенологических исследований больных (в Германии – Н.Е. Albers-Schönberg, A. Köhler, R. Grashey; в России – С.П. Григорьев, Я.М. Розенблат, Н.Н. Черкасов, А.К. Яновский; в Австрии – G. Holzkecht; во Франции – A. Béclère, R. Zedoux-Zebard; в США – C. Beck, W.E. Caldwell; в Швеции – C.G.A. Forssell, 1896).

125 лет – изобретение аппарата для измерения артериального давления (сфигмоманометр Рива-Роччи) (S. Riva-Rocci, 1896).

100 лет – Постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР «Об условиях, обеспечивающих научную работу академика И.П. Павлова и его сотрудников» (1921, 24 января).

100 лет – Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О детском питании» (1921, 22 июля).

100 лет – Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О холерной эпидемии» (1921, 25 июля).

100 лет – Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «Об охране здоровья подростков и детей» (1921, 15 сентября).

100 лет – Постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР «О социальном страховании рабочих и служащих» (1921, 15 ноября).

100 лет – Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О мерах борьбы с сыпным и возвратным тифом» (1921, 19 декабря).

100 лет – Декрет Совета Народных Комисса-

ров РСФСР «О домах отдыха» (1921, 13 мая).

100 лет – Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «Об освобождении и передаче в ведение курортных управлений помещений и зданий, пригодных для устройства санаториев в курортных местностях» (1921, 11 июля).

100 лет – первый в стране ночной санаторий при Замоскворецком туберкулезном диспансере в Москве (1921).

100 лет – создание при Народном комиссариате здравоохранения комиссии по борьбе с малярией (З.П. Соловьев, 1921).

100 лет – первый в стране венерологический диспансер (Москва, 1921).

100 лет – «Основы гигиены»: Т. 1–2 (Г.В. Хлопин, 1921–1923).

100 лет – получение инсулина (F.G. Banting, C.H. Best, 1921–1922).

100 лет – создание противотуберкулезной профилактической вакцины, получившей широкое распространение под названием БЦЖ (BCG) (A. Calmette, C. Guerin, 1921–1926).

100 лет – «Московский медицинский журнал» (1921–1931, в 1931 г. – «За социалистическое здравоохранение»).

100 лет – Первый съезд работников лечебно-санитарного дела (1921, 6–10 января).

100 лет – Первый Всероссийский съезд по курортному делу (Москва, 1921, 10–18 февраля).

100 лет – Первое Всероссийское совещание по санитарному просвещению (1921, 15–20 марта).

100 лет – Первый Всероссийский съезд по оздоровлению населенных мест (1921, 15–22 сентября).

75 лет – Первая сессия Генеральной Ассамблеи ООН, на которой было принято решение создать новую международную организацию здравоохранения и передать ей функции санитарной организации Лиги Наций (1946, февраль).

75 лет – преобразование Народного комиссариата здравоохранения СССР в Министерство здравоохранения СССР (1946).

75 лет – Указ Президиума Верховного Совета СССР об образовании Министерства медицинской промышленности СССР (1946, 14 июня)

75 лет – «Вестник Академии медицинских наук СССР» (1946; с 1992 г. – «Вестник РАМН»).

75 лет – Всесоюзное общество историков медицины (1946).

75 лет – Постановление Совета Министров СССР «О научной разработке и обобщении опыта советской медицины во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.» (1946, 26 марта).

75 лет – Всероссийское совещание санитарных работников по вопросу ликвидации санитарных последствий войны (1946, ноябрь).

50 лет – введение присяги врача Советского Союза (1971).

\*\*\*

11 февраля – 80 лет со дня рождения Владимира Константиновича ЛЕПАХИНА (1941, род. в Курске), российского фармаколога, члена-корреспондента РАН, члена Президиума РАМН (1990–1995). В 1983–1992 гг. – председатель Фармакологического комитета и одновременно (с 1985 г.) – заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии Российского университета дружбы народов. В 1989–1992 гг. – заместитель министра здравоохранения СССР, начальник Главного управления науки и медицинских технологий МЗ. С 1998 г. – помощник Генерального директора ВОЗ по медицинским технологиям и лекарственным средствам. Основные научные исследования посвящены разработке принципов и методов испытаний и экспертной оценки новых фармакологических препаратов; проблемам фармакологической активности, фармакокинетики, переносимости и безопасности лекарственных средств.

*Соч.:* Лекарственные средства, регулирующие функции органов пищеварения: Учеб. пособие. – М., 2007. (Совместно с др.); Лекарства: неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности. – М., 2008. (Совместно с др.).

*Лит.:* В.К. Лепяхин // 60 лет Российской академии медицинских наук. – М.: 200; Владимир Константинович Лепяхин (к 75-летию со дня рождения). Безопасность и риск фармакотерапии. – 2016. – № 1. – С. 41–42.

21 февраля – 85 лет со дня рождения Михаила Федосовича САВЧЕНКОВА (1936, род. в селе Катарбей Нижнеудинского района Иркутской области), российского гигиениста, академика РАН, заслуженного деятеля науки. Заведующий кафедрой общей гигиены Иркутского медицинского института (1982–1987), заместитель председателя Президиума по научной работе Восточно-Сибирского филиала Сибирского отде-

ления РАМН (1987–2007). С 2007 г. – ведущий научный сотрудник лаборатории эпидемиологии и антропонозных инфекций Института эпидемиологии и микробиологии НЦ медицинской экологии Восточно-Сибирского филиала Сибирского отделения РАМН. Научные исследования посвящены медико-экологическим проблемам Сибири: эколого-гигиеническим аспектам применения пестицидов, охране от загрязнения водоемов, почвы, атмосферного воздуха.

