

Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

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

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2023. № 1

18+

Национальный НИИ общественного
здоровья имени Н. А. Семашко

Журнал основан в 1992 г.

www.bulleten-nriph.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 комму-никаций (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.

Заведующий редакцией:
Максимов Егор Сергеевич.

Ответственный секретарь:
Кузьмина Юлия Александровна.

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

E-mail: r.bulletin@yandex.ru

Все права защищены.

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

Цена свободная.

Подписка через Интернет: www.pochta.ru
на электронную версию: elibrary.ru

ISSN 2415-8410 (Print)

ISSN 2415-8429 (Online).

Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. Т. 27. № 1. 1—140.

Сдано в набор 24.02.2023.

Подписано в печать 06.03.2023.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 17,5. Усл. печ. л. 17,11. Уч.-изд. л. 21,91.

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

Главный редактор

ХАБРИЕВ Рамил Усманович, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор; Национальный научно-ис-

следовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Россия; научный руководитель

Редакционная коллегия

ЩЕПИН Владимир Олегович, член-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор (Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Россия; главный научный сотрудник)

МОРОЗ Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор (Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь; заместитель заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения по научной работе)

САВВИНА Надежда Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор (Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, г. Якутск, Россия; заведующая кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины)

САМОРОДСКАЯ Ирина Владимировна, доктор медицинских наук, профессор (Национальный исследовательский центр профилактической медицины, г. Москва, Россия; главный научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения)

ЗУДИН Александр Борисович, доктор медицинских наук (Москва, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», г. Москва, Россия; директор)

РОСТОВСКАЯ Тамара Керимовна, доктор социологических наук, профессор (Институт демографических исследований, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; главный научный сотрудник)

НАБЕРУШКИНА Эльмира Кямаловна, доктор социологических наук, профессор (ФГБОУ ИВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет», г. Москва, Россия; профессор кафедры социологии)

ВОЛКОВА Ольга Александровна, доктор социологических наук, профессор (Институт демографических исследований, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; ведущий научный сотрудник)

РЯЗАНЦЕВ Сергей Васильевич, доктор экономических наук, профессор (Институт демографических исследований, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; директор)

АЛЕКСАНДРОВА Ольга Аркадьевна, доктор экономических наук (Институт социально-экономических проблем народонаселения, ФНИСЦ РАН, г. Москва, Россия; заместитель директора по научной работе)

АКСЕНОВА Елена Ивановна, доктор экономических наук, доцент (Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, г. Москва, Российская Федерация; директор)

БОБКОВА Елена Михайловна, доктор социологических наук, профессор (Тираспольский государственный университет им. Т. Шевченко, г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика; заведующая кафедрой теории и методологии социологии)

ПЕНЧЕВ Васил, PhD, профессор (Болгарская академия наук, г. София, Болгария; профессор института исследований общества и знаний)

ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович, доктор медицинских наук, профессор (ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», г. Москва, Российская Федерация; заведующий отделом истории медицины)

ЧЖАН Фэнминь, MD, профессор (Харбинский медицинский университет, г. Харбин, Китайская Народная Республика; вице-президент Академии медицинских наук)

КУЛЬПАНОВИЧ Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, доцент (ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь; заведующий кафедрой финансового менеджмента и информатизации здравоохранения)

ПАШКОВ Константин Анатольевич, профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор (Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, г. Москва, Российская Федерация; заведующий кафедрой истории медицины)

РАТМАНОВ Павел Эдуардович, доктор медицинских наук, доцент (ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет») Минздрава России, г. Владивосток, Российская Федерация; профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения)

КАРТАШЕВ Андрей Владимирович, доктор исторических наук, профессор (Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь Российская Федерация; профессор кафедры организации здравоохранения, экономики и социальной работы)

ВИШЛЕНКОВА Елена Анатольевна, доктор исторических наук, профессор (НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Российская Федерация; профессор Школы исторических наук)

ХИЛЬМОНЧИК Наталья Евгеньевна, кандидат медицинских наук, доцент (Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь; доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения)

СКЛЯРОВА Елена Константиновна, доктор исторических наук, доцент (Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация; профессор кафедры истории и философии)

Bulletin

of Semashko National Research Institute of Public Health

2023. No. 1.

18+

**N. A. Semashko National
Research Institute of Public
Health**

Founded in 1992.

www.bulleten-nriph.ru

Managing editor:
Maksimov Yegor Sergeevich.

Executive secretary:
Kuzmina Yuliya Aleksandrovna.

Address: 12 Vorontsovo Pole str.,
Moscow, 105064, Russia
E-mail: r.bulletin@yandex.ru

Subscription via the Internet:
www.pochta.ru

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

Editor-in-chief

KHABRIEV Ramil Usmanovich, Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor (N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; scientific supervisor)

Editorial board

SHCHEPIN Vladimir Olegovich, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences, Professor (N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; Chief Researcher)

MOROZ Irina Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor (Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus; Deputy Head of the Department of Public Health and Healthcare for Scientific Work)

SAVVINA Nadezhda Valeryevna, Doctor of Medical Sciences, Professor (Northeastern Federal University named after M. K. Ammosov, Yakutsk, Russia; Head of the Department of Health Care Organization and Preventive Medicine)

SAMORODSKAYA Irina Vladimirovna, MD, Professor (National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia; Chief Researcher of the Department of Fundamental and Applied Aspects of Obesity)

ZUDIN Alexander Borisovich, MD (Moscow, N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia; Director)

ROSTOVSKAYA Tamara Kerimovna, Doctor of Sociological Sciences, Professor (Institute of Demographic Research, FNSC RAS, Moscow, Russia; Chief Researcher)

NABERUSHKINA Elmira Kamalovna, Doctor of Sociology, Professor (Moscow State University of Humanities and Economics, Moscow, Russia; Professor of the Department of Sociology)

VOLKOVA Olga Aleksandrovna, Doctor of Sociological Sciences, Professor (Institute of Demographic Research, FNSC RAS, Moscow, Russia; Leading Researcher)

RYAZANTSEV Sergey Vasilyevich, Doctor of Economics, Professor (Institute of Demographic Research, FNSC RAS, Moscow, Russia; Director)

ALEXANDROVA Olga Arkadyevna, Doctor of Economics (Institute of Socio-Economic Problems of Population, FNISTC RAS, Moscow, Russia; Deputy Director for Scientific Work)

AKSENOVA Elena Ivanovna, Doctor of Economics, Associate Professor (Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russian Federation; Director)

BOBKOVA Elena Mikhailovna, Doctor of Sociology, Professor (T. Shevchenko Tiraspol State University, Tiraspol, Pridnestrovian Moldavian

Republic; Head of the Department of Theory and Methodology of Sociology)

PENCHEV Vasil, PhD, Professor (Bulgarian Academy of Sciences, Sofia, Bulgaria; Professor at the Institute of Society and Knowledge Research)

ZATRAVKIN Sergey Narkizovich, MD, Professor (N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; Head of the Department of History of Medicine)

ZHANG Fengmin, MD, Professor (Harbin Medical University, Harbin, People's Republic of China; Vice President, Academy of Medical Sciences)

KULPANOVICH Olga Aleksandrovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (State Educational Institution "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education", Minsk, Republic of Belarus; Head of the Department of Financial Management and Health Informatization)

PASHKOV Konstantin Anatolievich, Professor, Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor (A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation; Head of the Department of History of Medicine)

RATMANOV Pavel Eduardovich, Doctor of Medicine, Associate Professor (Far Eastern State Medical University, Ministry of Health of Russia, Vladivostok, Russian Federation; Professor, Department of Public Health and Health Care)

KARTASHEV Andrey Vladimirovich, Doctor of Historical Sciences, Professor (Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation; Professor of the Department of Health Organization, Economics and Social Work)

VISHLENKOVA Elena Anatolyevna, Doctor of Historical Sciences, Professor (Higher School of Economics, Moscow, Russian Federation; Professor of the School of Historical Sciences)

HILMONCHIK Natalya Evgenyevna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus; Associate Professor, Department of Public Health and Health Care)

SKLYAROVA Elena Konstantinovna, Doctor of History, Associate Professor (Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation; Professor, Department of History and Philosophy)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Общественное здоровье и организация здравоохранения

Public health and healthcare management

Гришина Н. К., Тимурзиева А. Б., Галютин О. А., Сердюковский С. М. К вопросу интегральной оценки медицинской деятельности многопрофильной медицинской организации	5
Дадашева К. Н., Горенков Р. В., Дадашева М. Н., Орлов С. А., Васильева Т. П. Особенности семей подростков, страдающих хроническими дерматозами (обзор)	9
Каунина Д. В. Детерминанты организации иммунопрофилактики инфекционных болезней	17
Линник С. А., Александрова О. Ю. Правовые и организационные аспекты лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях	24
Павлов Я. Н., Саввина Н. В. Факторы риска репродуктивных потерь населения Магаданской области	29
Филькина О. М., Долотова Н. В., Воробьева Е. А., Малышкина А. И., Кочерова О. Ю. Единая профилактическая среда в образовательной организации — основное условие здоровьесбережения школьников	35
Мингазова Э. Н., Мустафаева З. М., Шегай М. М., Валеев В. В., Мингазов Р. Н. Анализ факторов риска здоровью детей и мониторинг закономерностей их физического развития как меры по улучшению показателей здоровья детского населения	41
Комаров И. А. Аналитическая модель принятия решений по необходимому финансированию лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний	46
Кирей-Ситникова Я. Сексуальное и репродуктивное здоровье трансгендерных и небинарных людей: тематический обзор	53
Шипова В. М., Малахова А. Р., Сытая Ю. С., Сакбаева Г. Новое штатно-нормативное обеспечение медико-генетических консультаций	61