*Соч.:* Медицинская экология. – Иркутск, 1989. (Совместно с др.); Бихимические исследования в токсикологическом эксперименте. – Иркутск, 1990; Экологическая токсикология. – Иркутск, 1991. Токсикологическая оценка новых химических веществ. – Иркутск, 1992.

*Лит.:* М.Ф. Савченков // 60 лет Российской академии медицинских наук. – М., 2004. – С. 408.

16 апреля – 125 лет со дня рождения Николая Алексеевича БОГОЯВЛЕНСКОГО (1896–1973, род. в деревне Николино Кирсановского уезда Тамбовской губернии), отечественного историка медицины и специалиста в области эпидемиологии тропических заболеваний. Ряд работ посвящен истории отечественной медицины эпохи феодализма и медико-санитарным связям России с Индией, Кубой, Африкой. Один из организаторов противомаларийной борьбы в Азербайджане.

*Соч.:* Маляриеподобные заболевания детей Казахского района (висцеральный лейшманиоз). – Баку, 1935. – 109 с.; Малярия Тальша (эпидемиол. очерк организации и план борьбы). – Баку, 1936.; Древнерусское врачевание в XI–XVII в. – М., 1960.; Медицина у первоселов Русского Севера: Очерки из истории санитарного быта и народного врачевания XI–XVII вв. – Л., 1966.; Отечественная анатомия и физиология в далеком прошлом. – Л., 1970.

*Лит.:* Севастьянов В.И. Н.А. Богоявленский // Из истории медицины. – Рига, 1975. – Т. 10. – С. 254–257.

7 июня – 80 лет со дня рождения Валерия Тимофеевича МАНЧУКА (1941, род. в селе Абан Абанского района Красноярского края), российского педиатра, члена-корреспондента РАН. В 1976–1989 гг. руководитель отделения и одновременно (1989–1992) – заместитель директора, с 1992 г. – директор НИИ медицинских проблем Се-

вера СО РАМН. В настоящее время является научным руководителем этого же института. Научные исследования посвящены вопросам адаптации детского организма к экстремальным условиям высоких северных широт, особенностям формирования здоровья детей коренного и пришлого населения Сибири и Севера.

*Соч.:* Особенности вакцинопрофилактики кори в условиях Крайнего Севера // Сибирский мед. журнал (Иркутск). – 2002. – № 6. – С. 74–78; Метеотропные реакции сердечнососудистой системы и их профилактика. – Новосибирск: Наука, 2005. (Совместно с др.); Дети Севера: проблемы психического здоровья. – Иркутск, Красноярск, 2006. (Совместно с др.).

*Лит.:* 60 лет Российской академии медицинских наук. – М.: 2004. – С. 461.

15 июля – 80 лет со дня рождения Александра Александровича БАРАНОВА (1941, род. в деревне Арзаматово Шарангского района Кировской области), российского педиатра, академика РАН (член Президиума РАН с 2014 г.). С 1979 г. – директор Горьковского НИИ педиатрии. В 1987–1992 гг. – заместитель (с 1990 г. – 1-й зам.) министра здравоохранения СССР. С 1989 г. – заведующий кафедрой детских болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и одновременно – президент Международного фонда охраны здоровья матери и ребенка, директор НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи. С 1998 по 2018 гг. – директор Научного центра здоровья детей РАМН, (с 2017 г. Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей МЗ РФ). С 2004 г. – главный внештатный специалист-педиатр МЗ РФ. Основные научные исследования посвящены фундаментальным проблемам роста и развития детей, разработке новых технологий диагностики и лечения болезней органов пищеварения, профилактике социально значимых болезней детей и подростков, снижению младенческой смертности в стране. Главный редактор журналов «Российский педиатрический журнал», «Вопросы современной педиатрии». Член Научного совета при Совете безопасности РФ, член Совета при Президенте РФ по науке, технологиям и образованию. Лауреат премий РАМН имени Н.Ф. Филатова за лучшую научную работу по педиатрии и имени А.А. Богомольца за лучшую научную работу по

патологической физиологии, премии Правительства РФ в области науки и техники.

*Соч.:* Пропедевтика детских болезней: Учебник. – М.: Медицина, 1998. (Совместно с др.); Здоровье детей России: (Состояние и проблемы). – М., 1999. (Совместно с др.); Детские болезни: Учебник. – М.: Медицина, 2001. (Совместно с др.); Здоровье, обучение и воспитание детей: История и современность (1904-1959-2004). – М., 2006. (Совместно с др.); Пути оптимизации стационарной помощи детям. – М., 2006. (Совместно с др.); Смертность детского населения России. 3-е издание. – М., 2009 (соавт. В.Ю. Альбицкий).

*Лит.:* Баранов А.А. // 60 лет Российской академии медицинских наук. М.: 2004. – С. 348–349; Альбицкий В.Ю. К юбилею академика РАМН А.А. Баранова: Вестник РАМН. – 2011 – № 6. – С. 5–7.