История медицины

History of medicine

Саркисов А. С. Классик отечественной педиатрии Ю. Ф. Домбровская	67
Завьялов А. И., Райкова С. В., Петров В. В., Ищенко Ю. В. Вклад Дома санитарного просвещения и малярийной станции в профилактику и борьбу с малярией в Саратовской области в 20-е годы XX века	72
Григориадис А. В. К вопросу об использовании Кавказских Минеральных Вод при лечении женских болезней в XIX — начале XX веков	78
Дугинец С. М., Свиридова Е. В. Судебно-медицинская экспертиза «тайны Марухского ледника» в исторических источниках	84
Маврина Я. А., Давыдова Т. В. Н. В. Слюнин о медицине и здравоохранении Камчатки в конце XIX в.	90
Владимирский А. В. Научная школа Л. И. Фогельсона: вклад и особенности научных исследований в сфере биотелеметрии (1960—1970-е гг.)	95

Материалы «Сточиковских чтений»

Materials of «Stochik readings»

Лобанов А. Ю. Московский клинический институт — основоположник врачебного образования в МОНИКИ (к 100-летию со дня создания)	105
Майорская А. С., Сиротко М. Л. Демографический и медико-экономический компоненты анализа заболеваемости населения COVID-19 в Самарской области	108
Егорышева И. В., Чалова В. В. Н. Н. Баженов (1857—1923) ..	116
Шекун А. В., Смирнов К. А., Цвич Д. А., Эккерт Н. В. Роль общественных движений в контроле за реализацией государственных программ в сфере охраны и укрепления здоровья населения	120

Grishina N. K., Timurzieva A. B., Galyutin O. A., Serdyukovsky S. M. On the issue of integral assessment of medical activity at the multidisciplinary medical organization	5
Dadasheva K. N., Gorenkov R. V., Dadasheva M. N., Orlov S. A., Vasilyeva T. P. Features of families of adolescents suffering from chronic dermatosis (review)	9
Kaunina D. V. Determinants of infectious diseases immunoprophylaxis organization	17
Linnik S. A., Alexandrova O. Y. Legal and organizational aspects of drug provision of patients with malignant neoplasms in the provision of medical care on an outpatient basis	24
Pavlov Y. N., Savvina N. V. Risk factors for reproductive losses of the population of the Magadan region	29
Fil'kina O. M., Dolotova N. V., Vorob'eva E. A., Malyshkina A. I., Kocherova O. Ju. A single preventive environment in an educational organization is the main condition for the health preservation of schoolchildren	35
Mingazova E. N., Mustafaeva Z. M., Shegai M. M., Valeev V. V., Mingazov R. N. Analysis of risk factors for children's health and monitoring of patterns of physical development as a measure to improve the health of the child population	41
Komarov I. A. Analytical decision-making model regarding the possible transfer of funding for several rare diseases	46
Kirey-Sitnikova Y. Sexual and reproductive health of transgender and non-binary individuals: a scoping review	53
Shipova V. M., Malakhova A. R., Sytaya Y. S., Sakbaeva G. New staff and regulatory assurance for medical and genetic consultations	61

Sarkisov A. S. The classic of Russian pediatrics Yu. F. Dombrovskaya	67
Zavyalov A. I., Raikova S. V., Petrov V. V., Ishchenko Yu. V. Contribution of the House of health education and malaria station to the prevention and control of malaria in the Saratov region in the 20-s of the twentieth century	72
Grigoriadis A. V. To the question of the use of Caucasian Mineral Waters in the treatment of women's diseases in the XIX — beginning of the XX centuries	78
Duginets S. M., Sviridova E. V. Forensic medical examination of the “secrets of the Marukhsky Glacier” in historical sources	84
Mavrina Y. A., Davydova T. V. Nikolai Slyunin on medicine and healthcare in Kamchatka in the late XIX century	90
Vladzimirskyy A. V. Scientific school of L. I. Fogelson: contribution and peculiarities of scientific research in the field of biotelemetry (1960—1970s)	95

Lobanov A. U. Moscow clinical institute — the founder of medical education in MONIKI (to the 100th anniversary of its establishment)	105
Mayorskaya A. S., Sirotko M. L. Demographic and health-economic components of the analysis of population incidence with COVID-19 in the Samara region	108
Egorysheva I. V., Chalova V. V. N. N. Bazhenov (1857—1923) ..	116
Shekun A. V., Smirnov K. A., Tsvich D. A., Ekkert N. V. The role of public movements in the control over state programs implementation in the field of promotion and protection of public health	120

- Григорьян Я. Г. «Новая жизнь должна быть непременно здоровой жизнью»: социальная гигиена как инструмент воспитания «нового человека» в концепции наркома здравоохранения Н. А. Семашко 126
- Александрова И. Э., Айзятова М. В., Соколова С. Б., Рапорт И. К., Мирская Н. Б. О необходимости совершенствования школьного здравоохранения в условиях цифровизации образования 132

Юбилейные и памятные даты

- Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Юбилейные и памятные даты истории здравоохранения 2023 года 138

- Grigoryan Y. G. «The new life must necessarily be a healthy life»: social hygiene as an instrument to discipline the «new person» in the concept of Nikolai Semashko, the head of People's Commissariat of Public Health
- Aleksandrova I. E., Ayzyatova M. V., Sokolova S. B., Rapoport I. K., Mirskaya N. B. On the need to improve school healthcare in the context of digitalization of education

Anniversaries and memorial dates

- Poddubny M. V., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. Anniversary and memorable dates of the history health 2023

Общественное здоровье и организация здравоохранения

Оригинальная статья

УДК 61.614

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.001

К вопросу интегральной оценки медицинской деятельности многопрофильной медицинской организации

Наталья Константиновна Гришина¹, Алина Борисовна Тимурзиева²,
Олег Анатольевич Галютин³, Сергей Маркович Сердюковский⁴✉

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

¹uch_secret@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

²alinko9977z@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1817-3228>

³galutin@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2215-8111>

⁴otdel-77@mail.com, <http://orcid.org/0000-0001-8321-2786>

Аннотация. В статье обоснована актуальность проблемы оценки медицинской деятельности и эффективности управления. Представлены результаты проведенного исследования, целью которого явилась разработка и апробация системы информационного обеспечения управления качеством и эффективностью медицинской деятельности в медицинской организации. Применение данной системы и проведенная интегральная оценка медицинской деятельности позволили принять надлежащие адресные управленческие решения в базовой медицинской организации. Методы исследования: аналитический, статистический, сравнительного анализа, моделирования, научного эксперимента.

Ключевые слова: информационное обеспечение, управление качеством и эффективностью медицинской деятельности, интегральный показатель, мониторинг, критерии и показатели медицинской деятельности, динамика критериальных показателей.

Для цитирования: Гришина Н. К., Тимурзиева А. Б., Галютин О. А., Сердюковский С. М. К вопросу интегральной оценки медицинской деятельности многопрофильной медицинской организации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 5–8. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.001.

Public health and healthcare management

Original article

On the issue of integral assessment of medical activity at the multidisciplinary medical organization

Natalia K. Grishina¹, Alina B. Timurzieva², Oleg A. Galyutin³, Sergey M. Serdyukovsky⁴✉

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

¹uch_secret@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

²alinko9977z@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1817-3228>

³galutin@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2215-8111>

⁴otdel-77@mail.com, <http://orcid.org/0000-0001-8321-2786>

Abstract. The article substantiates the relevance of the problem of assessing medical activity and management effectiveness. The results of the conducted research are presented, the purpose of which was to develop and test a system of information support for quality management and efficiency of medical activity in a medical organization. The use of this system and the integrated assessment of medical activity can help to make decisions in the medical organization. In this study the following methods are used: analytical, statistical, comparative analysis, modeling, scientific experiment.

Key words: information support, quality management and efficiency of medical activity, integral indicator, monitoring, criteria and indicators of medical activity, dynamics of criteria indicators.

For citation: Grishina N. K., Timurzieva A. B., Galyutin O. A., Serdyukovsky S. M. On the issue of integral assessment of the medical activity of a multidisciplinary medical organization. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):5–8. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.001.

Введение

Основополагающим фактором, способствующим прогрессу в развитии отечественного здравоохранения, является повышение эффективности управления в отрасли.

В Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294, говорится о необходимости создания системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективной системы управления качеством в здравоохранении¹.

Совершенствовать систему управления необходимо на всех иерархических уровнях — от регионального уровня до медицинской организации и структурных подразделений. Основой для повышения эффективности управления является разработка и внедрение соответствующих систем информационного обеспечения, а также проведение мониторинга [1] интегральных показателей и их составляющих, характеризующих деятельность медицинской организации в целом, отдельных ее подразделений, сотрудников.

В настоящее время предпринимаются попытки систематизации многочисленных показателей. В частности, в ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко» разработана система критериев и показателей для оценки качества и эффективности медицинской деятельности. В ходе данной разработки проведена дифференциация критериев и соответствующих показателей по иерархическим уровням управления, а также по отношению к критериям, характеризующим процесс, структуру или результат медицинской помощи. Разработанная система является основой для разработки системы информационного обеспечения управления качеством и эффективностью медицинской деятельности для различных иерархических уровней.

В то же время, непосредственными исполнителями государственных гарантий для населения в сфере здравоохранения являются медицинские организации.

Цель исследования

Востребованность инструмента для повышения эффективности управления медицинскими организациями явилась основанием для проведения научного исследования, целью которого стали разработка и внедрение системы информационного обеспечения управления качеством и эффективностью медицинской деятельности многопрофильной медицинской организации.

Материалы и методы

В качестве базы исследования была выбрана ГАУЗ МО «Центральная городская клиническая больница г. Реутова».

При разработке и анализе результатов апробации системы информационного обеспечения управления качеством и эффективностью медицинской деятельности ГАУЗ МО «Центральная городская клиническая больница г. Реутова» использовались следующие методы исследования: аналитический, статистический, сравнительного анализа, моделирования, научного эксперимента.

Методическое обеспечение

Для повышения эффективности управления в медицинской организации необходимо проводить постоянный мониторинг деятельности всех структурных подразделений в разрезе имеющихся профильных отделений с последующей интегральной оценкой деятельности подразделений и учреждения в целом, что, в свою очередь, позволит объективно оценить текущее положение дел и оперативно отреагировать на установленные негативные тенденции. Именно определение интегральных показателей может обеспечить возможность своевременного принятия адекватных управленческих решений.

В зависимости от конкретных целей и задач при проведении мониторинга используется определенный набор известных критериев и показателей для оценки медицинской деятельности. Следует отметить, что для оценки деятельности специализированных профильных отделений перечень анализируемых показателей будет иметь существенные различия.

В ходе проведения запланированного исследования был определен перечень анализируемых показателей, характеризующих медицинскую деятельность медицинской организации в целом, а также перечень показателей, характеризующих медицинскую деятельность структурного подразделения — регионального сосудистого центра и его профильных отделений — отделения кардиологии и отделения неврологии.

Для оценки медицинской деятельности медицинской организации в целом в перечень анализируемых показателей были включены более 100 показателей, характеризующих структуру, процесс и результат оказания медицинской помощи, 14 показателей, характеризующих процесс оказания медицинской помощи, и 11 показателей, характеризующих результативность медицинской помощи. Для определения перечня показателей привлекались эксперты, в качестве которых выступили главные врачи медицинских организаций города Москвы и Московской области.

Оценка медицинской деятельности базовой медицинской организации и структурных подразделений была проведена на основе применения комплексной методики, представляющей обобщенные методические принципы тематических методик, представленных в научной литературе. В основу данной методики заложен принцип определения интегральных показателей по каждому критерию с последующим проведением их суммирования для определения общего интегрального показателя, характеризующего медицинскую деятельность, как

¹ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждена Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294. М.; 2014.

структурных подразделений, так и медицинской организации в целом [2].

Сравнительный анализ выбранных показателей и расчет интегральных показателей проводился на основании статистических отчетных данных за 2019—2020 гг. и других источников информации.

Результаты

Было установлено, что общий интегральный показатель, характеризующий медицинскую деятельность базовой медицинской организации, за изучаемый период существенных изменений не имеет. Однако по отдельным критериям наблюдаются разнонаправленные тенденции. Так, в отношении интегрального показателя, характеризующего структуру медицинской помощи, наблюдается неярко выраженная, но негативная тенденция, тогда как в отношении интегрального показателя, характеризующего процесс оказания медицинской помощи, наблюдаются позитивные изменения и этот факт является нивелирующим и определяющим отсутствием изменений интегрального показателя, характеризующего результативность медицинской помощи.

Проведенный сравнительный анализ динамики критериальных показателей позволил установить негативные изменения некоторых из них. Наиболее выраженные негативные тенденции наблюдаются в отношении показателя «Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году» — 100,0% в 2019 г. и 8,0% в 2020 г., а также в отношении показателя «Выполнение плана по диспансеризации взрослого населения» — 100,0% в 2019 г. и 8,0% в 2020 г.

Кроме того, общий показатель «Занятость штатных должностей врачей» уменьшился с 72 % в 2019 г. до 63 % в 2020 г., «укомплектованность штатных должностей врачей физическими лицами» снизилась с 55 % до 46 %. Общий показатель «Занятость штатных должностей врачей в стационаре» уменьшился с 72,9% до 62,1%, при этом в наибольшей степени данный показатель уменьшился по врачам — эндоскопистам (69,6% и 32,0%), онкологам (95,2% и 44,1%), кардиологам (100,0% и 65,7%) эндокринологам (66,6% и 36,3%), инфекционистам (100,0% и 71,4%), анестезиологам-реаниматологам (76,9% и 54,7%) и хирургам (85,8% и 70,0%).

Негативные тенденции наблюдаются также в отношении занятости штатных должностей врачей в амбулаторно-поликлинических отделениях. Так, данный показатель снизился с 71,5% в 2019 г. до 50,2% в 2020 г. В наибольшей степени данный показатель уменьшился по врачам — офтальмологам (89,3% и 44,8%), эндокринологам (100,0% и 77,2%) и неврологам (85,2% и 72,3%).

Отдельным фрагментом исследования явилась разработка и апробация системы информационного обеспечения структурного подразделения базовой медицинской организации — регионального сосудистого центра и входящих в его структуру отделений кардиологии и неврологии.

Обсуждение

В ходе исследования было установлено, что динамика общего интегрального показателя, характеризующего медицинскую деятельность центра в целом, имеет негативную тенденцию. При этом в отношении отдельных показателей наблюдаются разнонаправленные тенденции. Так, на фоне выраженных позитивных изменений показателя «Среднее число исследований в сутки» (16,2 в 2019 г. и 30,7 в 2020 г.), показатель «Летальность при инфаркте миокарда» характеризуется негативными изменениями (6,9% в 2019 г., 10,5% в 2020 г.).

В отношении общего интегрального показателя, характеризующего медицинскую деятельность отделения кардиологии сосудистого центра, установлены выраженные негативные изменения. Определяющим фактором данной тенденции являются негативные изменения многих анализируемых показателей. Так, показатель «Занятость штатных должностей врачей отделения» понизился с 92,6% в 2019 г. до 65,8% в 2020 г., показатель «Занятость штатных должностей среднего медперсонала» снизился с 95,3% до 62,5%, показатель «Средняя занятость койки в году» снизился с 320,1 дня до 270,7 дня, показатель «Выполнение плана койко-дней» снизился с 95,3% до 81,0%, показатель «Больничная летальность» увеличился с 1,5% до 6,1%.

В отношении общего интегрального показателя, характеризующего медицинскую деятельность отделения неврологии сосудистого центра, также установлены выраженные негативные изменения. Сравнительный анализ показал, что по многим анализируемым показателям наблюдаются негативные изменения. Так, показатель «Занятость штатных должностей врачей отделения» понизился с 50,0% в 2019 г. до 37,5% в 2020 г., показатель «средняя занятость койки в году» снизился с 272,7 дня до 237,8 дня, показатель «больничная летальность» увеличился с 2,9% до 12,8%.

Результаты апробации системы информационного обеспечения управления качеством и эффективностью медицинской деятельности базовой медицинской организации явились основой для принятия надлежащих управленческих решений. В частности, главным врачом медицинской организации были разработаны конкретные Приказы:

- «Об организации в 2021 году Единых дней диспансеризации определенных групп взрослого населения в городе Реутов»;
- «Об утверждении коечного фонда ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов»;
- «Об утверждении объемных планов-графиков проведения диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения г. Реутова»;
- «О подаче и реализации предложений по улучшениям в структурных подразделениях ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов», оказывающих первичную медико-санитарную помощь»;

— «О коечной мощности Регионального сосудистого центра ГАОУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов» в 2021 году».

Заключение

1. Результаты апробации системы информационного обеспечения управления качеством и эффективностью медицинской деятельности в базовой медицинской организации послужили основой для разработки и принятия адекватных управленческих решений.

2. Дифференциация анализируемых показателей, входящих в систему информационного обеспечения, по критериям структуры, процесса и результативности медицинской помощи позволяет объективно и разносторонне оценить существующие реалии и тенденции.

3. Интегральная оценка медицинской деятельности позволяет выявить как общие тенденции, так и тенденции по отдельным оценочным критериям, что способствует конкретизации направленности надлежащих управленческих решений.

Область применения

Методические принципы разработки системы информационного обеспечения управления качеством и эффективностью медицинской деятельности, а также определения интегральных показателей и проведения интегральной оценки могут использоваться на всех иерархических уровнях [3].

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 29.06.2022; одобрена после рецензирования 12.07.2022; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 29.06.2022; approved after reviewing 12.07.2022; accepted for publication 17.02.2023.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Сердюковский С. М. Методические принципы комплексной оценки деятельности медицинской организации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*; 2019;27(4):476—478.
2. Линденбратен А. Л., Гришина Н. К., Гриднев О. В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. В кн.: *Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Материалы международной научно-практической конференции*. М.; 2012. С. 222—6.
3. Линденбратен А. Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи. *Здравоохранение*; 2015;(1):74—80.