6 августа – 80 лет со дня рождения Владимира Захаровича КУЧЕРЕНКО (1941, род. поселке Яшкино Яшкинского района Кемеровской области), социал-гигиениста и организатора здравоохранения, члена-корреспондента РАН, заслуженного деятеля науки. В 1987–1989 гг. – заведующий кафедрой социальной медицины, экономики и организации здравоохранения Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российская медицинская академия последиplomного образования). С 1989 г. – заведующий аналогичной кафедрой Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (с 1994 г. – кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики). Одновременно (с 2002 г.) – заместитель директора по научной работе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова. Научные исследования посвящены теоретическим основам международного сотрудничества в области медицинской науки и медицинского образования; подготовке менеджеров здравоохранения новой формации; проблемам управления и экономики здравоохранения; обоснованию теории и методологии изучения качества жизни, связанного со здоровьем.

*Соч.:* Социальная медицина как предмет преподавания и научная дисциплина // Социальная медицина на рубеже XXI века. – Краснодар, 1999. – С. 9–16. (Совместно с др.); Социальная гигиена и организация здравоохранения: (Учеб. пособие). – М., 2000. (Совместно с др.); Применение ме-

тодов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: Учеб. пособие. – М., 2007. (Совместно с др.); Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: Учеб. пособие. – М., 2008. (Совместно с др.); Современное состояние и пути совершенствования региональной службы психического здоровья. – М., 2008. (Совместно с др.).

*Лит.:* 60 лет Российской академии медицинских наук. – М.: 2004. – С. 456–457.

3 сентября – 80 лет со дня рождения Игоря Николаевича ДЕНИСОВА (1941, род. в г. Свободный Хабаровского края Амурской области), организатора здравоохранения и медицинского образования, академика РАН. В 1978–1983 гг. – проректор Куйбышевского медицинского института (ныне Самарский медицинский университет). В 1983–1987 гг. ректор Рязанского медицинского института (ныне Рязанский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова). В 1987–1991 гг. работал в Министерстве здравоохранения СССР: заместителем министра (1987–1988), первым заместителем министра (1988–1990), министром здравоохранения (1990–1991). С 1991 г. – проректор Московской академии им. И.М. Сеченова (ММА), одновременно (с 1992 гг.) – заведующий кафедрой семейной медицины ММА. Принимал участие в разработке первых отечественных экономических моделей и принципов страховой медицины. Стоял у истоков становления в России общей врачебной практики (семейной медицины), образовательных стандартов медицинского и фармацевтического образования, клинических рекомендаций для врачей. Удостоен Премии Правительства России (2007).

*Соч.:* Высшее медицинское образование: Эволюция, проблемы, перспективы. Учеб. пособие. – М., 1998. (Совместно с др.); Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. – М., 2004. (Совместно с др.); Общая врачебная практика (семейная медицина): Практик. руководство. – М., 2005. (Совместно с др.); Муниципальное здравоохранение в Российской Федерации: Проблемы и перспективы развития. – Екатеринбург, 2007. (Совместно с др.).

*Лит.:* И.Н. Денисов // 60 лет Российской академии медицинских наук. – М., 2004. – С. 370.

25 декабря – 200 лет со дня рождения Клары

БАРТОН (С. Barton, 1821–1912), американской медицинской сестры, ставшей первым президентом Американского Красного Креста (1881–1904). Организовала медицинскую помощь и уход за больными во время Гражданской войны в США.

*Соч.:* A. history of the Red Cross. – N.Y., 1904.

*Лит.:* Blakiston's New Gould medical dictionary. – N.Y.-L., 1956; Ross I. Angel of the Battlefield. – N.Y., 1956; Wain H. The story behind the word (С. Barton). – Springfield, 1958.

225 лет – со дня рождения Фердинанда Бернардовича ВОЛЬФА (1796–1854), отечественного врача, участника движения декабристов. Участвовал в разработке части программы декабристов «Русская правда», посвященной вопросам охраны здоровья. Был сослан на каторгу в Восточную Сибирь, работал на Петровском заводе, занимался практической и научной медицинской деятельностью, работал в Тобольске во время эпидемии холеры, читал курс гигиены в Тобольской семинарии. В 1852 г. исполнял безвозмездно обязанности врача в Тобольском тюремном замке.

*Лит.:* Кацнельбоген А.Г. Общественно-политическая деятельность врача-декабриста Ф.Б. Вольфа // Сов. здравоохран. – 1981. – № 1. – С. 66–70.

125 лет со дня рождения Михаила Соломоновича МЕТАЛЛИКОВА (1896–1939), организатора здравоохранения. Работал в хирургическом и урологическом отделениях больницы им. С.П. Боткина в Москве. Исследовал и ввел в практику препарат для пиелографии – Сергозин (совместно с А.П. Фрумкиным), принимал участие в организации производства этого препарата в стране. С 1936 г. был заместителем государственного санинспектора Наркомздрава СССР. Участвовал в перестройке и расширении деятельности органов Государственной санинспекции в стране. Был репрессирован; реабилитирован посмертно.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. – 3-е изд.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Поддубный Михаил Владимирович* – заведующий сектором, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация;

e-mail: mihail.poddubny@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-3313-342X

*Егорышева Ирина Валентиновна* – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат исторических наук, Москва, Российская Федерация;

e-mail: egorysheva@rambler.ru  
ORCID: 0000-0001-5936-8254

*Шерстнева Елена Владимировна* – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат исторических наук, Москва, Российская Федерация;

e-mail: lena\_scherstneva@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8612-4834

## AUTHORS

*Mikhail Poddubny* – Head of the Sector, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation;

e-mail: mihail.poddubny@yandex.ru  
ORCID: 0000-0002-3313-342X

*Irina Egorysheva* – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in History, Moscow, Russian Federation;

e-mail: egorysheva@rambler.ru  
ORCID: 0000-0001-5936-8254

*Elena Sherstneva* – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in History, Moscow, Russian Federation;

e-mail: lena\_scherstneva@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-8612-4834

# ОРГАНИЗАТОРЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 616.1(476.6) (092)

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.015

## СНЕЖИЦКИЙ ВИКТОР АЛЕКСАНДРОВИЧ – ОРГАНИЗАТОР ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Сурмач М.Ю.<sup>1</sup>, Хильмончик Н.Е.<sup>1</sup>, Спасенникова М.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

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

### Ключевые слова:

организатор высшего медицинского образования, Гродненский медицинский университет, профессор, Виктор Александрович Снежицкий, научная деятельность.

### Аннотация

В статье представлена деятельность организатора высшего медицинского образования в Республике Беларусь, члена-корреспондента Национальной академии наук Беларуси, доктора медицинских наук, профессора, почетного доктора Гродненского государственного медицинского университета – Снежицкого Виктора Александровича. Под его руководством Гродненский медицинский университет стал одним из ведущих медицинских вузов Республики Беларусь. Научные исследования ученого посвящены актуальным проблемам кардиологии.

## VIKTOR SNEZHITSKY – ORGANIZER OF HIGHER MEDICAL EDUCATION

Surmach M. Yu.<sup>1</sup>, Khilmonchik N. E.<sup>1</sup>, Spasennikova M. G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

<sup>2</sup> N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

### Keywords:

organizer of higher medical education, Grodno Medical University, professor, Viktor Snezhitsky, scientific activity.

### Abstract

The article presents the activities of the Organizer of Higher Medical Education in the Republic of Belarus, Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Belarus, Doctor of Medical Sciences, Professor, Honorary Doctor of Grodno State Medical University - Viktor Snezhitsky. Under his leadership, Grodno Medical University became one of the leading medical universities in the Republic of Belarus. Scientific researches of the scientist are devoted to urgent problems of cardiology.

Снежицкий Виктор Александрович родился 22 октября 1959 г. в д. Горностаевичи Свислочского района Гродненской области.

В 1984 г. с отличием окончил Гродненский государственный медицинский институт. Затем обучался в клинической ординатуре на кафедре госпитальной терапии, в 1986–1989 гг. – в аспирантуре на этой же кафедре. С 1989 по 1995 гг. работал ассистентом кафедры госпитальной терапии Гродненского государственного медицинского института (далее – ГрГМИ).

С февраля 1995 г. по июль 2001 г. – заведующий кардиологическим отделением № 3 Гродненского областного кардиологического диспансера.

С июля 2001 г. по январь 2006 г. В.А. Снежицкий работал главным врачом Гродненского областного кардиологического диспансера и главным внештатным кардиологом управления здравоохранения Гродненского облисполкома.

В 1990 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Характеристика лёгочной и си-

стемной гемодинамики в условиях применения эффективных доз сустанак и анаприлина у больных ишемической болезнью сердца».

В октябре 2004 г. избран на должность доцента кафедры госпитальной терапии ГрГМУ.

В 2006 г. успешно защитил докторскую диссертацию: «Дисфункция синусового узла (брадикардии, брадиаритмии): электрофизиологические механизмы патогенеза, классификация, клиника, дифференциальная диагностика».

С января 2006 г. назначен на должность проректора по научной работе ГрГМУ. В марте 2008 г. ему присвоено звание профессора. 2009–2010 гг. – первый проректор ГрГМУ.

С июня 2010 г. по сентябрь 2020 г. В.А. Снежицкий – ректор Гродненского государственного медицинского университета. В 2012 г. был избран членом коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь, а также членом президиума Республиканского совета ректоров.

2014 г. – год избрания В. А. Снежицкого членом-корреспондентом Национальной академии наук Республики Беларусь.

С 2016 по 2020 гг. В. А. Снежицкий – член Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь VI и VII созывов и Постоянной комиссии Совета Республики Национального собрания Республики Беларусь по образованию, науке, культуре и социальному развитию. Депутат Гродненского областного совета 27-го и 28-го созывов. Заместитель председателя Гродненского областного совета депутатов.

В.А. Снежицкий – член президиума правления Белорусского республиканского научного общества кардиологов и терапевтов, Европейского общества кардиологов (в том числе Европейского общества по профилактике и реабилитации заболеваний сердца, Европейского общества по лечению хронической сердечной недостаточности, Европейского общества по диагностике и лечению нарушений ритма сердца), председатель Евразийской аритмологической ассоциации.

Он автор более 600 научных работ, в том числе 19 монографий и 38 патентов на изобретения и полезные модели, 12 учебных пособий, 19 инструкций по применению [1].

В ГрГМУ под руководством В. А. Снежицкого проведено 148 научных мероприятий, из них 61 – международного уровня. В.А. Снежицкий принимает активное участие в проведении республи-

канских и международных съездов, конгрессов, симпозиумов, выступает с научными докладами. Им были сделаны доклады на республиканских съездах терапевтов, кардиологов-аритмологов и рентгенэндоваскулярных хирургов, Конгрессе по сердечной недостаточности Европейского кардиологического общества (Португалия, Лиссабон, 2013), Международных конгрессах «Кардиостим-2014», «Кардиостим-2016» (Россия, Санкт-Петербург), V и VI Международных форумах кардиологов и терапевтов (Москва, 2016, 2017), Международных конгрессах кардиологов и терапевтов (Минск, 2016, 2018), Европейском форуме «Артериальная гипертензия» (Польша, Гданьск, 2017), на I съезде Евразийской аритмологической ассоциации (Гродно, 2018), European Society of Cardiology Congress (Германия, Мюнхен, 2018), на V Европейском форуме по гипертензии (Польша, Гданьск, 2019), V съезде Евразийской ассоциации терапевтов (Минск, 2019).