REFERENCES

1. Serdyukovsky S. M. Methodological principles of a comprehensive assessment of the activities of a medical organization. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooхранenija i istorii mediciny]*; 2019;27(4):476—478. (in Russian).
2. Lindenbraten A. L., Grishina N. K., Gridnev O. V. Principles of organizing monitoring of key performance indicators in outpatient clinics in a three-level system of medical care. In the book: *Organization of medical and preventive care for the population and the challenges of globalization: Proceedings of the international scientific and practical conference. [Organizaciya lechebno-profilakticheskoy pomoshchi naseleniyu i vyzovy globalizacii: Materialy mezh-dunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencij]*. M.; 2012. P. 222—6. (in Russian).
3. Lindenbraten A. L. Methodological approaches to quality assessment medical care organizations. *Healthcare [Zdravooхранenie]*; 2015;(1):74—80. (in Russian).

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.002

Особенности семей подростков, страдающих хроническими дерматозами (обзор)

Карина Николаевна Дадашева¹, Роман Викторович Горенков^{2✉},
Марина Николаевна Дадашева³, Сергей Александрович Орлов⁴,
Татьяна Павловна Васильева⁵

^{1,3} ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.
М. Ф. Владимирского», г. Москва, Российская Федерация;

^{2,4,5} ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени
Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация

¹karina-dadasheva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7510-9305>

²rogorenkov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

³donveles777@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4951-2088>

⁴orlovser-gio@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8749-8504>

⁵vasileva_tp@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3605-8592>

Аннотация. Заболевания кожи, в том числе хронические дерматозы (акне, дерматит, псориаз и другие) могут способствовать дисбалансу в отношениях с членами семьи. Эта тема является актуальной для общественного здравоохранения, так как благополучие семьи сказывается на здоровье всех ее членов.

В статье представлены общие представления о влиянии хронических кожных заболеваний на семью, особенности влияния на семью отдельных кожных заболеваний (акне, псориаз, атопический дерматит) и организационные возможности по улучшению качества жизни семьи подростка, страдающего хроническим дерматозом.

В ходе изучения обзора литературы установлено, что акне, атопический дерматит и псориаз, являющиеся самыми распространенными дерматологическими заболеваниями, оказывают большое влияние на качество жизни пациентов и членов его семьи. Подростки, страдающие данными вариантами хронического дерматоза, сталкиваются с повышенным риском низкой самооценки, стигматизации и негативного психосоциального влияния, которые влияют на их повседневную деятельность дома, в школе и на работе.

Члены семьи детей с хроническими дерматозами могут страдать от беспокойства, тревожности, чувства вины и возможного социального отчуждения. В настоящее время становится все более очевидным важность включения родителей и других членов семьи в разработку плана лечения ребенка и интегративный междисциплинарный подход к лечению, включающий в себя направление на психотерапию как ребенка, так и его родителей, чтобы оптимизировать результаты лечения.

Ключевые слова: семья, внутрисемейные отношения, хронические дерматозы, подростки.

Для цитирования: Дадашева К. Н., Горенков Р. В., Дадашева М. Н., Орлов С. А., Васильева Т. П. Особенности семей подростков, страдающих хроническими дерматозами (обзор) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 9—16. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.002.

Review article

Features of families of adolescents suffering from chronic dermatosis (review)

Karina N. Dadasheva¹, Roman V. Gorenkov^{2✉}, Marina N. Dadasheva³, Sergey A. Orlov⁴, Tatyana P. Vasilyeva⁵

^{1,3} M. F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation;

^{2,4,5} FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation;

² Sechenov University, Moscow, Russian Federation

¹karina-dadasheva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7510-9305>

²rogorenkov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

³donveles777@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4951-2088>

⁴orlovser-gio@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8749-8504>

⁵vasileva_tp@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3605-8592>

Abstract. Skin diseases, including chronic dermatoses (acne, dermatitis, psoriasis, and others) can contribute to an imbalance in relationships with family members. This topic is relevant for public health, as the well-being of the family affects the health of all its members. The article presents general ideas about the impact of chronic skin diseases on the family, features of the impact on the family of individual skin diseases (acne, psoriasis, atopic dermatitis) and organizational opportunities to improve the quality of life of the family of a teenager suffering from chronic dermatosis.

During the study of the literature review, it was found that acne, atopic dermatitis and psoriasis, which are the most common dermatological diseases, have a great impact on the quality of life of patients and their families. Adolescents with these types of chronic dermatosis face an increased risk of low self-esteem, stigma and negative psychosocial influences that affect their daily activities at home, school and work.

Family members of children with chronic dermatoses may suffer from restlessness, anxiety, guilt, and possible social withdrawal. Nowadays, the importance of including parents and other family members in the development of a child's treatment plan and an integrative interdisciplinary approach to treatment, including the referral of both the child and his parents to psychotherapy, in order to optimize treatment outcomes, is becoming increasingly clear.

Key words: *Family, family relationships, chronic dermatoses, adolescents.*

For citation: Dadasheva K. N., Gorenkov R. V., Dadasheva M. N., Orlov S. A., Vasilyeva T. P. Features of families of adolescents suffering from chronic dermatosis (review). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):9–16. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.002.

Введение

Хронические заболевания у детей и подростков могут способствовать дисбалансу в отношениях с членами семьи из-за изменений в семейной динамике и в жизни самих пациентов. Эта тема является актуальной для общественного здравоохранения [1, с.60—62; 2, с7—8].

Заболевания кожи, в том числе хронические дерматозы (акне, дерматит, псориаз и др.) сильно влияют на психологическое благополучие подростков, их социальное функционирование и повседневную деятельность [3, с.58—59; 4, р.932—35]. Понятие «вторичного воздействия кожных заболеваний» на членов семьи пациентов появилось относительно недавно, и связано оно в основном с семьями, где есть дети с атопической экземой [5, р. 607—608; 6, р.229—230]. В настоящее время рассматривается не только влияние хронического заболевания подростка на семью, но и сформировавшиеся отношение родственников (семьи) на самого подростка.

Целью исследования было анализ данных современной отечественной и зарубежной медицинской литературы и результатов клинических исследований по вопросу влияния хронических дерматозов у подростков на условия жизни их семьи и другие внутрисемейные факторы, а также на состояние здоровья самого подростка в семье.

Материалы и методы

Анализировалась литература в системах e-library и PubMed за последние 10 лет. Ключевыми словами для поиска на русском и английском языках были хронические дерматозы у подростков, семья, качество жизни и социально-гигиеническая характеристика семьи, имеющей ребенка с хроническими дерматозами. Изучались публикации преимущественно на русском и английском языках.

Оценка приемлемости оригинальных источников осуществлялась в несколько этапов: просматривались заголовки, аннотации и полнотекстовые статьи. Кроме того, осуществлялся дополнительный поиск ссылок из документов. Были исключены из анализа на данном этапе: публикации отдельных наблюдений, статьи, в которых удалось оценить эффективность проводимого лечения менее чем у 20 пациентов, а также статьи, в которых были приведены предварительные результаты исследования или дублировались результаты исследований.

Влияние хронических кожных болезней подростка на семью

Исследования показали, что родители, ухаживающие за подростками с хроническими заболеваниями, часто сталкиваются с изменениями своего психосоциального статуса, что может негативно повлиять на комплаентность подростка к лечению, приводя к ухудшению его состояния [7, с.46—48; 8, р. 1097].

Во многих исследованиях показано пагубное влияние бремени заботы о подростке с хроническим дерматозом на семейные отношения. Влияние кожных заболеваний на социальную жизнь семьи усугубляет изоляцию, которую могут испытывать лица, заботящиеся о пациентах, а также подчеркивает потребность в их социальной и эмоциональной поддержке. Из-за характера многих кожных заболеваний и особенностей их лечения, ближайшие родственники часто участвуют в уходе за пациентом и страдают во многих отношениях. Родители подростков с хроническими дерматозами испытывают влияние широкого спектра негативных последствий от болезни их детей, в т.ч. психологические и социальные изменения образа жизни, нарушения в межличностных отношениях, финансовой, семейной деятельности, страдает сон, кроме того, их беспокоят вопросы, связанные с практическим уходом за больным [9, р.810—812].

В исследовании Т. В. Кауровой (2019) было показано, что у родителей детей с хроническими дерматозами по сравнению с родителями детей, не страдающих данной группой заболеваний, значимо снижены такие параметры КЖ как эмоциональное функционирование ($59,1 \pm 15,7$ и $69,6 \pm 17,4$), социальное функционирование ($79,9 \pm 16,7$ и $84,0 \pm 17,0$), ролевое функционирование ($58,4 \pm 14,1$ и $65,3 \pm 16,6$) и психосоциальное здоровье ($66,5 \pm 13,1$ и $73,0 \pm 17,0$). Негативные последствия для родителей могут быть значительны; им может понадобиться пропускать работу или полностью отказаться от работы вне дома, что может существенно отражаться на материальном благополучии семьи, что становится особенно проблематично для малообеспеченных семей; может нарушаться их социальное функционирование, в том числе отношения с партнером и другими членами семьи [10, с.11—15].