Под руководством В.А. Снежицкого выполнены и успешно защищены 12 кандидатских и 1 докторская диссертации, в настоящее время он руководит научной работой 4-х аспирантов и соискателей кандидатских степеней, 2-х соискателей докторских степеней. Виктор Александрович – основоположник и руководитель научной школы Гродненского государственного медицинского университета «Клиническая аритмология», в которой развиваются современные научные направления, в частности, в области молекулярной генетики в кардиологии. В.А. Снежицкий – член Президиума правления Белорусского республиканского научного общества кардиологов и терапевтов, Европейского общества кардиологов, член совета по защите диссертаций при Гродненском государственном медицинском университете, принимает участие в работе совета по защите диссертации при Белорусском государственном медицинском университете. Входил в состав экспертных советов ВАК Республики Беларусь и ГКНТ. Главный редактор журнала ГрГМУ «Гродненский государственный медицинский университет» и член редакционного совета 11 журналов (в том числе 5-ти зарубежных: «Кардиология в Беларуси», «Здравоохранение», «Медицинские новости», «Лечебное дело», «Боль. Суставы. Позвоночник» (Украина), «Medyczna wokanda» Познань, Польша, «Вестник Смоленской государственной академии» (Смоленск), «Проблемы

здоровья и экологии» Гомельского государственного медицинского университета и научного журнала «Клиническая и профилактическая медицина» (Украина), «Вестник ВГМУ» (Витебск). Член редакционного совета научно-практических журналов «Дневник Казанской медицинской школы» и «Медицинская наука и образование Урала» (Тюмень, Российская Федерация).

В.А. Снежицкий принимал активное участие в организации и координации научных исследований и разработок, был научным руководителем 6 проектов ГНТП, БРФФИ, международного договора с Республикой Молдова «БРФФИ – АНМ-2015».

Под руководством В.А. Снежицкого ГрГМУ первый среди медицинских вузов Республики Беларусь внедрил Международную систему менеджмента качества, соответствующую требованиям Республики Беларусь и Германии.

ГрГМУ – участник международной программы «Global World Communicator (GWC). Education and Science». Студенты и преподаватели вуза активно участвовали в программах международного обмена, в том числе в программе «Приглашенный профессор».

С целью повышения качества образовательных услуг были реорганизованы или созданы новые структуры (факультет повышения квалификации, а также кафедры, отделы, сектор менеджмента качества, лаборатория практического обучения, отдел образовательных информационных технологий и научно-медицинской информации). В 2010 г. начала действовать магистратура. В 2011 г. создан и успешно работает профессорский консультативный центр. В 2013 г. открыта лаборатория молекулярно-генетических методов исследования. В 2018 году в ГрГМУ совместно с Институтом биохимии НАН Беларуси и рядом учреждений здравоохранения создан учебно-научный кластер. Воплотилась в жизнь идея создания первой в стране университетской клиники.

Участвуя в течение последних лет в мониторинге эффективности учреждений высшего образования, ГрГМУ подтвердил свою профессиональную эффективность премией Правительства Республики Беларусь (2011, 2016, 2019 гг.), является победителем и лауреатом профессионального конкурса «Брэнд года» в разных номинациях, вошел в список лучших вузов стран СНГ, а также в TOP 500 лучших университетов мира по резуль-

татам рейтинга Worldwide Professional University Rankings RankPro (рейтинг университетов Международного совета ученых), в 2017 г. стал лауреатом премии Содружества Независимых Государств за достижения в области качества (2017). За высокие показатели эффективности решением Комитета по общественным наградам и званиям Союзного государства Россия-Беларусь Гродненскому государственному медицинскому университету были вручены Диплом и стела «Лидер Союзного государства».

Университет стал первым из учреждений образования Республики Беларусь, удостоенных награды за вклад в развитие Союзного государства.

Виктор Александрович Снежицкий активно развивает международное сотрудничество со многими научными коллективами ближнего и дальнего зарубежья. При его руководстве университетом было подписано более 85 международных договоров о сотрудничестве с ведущими зарубежными вузами России, Украины, Польши, Литвы, Латвии, Швеции, Китая.

Под руководством профессора Снежицкого университет стал членом Ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», в 2019 г. – победителем в международном конкурсе «Лидер года», где учебное заведение было удостоено звания лауреата в номинации «Образовательные услуги» за высокий уровень подготовки медицинских специалистов, внедрение передовых технологий в образование, безупречную деловую репутацию.

За высокие результаты профессиональной деятельности Виктор Александрович Снежицкий награжден Почетной грамотой Совета Министров Республики Беларусь, Почетными грамотами Национального собрания Республики Беларусь, Национальной академии наук Беларуси, Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Гродненского областного исполнительного комитета, Гродненского областного Совета депутатов, награжден знаком «Отличник здравоохранения Республики Беларусь», медалью Франциска Скорины, медалью Федерации профсоюзов Беларуси «100 лет профсоюзному движению Беларуси», медалью Белорусской православной церкви «Святитель Кирилл Туровский», почетной наградой международного

Красного Креста «Гуманное сердце», юбилейными медалями «100 лет Вооруженным Силам Республики Беларусь», «75 лет освобождения Беларуси от немецко-фашистских захватчиков».