Также, одной из проблем, с которой сталкиваются родители детей, страдающих хроническими дерматозами, является нарушение сна, которое может затронуть всех членов семьи больного и является

Возможные причины повышенного стресса у родителей/опекунов детей с хроническими кожными заболеваниями

Поведение ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Дети, страдающие от хронического заболевания в течение длительного времени, могут нуждаться в повышенном внимании со стороны близких • Могут развиваться психические расстройства, такие как депрессия и тревога • Тяжелое заболевание может вызвать ряд поведенческих проблем
Детско-родительские отношения	<ul style="list-style-type: none"> • Родители могут испытывать стресс из-за того, что их ребенок нуждается в постоянном внимании. • Социальная изоляция ребенка (возможная в подростковом возрасте) может также повлиять на родителей.
Психосоциальный статус родителей	<ul style="list-style-type: none"> • Родители/опекуны могут страдать от беспокойства, эмоциональной лабильности, депрессии, тревоги и чувства не-ловкости • Родители/опекуны могут чувствовать вину, стыд и беспокойство по поводу последствий хронического заболевания, с которым сталкивается ребенок. • Родители/опекуны могут чрезмерно опекать своих детей и/или уступать их требованиям из-за эмоционального истощения
Супружеские отношения	<ul style="list-style-type: none"> • Семейный разлад может возникнуть из-за ненужных самообвинений или претензий к партнеру по поводу наличия у ребенка тяжелого заболевания. • Партнеры могут испытывать чувство ревности из-за отсутствия личного пространства и времени для интимных отношений.
Нарушения сна у родителей	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимость ночного ухода за больным ребенком может нарушить режим сна родителей
Особенности диеты	<ul style="list-style-type: none"> • Коррекция диеты, если таковая требуется, также может спровоцировать стресс
Факторы окружающей среды	<ul style="list-style-type: none"> • Изменения в домашней обстановке, такие как частая смена и стирка постельного белья или уборка за больным ребенком, могут вызвать стресс
Финансовое бремя	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярные расходы на лекарственные препараты, многократные визиты к врачу, затраты на транспорт и т. д. могут негативно влиять на семейный бюджет. • Время, потраченное на уход за больным, может повлиять на возможность родителя нормально работать.
Проблемы в отношениях между братьями и сестрами	<ul style="list-style-type: none"> • Не до конца изученный аспект — повышенное внимание, уделяемое больным детям, может стать причиной семейных разногласий между братьями и сестрами

для них серьезным стрессогенным фактором [11, р.109—110].

В таблице представлены возможные причины повышенного стресса у родителей/опекунов детей с хроническими кожными заболеваниями, связанные с поведением ребенка, детско-родительскими отношениями, психосоциальным статусом родителей, супружескими отношениями, возможным нарушением сна у родителей, особенностями диеты, факторами окружающей среды, финансовым бременем и возможными проблемами в отношениях между братьями и сестрами.

Влияние акне на качество жизни подростка и отношения в семье

Подростки с хроническими дерматологическими заболеваниями, сопровождающимися видимыми поражениями кожи лица, испытывают значительное снижение самооценки [12, с.4], а также тревогу по поводу того, как их воспринимают окружающие, что может негативно влиять на их повседневную жизнь. Люди с приобретенными кожными заболеваниями, такими как акне, испытывают более сильное негативное влияние на самооценку, чем лица с врожденными кожными заболеваниями [13, р.540]. В исследовании с участием подростков в возрасте от 11 до 18 лет пациенты с приобретенными заболеваниями кожи лица имели худшую самооценку, чем лица с врожденными заболеваниями кожи лица [14, р.99—101].

Такое негативное самовосприятие подростков не обязательно коррелирует со степенью тяжести заболевания [15, с. 3101—3103]. Обзорные исследования психосоциального воздействия акне показывают несоответствие между оценкой тяжести заболевания пациентом и медицинским работником [16, р. 624]. На самооценку пациента в гораздо большей степени влияли психологические факторы, такие как тревога и депрессия. Пациенты с низкими показателями по шкале самооценки считали, что у них более тяжелая степень акне, несмотря на то что, их

мнение не совпадало с медицинским заключением [16, р. 625—626].

Тем не менее, другие исследования указывают на связь между тяжестью заболевания и качеством жизни (КЖ). В поперечном исследовании, проведенном среди учащихся 23 средних школ в Афинах (Греция) влияние акне на КЖ, измеряемое при помощи индекса качества повседневной жизни ребенка (CDLQI), было пропорционально степени тяжести акне ($p < 0,001$). На различия в баллах CDLQI влияли чувство вины, тревога по поводу наличия симптомов акне, чувство собственной никчемности и буллинг среди сверстников [17, р. 862—863].

Низкая самооценка и чувство собственной никчемности в подростковом возрасте могут привести к повышению риска развития сопутствующих психосоциальных заболеваний. В исследовании, включавшем 72 пациента с акне легкой и средней степени тяжести, средний балл по Шкале оценки депрессии Кэрролла (CRSD) соответствовал клинической депрессии [18, р. 847—848]. Положительные изменения в самовосприятии могут быть достигнуты при успешном медицинском вмешательстве [19, р. 334—335]. Пятьдесят процентов пациентов с акне, которые лечились стандартными и системными препаратами в течение трех месяцев, реже испытывали смущение и чувство собственной никчемности, и 58% пациентов сообщали об улучшении социальных взаимодействий после лечения [19, р. 336—337].

В исследовании Т. А. Смаль (2009) было показано, что подростки с акне в 35% регулярно испытывают психологические стрессы по сравнению с 20% подростков группы контроля [20, с. 86—87].

В настоящее время в литературе недостаточно исследований, касающихся оценки влияния акне на изменения взаимоотношений в семье. В популяции L. M. Sadowsky с соавт. (2020) преобладали подростки с легкой степенью акне, и влияние акне на КЖ подростков, оцениваемое как пациентами, так и их родителями, было относительно низким (SDT и

SDP). Было показано, что оценка родителями степени тяжести акне у подростка в основном совпадала с собственным восприятием тяжести заболевания пациентом, что показывает важность поведения родителей в своем отношении к заболеванию подростка. Более того, родительская оценка влияния акне на КЖ подростка в большей степени согласуется с собственной точкой зрения пациента, чем мнение клинициста [21, р. 593—595].

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) по сравнению с акне наблюдается у детей в значительно более раннем возрасте. В подростковом возрасте заболевание значимо влияет на КЖ, показано, что уровни эмоционального и социального функционирования у подростков с АД значимо меньше ($59,9 \pm 4,95$ и $80,5 \pm 4,0$) по сравнению с детьми без АД ($78,8 \pm 4,8$ и $91,8 \pm 3,2$) [22, с. 23]. Это хроническое дерматологическое состояние создает значительную нагрузку на лиц, осуществляющих уход за педиатрическими пациентами с АД, что часто негативно влияет на их отношения с ребенком [23, р. 162]. В сравнении с контрольной группой матери детей с АД чаще характеризовали себя как более депрессивных и тревожных и описывали своего ребенка скорее с отрицательной, чем положительной стороны [24, р. 41—42]. В исследовании, оценивающем КЖ семьи, большинство лиц, осуществляющих уход за педиатрическими пациентами с АД, сообщают о таких проблемах, как нервное истощение, разочарование, чувство вины, беспомощность и обида [25, р. 110].

Депрессия и тревога лиц, осуществляющих уход за подростками с АД, может провоцировать у них негативное восприятие самих себя, что может повлиять на их будущее КЖ. По сравнению со сверстниками без дерматологических проблем, дошкольники с АД имеют большую частоту поведенческих проблем, связанных с нарушенной семейной динамикой и тревожностью родителей [26, р. 130—131]. Подростки с АД демонстрировали поведенческие проблемы, сходные с таковыми у детей с другими тяжелыми хроническими заболеваниями, такими как почечная недостаточность, например, склонность к зависимостям, большое количество страхов и нарушения ночного сна, обычно возникающие из-за хронического дискомфорта [26, р. 132]. В исследовании 55 детей с АД, проживающих в Гонконге, большинство называли своей основной физической проблемой интенсивный зуд, который мешал им спать, питанию, играм и спорту. Разочарование в членах семьи часто было сосредоточено вокруг родителей, говорящих детям, чтобы они перестали чесаться [27, р. 865]. Когда дети слышали эти требования от своих родителей, они чувствовали себя непонятыми и раскритикованными, кроме того, пять участников сообщили, что их не только ругали, но и били за расчесывание кожи. Этот цикл отчаяния и беспомощности продолжался, поскольку дети сопротивлялись требованиям родителей принимать лекарства [27, р. 866].

Частые споры с опекунами заставляли некоторых детей прикладывать максимум усилий, чтобы лучше успевать в учебе, с целью оправдать ожидания родителей. Другие дети со временем усвоили негативное восприятие своего тела, рассматривая себя как «грязных» и «отвратительных», выражали ненависть к своей коже или сообщали о чувстве необходимости прикрыть свою кожу, чтобы другие ее не видели [27, р. 867—869]. В поперечном исследовании 51 ребенка с АД и их опекунов, оценивали взаимосвязь между тяжестью АД и КЖ ребенка и лиц, осуществляющих за ним уход. Высокая степень тяжести АД, измеряемая индексом Severity Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD), была связана с худшим КЖ детей и их опекунов, измеряемого по шкалам CDLQI и DFI ($p < 0,001$). У большинства детей АД слабо влиял на результаты оценки по шкале CDLQI по сравнению с их опекунами, у которых наблюдались умеренно высокие или очень высокие баллы по шкале DFI, что предполагает высокий уровень стресса и напряжения среди членов семей подростков с АД [28, р. 94].

Другое исследование, в котором принимали участие американские дети с АД, показало, что родители часто испытывают чувство вины и обвиняют себя, наблюдая, как их дети страдают [Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, 2004, р. 608]. Поскольку заболевание сохраняется и в подростковом возрасте, часто возникала социальная изоляция ребенка, усугубляющая родительский стресс [29, р. 609—610]. В китайском исследовании матери проводили больше времени с детьми, страдающими АД, по сравнению с другими лицами, осуществляющими уход, и сообщали о повышенном стрессе, оказывающим негативное влияние на их психическое и физическое благополучие, из-за трудностей с совмещением обязанностей по уходу за детьми и другими домашними делами [30, р. 2248—2250]. Результаты другого исследования показали, что матери, ухаживающие за детьми с АД, были более тревожными и депрессивными по сравнению с контрольной группой. Однако, образовательные и когнитивно-поведенческие вмешательства снижают тяжесть заболевания у ребенка и помогают улучшить психологическое состояние как ребенка, так его и родителей/опекунов [31, р. 44—46].

Исследование с использованием Индекса качества жизни при дерматите у младенцев (IDQOL) и DFI для измерения КЖ в семьях с детьми с АД показало, что у родителей/опекунов часто наблюдались усталость и недосыпание из-за того, что детям требовалось долгое время, чтобы заснуть [32, р. 1251]. В исследовании, проведенном R. Sarkar с соавт. (2004) исследователи сообщили о повышенном уровне стресса и субмиссивных чертах личности у матерей индийских детей с АД, что, по-видимому, усиливало психологические расстройства у их детей. В дополнение к эмоциональному напряжению, потребности в чистоте, чтобы избежать воздействия аллергенов окружающей среды, также сообщается о значительном финансовом бремени АД, что еще больше усиливает стресс у родителей и опекунов таких детей

[33, p. 449—450]. В другом исследовании при оценке восприятия родителями проблем ребенка было показано, что АД вызывает у детей тревогу и стресс в $54,8 \pm 6,3\%$ детей, влияет на внутрисемейные отношения в $66,1 \pm 6,0\%$ случаев, способствует снижению уровня физической активности ($59,7 \pm 6,2\%$) и ограничению культурной деятельности и досуга семьи ($48,4 \pm 6,3\%$) [34, с. 65—66].

Псориаз

J. Gonzalez с соавт. (2016) было показано, что среди детей в возрасте 5—16 лет псориаз снижает КЖ, на $30,5\%$ ($p < 0,001$), причем наличие данного хронического дерматоза влияет на КЖ больше, чем эпилепсия, энурез и сахарный диабет [35, p. 547]. В исследовании 32 пациентов-подростков в возрасте 12—19 лет у больных псориазом был затронут наибольший диапазон различных доменов опросника КЖ, включая психологический (эмоциональные аспекты заболевания, буллинг, самооценка и опора пациента на мнение других), социальный и физические аспекты [36, p. 363—364]. Дети, страдающие псориазом, сообщали о наибольшем нарушении КЖ на основе оценки по CDLQI по сравнению с детьми с алопецией, с локализованной экземой, акне и крапивницей, на втором месте по плохому КЖ следовали пациенты с АД [37, p. 567—569].

Псориаз может повлиять на жизнь как пациентов, так и тех, кто за ними ухаживает. В мультицентровом исследовании 129 детей с псориазом и лиц, ухаживающих за ними, CDLQI и DFI были использованы для оценки влияния псориаза на КЖ детей и их членов семьи. Средний балл по шкале CDLQI составил 7,6, что свидетельствует об умеренном влиянии на КЖ пациентов, при этом психологическая сфера страдает больше всего. Эмоции были наиболее серьезно нарушенной сферой для лиц, осуществляющих уход, на основе DFI. Оценка по DFI положительно коррелировала с оценкой по CDLQI ($r = 0,554$, $p < 0,001$) и PASI ($r = 0,350$, $p < 0,001$). Среди пациентов с наиболее строгими схемами лечения, включающими системные препараты и фототерапию, наблюдались более серьезные нарушения во многих областях КЖ, по сравнению с теми, кто получал терапию первой линии [38, p. 651—655].

Лица, ухаживающие за детьми с псориазом, испытывают психологическое напряжение из-за непредсказуемой картины болезни их ребенка, приводящей к ощущению беспомощности. Они часто сообщают о разочаровании в связи с плохим настроением своего ребенка и неудовлетворенностью медицинской помощью. Некоторые лица, осуществляющие уход, чувствовали себя подавленными в связи со значительной ответственностью по уходу за ребенком и сообщали, что ставят под угрозу свое здоровье ради семьи.

Подростки с псориазом часто сталкиваются с проблемами, связанными с низкой самооценкой, трудностями с сексуальной близостью, стигматизацией и напряженностью в семье и общественных отношениях [39, p. 343—344]. Псориаз особенно влияет на физическую активность подростков, в част-

ности, на занятия внеклассными видами спорта, что может отрицательно сказаться на сопутствующих заболеваниях, связанных с псориазом, включая сахарный диабет, ожирение, артериальную гипертензию и психические расстройства [39, p. 345]. Видимый характер этого заболевания и связанного с ним дискомфорта способствуют избеганию физической активности в этой возрастной группе. В онлайн-фокус-группе 48% участников-подростков назвали видимость «худшим» аспектом псориаза, также они упоминали потерю контроля, поскольку псориазные поражения часто рецидивируют и обострения непредсказуемы [39, p. 346]. Негативные мысли о своем теле могут повлиять на самооценку подростков, и с течением времени подвергают их более высокому риску психических нарушений, таких как депрессия и тревога. По сравнению со здоровой контрольной группой, самооценка ($p < 0,001$) и восприятие образа своего тела ($p = 0,021$) были ниже у больных псориазом [39, p. 344]. Площадь поражения кожи и степень тяжести псориаза отрицательно коррелировали с восприятием образа своего тела ($r = 0,423$), но положительно с КЖ ($r = 0,703$) и самооценкой ($r = 0,448$). Уровень образования не влиял на показатели DLQI у пациентов с псориазом; тем не менее, самооценка была выше у лиц с высшим образованием ($p < 0,05$) [39, p. 343].

Псориаз особенно влияет на внешний вид, уверенность в себе и образ жизни у подростков. Подростки сообщают о чувстве потери контроля из-за непредсказуемого течения болезни, что препятствует их способности справиться с псориазом [40, p. 91—92]. Проблемы с самооценкой, связанные с псориазом, остаются у людей в долгосрочной перспективе, иногда после полной ремиссии [40, p. 93—94]. Одним из наиболее распространенных механизмов преодоления трудностей является избегающее поведение или стратегии сокрытия, которые могут повлиять на повседневную деятельность или сексуальную близость молодых людей. Некоторым подросткам общение со сверстниками помогает справиться с их неуверенностью, чувством одиночества и поиску других механизмов преодоления [40, p. 95]. К основным предикторам депрессии среди больных псориазом относился женский пол, негативное восприятие своего внешнего вида, низкая самооценка, повышенный психологический стресс и сниженная социальная эмоциональная поддержка [40, p. 95]. Таким образом, достижение лучшей/полной ремиссии за счет надлежащего лечения может положительно повлиять на представления подростков о своем теле и предотвратить развитие психических нарушений, таких как депрессия.

Исследования, проведенные среди взрослых пациентов с псориазом и членов их семей, показало, что у всех наблюдается снижение КЖ и трудности с выполнением повседневных дел [41, p. 376; 42, p. 110; 43, p. 1246; 44, p. 820—822; 45, p. 287; 46, p. 133].

Доступно несколько исследований о влиянии псориаза на лиц, осуществляющих уход за педиатрическими пациентами. В исследовании 2007 года отмечалось влияние псориаза на жизнь детей, под-

ростков и членов их семей по данным Детского дерматологического индекса качества жизни (CDLQI), Семейного дерматологического индекса качества жизни (FDLQI), Опросника детской депрессии (CDI) и Опросника тревожных состояний у детей (STAIC). Авторы выявили влияние псориаза на показатели КЖ лиц, осуществляющих уход за больными, даже если заболевание считалось легким по степени тяжести. Шведское исследование с использованием DFI также показало высокий уровень эмоционального стресса и финансового бремени для лиц, осуществляющих уход за подростками с псориазом [47, p. 20].

Другое исследование, в котором были опрошены родители подростков с псориазом, показало значительные нарушения эмоциональной сферы у родителей, включая грусть, депрессию и беспокойство по поводу состояния своего ребенка, а также социальную изоляцию, недосыпание, пренебрежение уходом за собой и беспокойство о финансах и тайм-менеджменте [47, p. 22].