В 2019 г. В.И. Снежицкому присвоено звание «Почетный доктор Брестской областной клинической больницы», 25 февраля 2020 г. На заседании итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь Виктор Александрович Снежицкий был награжден Белорусским республиканским комитетом профсоюза работников здравоохранения нагрудным знаком «Лучший наставник»; в июле 2020 г. Президентом Республики Беларусь Александром Григорьевичем Лукашен-

ко Виктор Александрович Снежицкий удостоен почетного звания «Заслуженный работник образования Республики Беларусь»; в феврале 2021 г. – Почетного доктора учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет».

Виктор Александрович Снежицкий – один из ведущих организаторов высшего медицинского образования Республики Беларусь. Под руководством В.А. Снежицкого Гродненский государственный медицинский университет стал международным центром высшего медицинского образования.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Снежицкий Виктор Александрович: (к 60-летию со дня рождения): биобиблиографический указатель. Гродненский государственный медицинский университет [сост.: Е.С. Волкова, Е.А. Гирза, Л.Н. Янушко; под общ. ред. Л.С. Лукашевич]. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – 271 с.

### REFERENCES

1. *Snezhickij Viktor Aleksandrovich: (k 60-letiyu so dnya rozhdeniya): biobibliograficheskij ukazatel' [Snezhitskiy Viktor Aleksandrovich: (on the occasion of his 60th birthday): biobibliographic index].* Grodno State Medical University [compilers: E.S. Volkova, E.A. Girza, L.N. Yanushko; Ed. L.S. Lukashevich], Grodno: GRSMU, 2019. 271 p.

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

*Сурмач Марина Юрьевна* – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, Гродненский государственный медицинский университет, доктор медицинских наук, доцент, г. Гродно, Республика Беларусь; e-mail: health@grsmu.by  
ORCID: 0000-0002-3653-8385

*Хильмончик Наталья Евгеньевна* – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Гродненский государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Гродно, Республика Беларусь; e-mail: chilmonczyk@mail.ru  
ORCID: 0000-0001-9188-1576

*Спасеникова Марина Геннадьевна* – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: mspasennikova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-4713-0238

### AUTHORS

*Marina Surmach* – Head of the Department of Public Health and Health Care, Grodno State Medical University, Doctor habil. in Medicine, Docent, Grodno, Republic of Belarus; e-mail: health@grsmu.by  
ORCID: 0000-0002-3653-8385

*Natalya Khilmonchik* – Associate Professor of the Department of Public Health and Health Care, Grodno State Medical University, PhD in Medicine, Docent, Grodno, Republic of Belarus; e-mail: chilmonczyk@mail.ru  
ORCID: 0000-0001-9188-1576

*Marina Spasennikova* – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute for Public Health, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: mspasennikova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-4713-0238

## РЕЦЕНЗИИ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.01.016

### РЕЦЕНЗИЯ НА ДИССЕРТАЦИЮ РУКОДАЙНОГО ОЛЕГА ВЛАДИМИРОВИЧА НА ТЕМУ «НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ г. МОСКВЫ)» НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.02.03 – ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Чичерин Л.П.<sup>1</sup>

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

**Ключевые слова:**

диссертация, рецензия, общественное здоровье, первичная медико-санитарная помощь.

**Аннотация**

Представлена рецензия на диссертацию О.В. Рукодайного на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение» на тему «Научное обоснование и разработка рекомендаций по повышению уровня удовлетворения потребностей населения в первичной специализированной медицинской помощи (на примере г. Москвы)». На примере мегаполиса подчеркнута необходимость пролонгации подобных научных исследований и на других территориях страны с учетом местной специфики.

### REVIEW FOR THE DISSERTATION O.V. RUKODAYNY "SCIENTIFIC JUSTIFICATION AND DEVELOPMENT OF RECOMMENDATIONS TO INCREASE THE LEVEL OF SATISFACTION OF THE POPULATION NEEDS IN PRIMARY SPECIALIZED MEDICAL CARE (ON THE EXAMPLE OF MOSCOW)" FOR THE ACADEMIC DEGREE CANDIDATE OF MEDICAL SCIENCES BY SPECIALTY "PUBLIC HEALTH"

Chicherin L.P.<sup>1</sup>

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

**Keywords:**

dissertation, review, public health, primary health care.

**Abstract**

A review of O.V. Rukodayny dissertation for the degree of candidate of medical sciences in the specialty «public health and healthcare» on the topic "Scientific justification and development of recommendations to increase the level of satisfaction of the population in primary specialized medical care (using the example of Moscow)" is presented. On the example of the metropolis, the need to prolong such scientific research in other territories of the country, taking into account local specifics, was emphasized.

Важнейшей исторической вехой в области общественного здравоохранения стала прошедшая в 1978 году под патронажем ВОЗ в Алма-Ате Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), принявшая соответствующую Декларацию. Однако прогресс оказания данного вида помощи на протяжении четырех последних десятилетий был неравномерным. По данным ВОЗ, ныне, по меньшей мере, половина населения мира не имеет доступа к основным услугам здравоохранения.

Сегодня, через 40 лет после принятия этого важного международного документа, уже Астанинская декларация (октябрь 2018 г.) наметила новый курс на достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, определив ПМСП как ключ к достижению цели «Здоровье для всех» по всему миру.

В нашей стране активно реализуются основные положения Декларации в деле повышения доступности и качества медицинской помощи, расширения возможностей для населения в получении, прежде всего, именно ПМСП, включая специализированную помощь, модернизации технологий управления и эффективности деятельности медицинских организаций (далее – МО). Происходит рост этих потребностей и по мере совершенствования отрасли, развития рыночных условий предоставления медицинских услуг, роста санитарной грамотности и ответственности самих граждан за свое здоровье. Повышаются требования к квалификации персонала, его отношению к пациентам, предпочитается близость расположения МО и отдельных врачей-специалистов, особенно в условиях создания амбулаторных центров, возможность выбора услуг отрасли. Однако эти и иные проблемы, особенно сравнительно в МО разных форм собственности, всё ещё не находят достаточного обсуждения в научных публикациях.

Отсюда несомненна актуальность рецензируемого исследования, цель которого – научно обосновать и разработать рекомендации по повышению уровня и расширению возможностей удовлетворения потребностей населения в первичной специализированной медико-санитарной помощи – ПМСП в условиях инфраструктуры здравоохранения города Москвы.

Диссертация изложена на 209 страницах ма-

шинописного текста, содержит 2 таблицы и 14 рисунков. Структура рукописи классическая: она состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материалов и методов исследования, трех объемных глав собственных исследований, выводов, рекомендаций и предложений, списка литературы.

Работа выполнена по традиционной методике социально-гигиенического и медико-организационного исследования, адаптированной к поставленным четырем задачам. Объектом исследования явились: здравоохранение столицы, его медицинские организации государственной и частной форм собственности, расположенные на территории 4 административных округов из 12. Методом автоматизированной формулы суммирования «электронной выкопировки данных» всех клиник наблюдения были изучены свыше 17 тыс. пациентов, состоящих в регистрах получивших ПМСП.

Получены новые данные по проблеме, включая материалы анализа заболеваемости по обращаемости за ПМСП населения столицы; оценены результаты социологического исследования пациентов и персонала по вопросам удовлетворения потребностей в медицинской помощи. Так, показано, что в ходе получения медицинской помощи не оправдываются ожидания пациентов, связанные с сервисной составляющей медицинских услуг, с отношением в системе врач-пациент, возможностями выбора медицинской организации, независимо от доходов, территории проживания или места работы, по взаимодействию в наблюдении пациентов в изучаемых МО, по использованию информационных ресурсов и интернет-коммуникаций.

Соответствующие рекомендации, содержащие актуальные аспекты функционирования систем маркетинга отношений в этих организациях, обоснованы с учетом потенциала инфраструктуры здравоохранения города. трансформации факторов территориальной, транспортной, производственной, финансовой, информационной, сервисной, организационной доступности.

Одна из особенностей новизны проведенного исследования – научный вклад в пока ещё малое изучение состояния проблемы организации ПМСП по программам обязательного и добровольного медицинского страхования, причём, в МО, как

государственной, так и частной форм собственности. При этом автор, исходя из сложившейся инфраструктуры этих организаций, определил 4 ключевых критерия: потребность в такой помощи, обращаемость за ней, медицинская активность населения, отношения с медперсоналом в процессе организации, оказания и получения ПМСП.

Разработанная автором система маркетинга отношений в здравоохранении обеспечивает оптимизацию внутренних процессов в МО организациях по удовлетворению потребностей населения в данном виде помощи, повышение эффективности работы с пациентами, создание привлекательных и комфортных условий для пациентов при обращении за медицинской помощью, повышение результативности взаимодействия врачей и пациентов. Это позволяет внедрять новые сервисы и услуги с учетом повышения требований населения к системе здравоохранения.

Выявленные показатели, структура и динамика заболеваемости по обращаемости за ПМСП демонстрирует реальность расширения возможностей системы для удовлетворения потребностей населения в данном виде помощи, служат основой для принятия управленческих решений и организационных мер по расширению ассортимента и сервиса предоставления медицинских услуг. Показано, что при принятии подобных решений, направленных на повышение уровня удовлетворенности населения медицинской помощью, требуется учитывать трансформацию факторов территориальной, транспортной, производственной, финансовой, информационной, сервисной, организационной доступности помощи, возможности выбора пациентами программ ОМС и ДМС.

Достоинством труда является представление «профиля пациента» и «матрицы» основных ресурсов по внедрению системы маркетинга отношений субъектов медицинской помощи и их активизации в сфере ПМСП. Так, «профиль пациента» позволил раскрыть его ожидания по удовлетворению индивидуальных потребностей в медицинской помощи, которые относятся к понятиям качества, комфорта, оперативности, стоимости, доступности (удаленность, транспортные удобства и пр.), отношения медицинского персонала. При этом учитывались возрастно-половые, социальные характеристики, доверие между врачами и пациентами и др.

Разработанный маркетинг отношений устанавливает партнерские эффективные взаимодействия «пациентов-врачей-руководителей» медицинских организаций разных форм собственности на основе возможностей инфраструктуры ПМСП мегаполиса, способствует установлению доверительных отношений между врачами и пациентами, повышению результативности деятельности медицинских организаций.

Применение такого комплексного подхода направлено на оптимизацию внутренних процессов, повышение эффективности деятельности МО разных форм собственности, минимизацию препятствий для жителей к доступу к инфраструктуре здравоохранения территории, в конечном счете, обеспечивая полноту удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.