Наконец, в обзоре 2019 года сообщалось, что родители, дети которых страдают псориазом, отметили негативное влияние заболевания ребёнка на качество их жизни, вызывающее стресс, депрессию и разочарование.

Организационные возможности по улучшению качества жизни семьи с подростком, страдающим хроническим дерматозом

Включение родителей/опекунов пациентов с детскими дерматозами в разработку общего плана лечения способствовало снижению частоты развития у них психических расстройств, чувства отсутствия контроля и беспомощности. Таким образом, родителям и опекунам детей с хроническими дерматозами необходимо психологическое консультирование и углубленное обучение уходу за пациентами.

Правильное объяснение прогноза заболевания может помочь родителям лучше справляться со стрессом и планировать свои дальнейшие действия в соответствии с необходимостью. Создание школ и групп поддержки для конкретных заболеваний с целью обучения и консультирования родителей и опекунов может явиться эффективной стратегией для улучшения жизни как самих родителей и опекунов, так и опосредованно детей. Эта социальная поддержка часто оказывается неоценимой в поддержании душевных сил родителей и опекунов.

Направление к психотерапевту и психологу для дальнейшего специализированного лечения, такого как поведенческая терапия и/или фармакотерапия должны быть рассмотрены для тех, кто не комплаентен консультациям детского врача-дерматолога. Клиницисты должны сосредоточить внимание не только на детях с дерматологическими заболеваниями, но и на их родителях/опекунах для более целостного и инклюзивного подхода к лечению.

Заключение

Акне, АД и псориаз являются распространенными дерматологическими заболеваниями и оказыва-

ют большое влияние на КЖ пациентов и тех, кто за ними ухаживает. Подростки, страдающие данными вариантами хронического дерматоза, сталкиваются с повышенным риском низкой самооценки, стигматизации и негативного психосоциального влияния, которые влияют на их повседневную деятельность дома, в школе и на работе. Пациенты развивают ряд навыков преодоления, чтобы смягчить негативные переживания, эти стратегии включают избегание и ношение более консервативной одежды, что может влиять на их посещаемость в школе, а также на выбор и посещение внеклассных мероприятий.

Родители/опекуны детей с хроническими дерматозами могут страдать от беспокойства, тревожности, чувства вины и возможного социального отчуждения. Постоянная потребность детей в заботе и визитах к врачам также снижают КЖ лиц, осуществляющих уход, и влияет на их социальные взаимосвязи. Финансовое бремя медицинского обслуживания подростка, а также стресс родителей/опекунов, в свою очередь, потенциально может оказать негативное влияние на качество ухода, что может привести к ухудшению течения заболевания. В настоящее время становится все более очевидным важность включения родителей/опекунов и других членов семьи в разработку плана лечения ребенка и интегративный междисциплинарный подход к лечению, включающий в себя направление на психотерапию как ребенка, так и его родителей, чтобы оптимизировать результаты лечения. Такой подход может помочь подросткам с хроническими дерматозами поддерживать КЖ на высоком уровне и быть готовыми столкнуться с будущими трудностями.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Соколовская Т. А., Монахов М. В., Армашевская О. В., Бахадова Е. В. Ценностное отношение в семье к здоровью детей с различными заболеваниями. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;1:56—66.
2. Machado AN, Nóbrega VMD, Silva MEA, França DBL, Reichert APDS, Collet N. Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20170290, 1—8. doi:10.1590/1983-1447.2018.2017-0290
3. Микиргичан Г. Л., Горланов И. А., Каурова Т. В. Медико-социальная характеристика семьи ребенка 13—18 лет, страдающего хронической дерматологической патологией. *Педиатр*. 2011;2(3):55—60.
4. Basra MK, Finlay AY. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol*. 2007;156(5):929—937. doi:10.1111/j.1365—2133.2007.07794.x
5. Chamlin SL, Cella D, Frieden IJ et al. Development of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale: initial validation of a quality-of-life measure for young children with atopic dermatitis and their families. *J Invest Dermatol*. 2005; 125:1106—11.
6. McKenna SP, Whalley D, Dewar AL et al. International development of the Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD). *Qual Life Res*. 2005; 14:231—41.
7. Соколовская Т. А., Монахов М. В. Роль семьи в формировании «Модели здоровья» у детей. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2018; 3:45—56.
8. De Maeseneer H, Van Gysel D, De Schepper S, et al. Care for children with severe chronic skin diseases. *Eur J Pediatr*. 2019;178(7):1095—1103.
9. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(8):809—828.

10. Каурова Т. В., Микиртичан Г. Л. Опыт изучения качества жизни подростков, страдающих хроническими дерматозами. *Медицина и организация здравоохранения*. 2019;4(1):10—16.
11. Елхова Ю. С. Особенности психоэмоционального статуса подростков при акне. *Фундаментальные аспекты психического здоровья*. 2018;3:3—5.
12. Patrick DL, Topolski TD, Edwards TC, et al. Measuring the quality of life of youth with facial differences. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(5):538—547. doi:10.1597/06—072.1
13. Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC, et al. Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. *Orthod Craniofac Res*. 2007;10(2):96—103. doi:10.1111/j.1601—6343.2007.00383.x
14. Шадиева Д. Б. Влияние акне на психологическое состояние подростков. *Инновации. Наука. Образование*. 2021;43:3099—3106.
15. Vilar GN, Santos LA, Sobral Filho JF. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. *An Bras Dermatol*. 2015;90(5):622—629. doi:10.1590/abd1806-4841.201533726
16. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):862—869. doi:10.1590/s0365-05962012000600007
17. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998;139(5):846—850. doi:10.1046/j.1365—2133.1998.02511.x
18. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J, Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol*. 1991;8(4):332—338. doi:10.1111/j.1525—1470.1991.tb00945.x
19. Смаль Т. А., Тищенко Е. М., Сурмач М. Ю., Хворик Д. Ф. Акне у подростков как фактор качества жизни, связанного со здоровьем. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2009;1(58):85—88.
20. Sadowsky LM, Yang CY, Sorrell J, et al. Comparing clinical acne vulgaris severity to adolescent and parent perceptions of acne severity and impact on quality of life. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(4):592—596. doi:10.1111/pde.14034
21. Вострикова С. А., Пенкина Н. И. Атопический дерматит и качество жизни в подростковом возрасте. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2015;1:21—25.
22. Chernyshov PV. Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:159—166. Published 2016 Jul 21. doi:10.2147/CCID.S91263
23. Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D. Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychother Psychosom*. 1999;68(1):39—45. doi:10.1159/000012309
24. Lawson V, Lewis-Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *Br J Dermatol*. 1998;138(1):107—113. doi:10.1046/j.1365-2133.1998.02034.x
25. Nguyen CM, Koo J, Cordoro KM. Psychodermatologic Effects of Atopic Dermatitis and Acne: A Review on Self-Esteem and Identity. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(2):129—135. doi:10.1111/pde.12802
26. Xie QW, Chan CL, Chan CH. The wounded self-lonely in a crowd: A qualitative study of the voices of children living with atopic dermatitis in Hong Kong. *Health Soc Care Community*. 2020;28(3):862—873. doi:10.1111/hsc.12917
27. Machado ACCP, Oliveira SR, Magalhães LC, Miranda DM, Bouzada MCF. Sensory processing during childhood in preterm infants: a systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1):92—101. doi:10.1590/1984—0462/2017;35;1;00008
28. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. 2004;114(3):607—611
29. Cheung WKH, Lee RLT. Children and adolescents living with atopic eczema: An interpretive phenomenological study with Chinese mothers. *J Adv Nurs*. 2012;68:2247—2255.
30. Klinnert MD, Booster G, Copeland M, et al. Role of behavioral health in management of pediatric atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;120(1):42—48.
31. Beattie PE, Lewis-Jones MS. An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. *Br J Dermatol*. 2006;155(6):1249—1255.
32. Sarkar R, Raj L, Kaur H, et al. Psychological disturbances in Indian children with atopic eczema. *J Dermatol*. 2004;31(6):448—454.
33. Решетило О. В., Стоева Т. В., Весилык Н. Л. Влияние атопического дерматита на качество жизни детей и родителей. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2015;9—4(40):65—67.
34. Gonzalez J, Cunningham K, Perlmutter J, Gottlieb A. Systematic Review of Health-Related Quality of Life in Adolescents with Psoriasis. *Dermatology*. 2016;232(5):541—549. doi:10.1159/000450826
35. Golics CJ, Basra MK, Finlay AY, Salek MS. Adolescents with skin disease have specific quality of life issues. *Dermatology*. 2009;218(4):357—366. doi:10.1159/000205524
36. Lin VW. Tough-skinned kids: identifying psychosocial effects of psoriasis and helping pediatric patients and families cope. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(5):563—572. doi:10.1016/j.pedn.2011.10.003
37. Tekin B, Gurel MS, Topkarci Z, et al. Assessment of quality of life in Turkish children with psoriasis and their caregivers. *Pediatr Dermatol*. 2018;35(5):651—659. doi:10.1111/pde.13585
38. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8(5):343—346. doi:10.4103/idoj.IDOJ_503_15
39. Wojtyna E, Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(1):91—97. doi:10.2340/00015555—2483
40. Gånemo A, Wahlgren CF, Svensson Å. Quality of life and clinical features in Swedish children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(4):375—379.
41. Leino M, Mustonen A, Mattila K, et al. Influence of psoriasis on household chores and time spent on skin care at home: a questionnaire study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5(2):107—116.
42. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol*. 2007;156(6):1245—1250.
43. Salman A, Yucelten AD, Sarac E, et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):819—823.
44. Tollefson MM, Finnie DM, Schoch JJ, Eton DT. Impact of childhood psoriasis on parents of affected children. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(2):286—289.
45. Na CH, Chung J, Simpson EL. Quality of life and disease impact of atopic dermatitis and psoriasis on children and their families. *Children (Basel)*. 2019;6(12):1333.
46. Мельник О. И., Мерзляков В. А. Опыт работы школы атопического дерматита на базе БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР». *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2016;4:20—22.
47. Сухарев А. В., Назаров Р. Н., Савченко Е. С., Елисеев Г. Д. Коррекция психовегетативных расстройств в процессе комплексного лечения больных хроническими дерматозами. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова*. 2012;7(2):109—111.