По результатам научного поиска показана востребованность и практическая эффективность системы маркетинга отношений в отрасли, расширение возможностей и повышение удовлетворенности пациентов при получении помощи: произошло совершенствование инструментов работы с пациентами, снижение количества жалоб пациентов, вовлечение медицинского персонала в процесс совершенствования предоставления услуг, внедрение дополнительных сервисных услуг пациентам, расширения ассортимента платных медицинских услуг, развитие пациентоориентированного подхода в медицинских организациях, вхождение частных МО в систему ОМС и др.

Полученные ученым результаты содержат конкретные рекомендации по расширению их возможностей в деле совершенствования ПМСП в условиях городского здравоохранения. Они представлены для внедрения в практику, в частности, в виде системы маркетинга отношений в отрасли и путей совершенствования удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи. Материалы полезны в деятельности по организации ПМСП для врачей, организаторов здравоохранения и руководителей отрасли, сотрудников медицинских организаций разных форм собственности, в деятельности страховых МО, в образовательном процессе системы непрерывного медицинского образования врачей и др.

Обоснованность полученных результатов и выводов вытекает из программы исследования, организационно-методической проработки научного поиска. Объемы выборки, репрезентатив-

ность материала оценена по критериям статистических показателей и допустимых отклонений.

По теме диссертации опубликована 21 печатная работа, в том числе 11 статей – в ведущих рецензируемых научных журналах из списка изданий ВАК, а также из списка SCOPUS. Материалы диссертации, полученные результаты и выводы исследования прошли успешную апробацию, были заслушаны, обсуждены и одобрены на многочисленных форумах российского и международного уровней.

В целом материалы научного труда носят не только очевидный научно значимый, важный для практики, но и обучающий характер. Имеются в виду как примененный и реализованный оригинальный методический подход, сама технология проведения исследования, так и разработанная по результатам выполненного научного поиска, утвержденная в РУДН и внедрённая в учебный процесс Программа управления медицинскими организациями в условиях оказания ПМСП и др. Эти новации, по нашему мнению, вполне могут быть рекомендованы для реализации профильных мер на местах с учетом специфики территорий.

При оценке труда отмечаются не умаляющие его достоинства погрешности стилистического, редакционного и оформительского плана. Так, полученный богатый материал мог бы быть представлен в большем числе иллюстраций. В целом же он заслуживает положительной оценки.

Наряду с этим подчеркнём, что соискатель по ходу всей рукописи, начиная с названия, применяет термин «первичная специализированная медицинская помощь», вместе с тем подразумевая (вероятно, для сокращения текста при частом упоминании) законодательно закреплённую медико-санитарную помощь. Последнее обстоятельство подтверждает результаты изучения применяемой терминологии по проблеме по данным официальных источников и литературы, согласно которым имеет место расхождение в трактовке самого термина ПМСП, что актуализирует необходимость дальнейшего совершенствования понятийного аппарата.

Так, согласно ст. 33 Основ охраны здоровья граждан в Российской Федерации (федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ), ПМСП есть базис всей системы оказания медицинской помощи. Он включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состоя-

ний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. А организация оказания данного вида помощи гражданам должна быть приближена к их месту жительства, месту работы или учебы. Тогда как в соответствии с рекомендациями ВОЗ, ПМСП подразумевает комплекс лечебно-профилактических услуг, предоставляемых на уровне местного сообщества, причём, преимущественно по месту жительства<sup>1</sup>. К тому же нередко специалисты в нашей стране под этим видом помощи имеют в виду её оказание не только в амбулаторных условиях, но и в стационаре, и пр.

Отсюда полагаем, что при пролонгации научных изысканий по проблеме организации ПМСП населению, реализации соответствующих территориальных программ целесообразно обратить на это внимание законодателей, специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, ученых, преподавателей, руководителей органов здравоохранения и медицинских организаций. Данный вопрос заслуживает обсуждения и экспертной оценки на научно-практических форумах различного уровня, а также в печати.

<sup>1</sup> ВОЗ, Европейское региональное бюро. Первичная медико-санитарная помощь. Электронный ресурс от 14.09.2020 г. – URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/primary-health-care/primary-health-care>

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рукодайнй О.В. Научное обоснование и разработка рекомендаций по повышению уровня удовлетворения потребностей населения в первичной специализированной медицинской помощи (на примере г. Москвы) : дис. ... канд. мед. наук / О.В. Рукодайнй. – М.: Российский университет дружбы народов, 2019. – 209 с.

### REFERENCES

1. Rukodayny O. *Nauchnoe obosnovanie i razrabotka rekomendacij po povysheniyu urovnya udovletvoreniya potrebnostej naseleniya v pervichnoj specializirovannoj medicinskoj pomoshchi (na primere g. Moskvy) : dis. ... kand. med. nauk* [Scientific justification and development of recommendations to increase the level of meeting the needs of the population in primary specialized medical care (using the example of Moscow): dis. ... PhD in Med]. Moscow, RUDN, 2019. 209 p. (in Russian).

### ИНФОРМАЦИЯ О РЕЦЕНЗЕНТЕ

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  
ORCID: 0000-0002-7487-681X

### REVIEWER

Leonid Chicherin – Chief Researcher, Research Institute of the Federal Penitentiary Service, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: leo2506@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-7487-681X



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

Номер № 1. 2021 год.

---

Редактор и переводчик М.Г. Спасенникова.  
Верстка С.Б. Спасенников.

Подписано в печать 12.04.2021 Тираж 500 экземпляров.  
Отпечатано в типографии ООО «Вишневый пирог».