REFERENCES

1. Sokolovskaya T. A., Monakhov M. V., Armashevskaya O. V., Bakhadova E. V. Value attitude in the family to the health of children with various diseases. *Modern problems of public health and medical statistics*. 2019;1:56—66.
2. Machado AN, Nóbrega VMD, Silva MEA, França DBL, Reichert APDS, Collet N. Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20170290; 1—8. doi:10.1590/1983—1447.2018.2017—0290
3. Mikirtichan G. L., Gorlanov I. A., Kaurova T. V. Medical and social characteristics of the family of a child aged 13—18 years, suffering from chronic dermatological pathology. *Pediatrician*. 2011;2(3):55—60.
4. Basra MK, Finlay AY. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol*. 2007;156(5):929—937. doi:10.1111/j.1365—2133.2007.07794.x
5. Chamlin SL, Cella D, Frieden IJ et al. Development of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale: initial validation of a quality-of-life measure for young children with atopic dermatitis and their families. *J Invest Dermatol*. 2005; 125:1106—11.
6. McKenna SP, Whalley D, Dewar AL et al. International development of the Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD). *Qual Life Res*. 2005; 14:231—41.
7. Sokolovskaya T. A., Monakhov M. V. The role of the family in the formation of the «Model of Health» in children. *Modern problems of public health and medical statistics*. 2018;3:45—56.

8. De Maeseener H, Van Gysel D, De Schepper S, et al. Care for children with severe chronic skin diseases. *Eur J Pediatr*. 2019;178(7):1095—1103.
9. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(8):809—828.
10. Kaurova T. V., Mikirtichan G. L. Experience in studying the quality of life of adolescents suffering from chronic dermatosis. *Medicine and healthcare organization*. 2019;4(1):10—16.
11. Elkhova Yu. S. Features of the psycho-emotional status of adolescents with acne. *Fundamental aspects of mental health*. 2018;3:3—5.
12. Patrick DL, Topolski TD, Edwards TC, et al. Measuring the quality of life of youth with facial differences. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(5):538—547. doi:10.1597/06—072.1
13. Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC, et al. Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. *Orthod Craniofac Res*. 2007;10(2):96—103. doi:10.1111/j.1601—6343.2007.00383.x
14. Shadiaeva D. B. The impact of acne on the psychological state of adolescents. *Innovation. The science. Education*. 2021;34:3099—3106.
15. Vilar GN, Santos LA, Sobral Filho JF. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. *An Bras Dermatol*. 2015;90(5):622—629. doi:10.1590/abd1806-4841.201533726
16. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):862—869. doi:10.1590/s0365-05962012000600007
17. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998;139(5):846—850. doi:10.1046/j.1365—2133.1998.02511.x
18. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J, Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol*. 1991;8(4):332—338. doi:10.1111/j.1525-1470.1991.tb00945.x
19. Smal T. A., Tishchenko E. M., Surmach M. Yu., Khvorik D. F. Acne in adolescents as a factor in health-related quality of life. *Issues of organization and informatization of healthcare*. 2009;1(58):85—88.
20. Sadowsky LM, Yang CY, Sorrell J, et al. Comparing clinical acne vulgaris severity to adolescent and parent perceptions of acne severity and impact on quality of life. *Pediatric Dermatol*. 2020;37(4):592—596. doi:10.1111/pde.14034
21. Vostrikova S. A., Penkina N. I. Atopic dermatitis and quality of life in adolescence. *Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples*. 2015;1:21—25.
22. Chernyshov PV. Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9:159—166. doi:10.2147/CCID.S91263
23. Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D. Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament. *Psychother Psychosom*. 1999;68(1):39—45. doi:10.1159/000012309
24. Lawson V, Lewis-Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *Br J Dermatol*. 1998;138(1):107—113. doi:10.1046/j.1365-2133.1998.02034.x
25. Nguyen CM, Koo J, Cordoro KM. Psychodermatologic Effects of Atopic Dermatitis and Acne: A Review on Self-Esteem and Identity. *Pediatr Dermatol*. 2016;33(2):129—135. doi:10.1111/pde.12802
26. Xie QW, Chan CL, Chan CH. The wounded self-lonely in a crowd: A qualitative study of the voices of children living with atopic dermatitis in Hong Kong. *Health Soc Care Community*. 2020;28(3):862—873. doi:10.1111/hsc.12917
27. Machado ACCP, Oliveira SR, Magalhães LC, Miranda DM, Bouzada MCF. Sensory processing during childhood in preterm infants: a systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1):92—101. doi:10.1590/1984—0462/2017;35;1;00008
28. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. 2004;114(3):607—611
29. Cheung WKH, Lee RLT. Children and adolescents living with atopic eczema: An interpretive phenomenological study with Chinese mothers. *J Adv Nurs*. 2012;68:2247—2255.
30. Klinnert MD, Booster G, Copeland M, et al. Role of behavioral health in management of pediatric atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;120(1):42—48.
31. Beattie PE, Lewis-Jones MS. An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. *Br J Dermatol*. 2006;155(6):1249—1255.
32. Sarkar R, Raj L, Kaur H, et al. Psychological disturbances in Indian children with atopic eczema. *J Dermatol*. 2004;31(6):448—454.
33. Sieve O. V., Stoeva T. V., Vesilyk N. L. The impact of atopic dermatitis on the quality of life of children and parents. *International research journal*. 2015;9—4 (40):65—67.
34. Gonzalez J, Cunningham K, Perlmutter J, Gottlieb A. Systematic Review of Health-Related Quality of Life in Adolescents with Psoriasis. *Dermatology*. 2016;232(5):541—549. doi:10.1159/000450826
35. Golics CJ, Basra MK, Finlay AY, Salek MS. Adolescents with skin disease have specific quality of life issues. *Dermatology*. 2009;218(4):357—366. doi:10.1159/000205524
36. Lin VW. Tough-skinned kids: identifying psychosocial effects of psoriasis and helping pediatric patients and families cope. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(5):563—572. doi:10.1016/j.pedn.2011.10.003
37. Tekin B, Gurel MS, Topkarci Z, et al. Assessment of quality of life in Turkish children with psoriasis and their caregivers. *Pediatr Dermatol*. 2018;35(5):651—659. doi:10.1111/pde.13585
38. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8(5):343—346. doi:10.4103/idoj.IDOJ_503_15
39. Wojtyła E, Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(1):91—97. doi:10.2340/00015555-2483
40. Gånemo A, Wahlgren CF, Svensson Å. Quality of life and clinical features in Swedish children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(4):375—379.
41. Leino M, Mustonen A, Mattila K, et al. Influence of psoriasis on household chores and time spent on skin care at home: a questionnaire study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5(2):107—116.
42. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol*. 2007;156(6):1245—1250.
43. Salman A, Yucelten AD, Sarac E, et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):819—823.
44. Tollefson MM, Finnie DM, Schoch JJ, Eton DT. Impact of childhood psoriasis on parents of affected children. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(2):286—289.
45. Na CH, Chung J, Simpson EL. Quality of life and disease impact of atopic dermatitis and psoriasis on children and their families. *Children (Basel)*. 2019;6(12):133.
46. Melnik O. I., Merzlyakov V. A. Experience of the school of atopic dermatitis on the basis of the BUZ UR «Republican Dermatovenereological Dispensary of the Ministry of Health of the UR». *Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples*. 2016;4:20—22.
47. Sukharev A. V., Nazarov R. N., Savchenko E. S., Eliseev G. D. Correction of psychovegetative disorders in the process of complex treatment of patients with chronic dermatosis. *Bulletin of the National Medical and Surgical Center. N. I. Pirogov*. 2012;7(2):109—111.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 23.08.2022; одобрена после рецензирования 10.10.2022; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 23.08.2022; approved after reviewing 10.10.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614.47

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.003

Детерминанты организации иммунопрофилактики инфекционных болезней

Дарья Владимировна Каунина

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

dkaunina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2369-7811>

Аннотация. Данная статья дополняет ранее имеющиеся знания об основных детерминантах иммунопрофилактики инфекционных болезней в России. Представлен обновленный в 2021 году Национальный календарь профилактических прививок РФ. Приводятся основные исторические вехи изменения календаря прививок СССР/России с момента введения до настоящего времени. Проанализирован ряд нормативных правовых актов, направленных на совершенствование иммунопрофилактики в Российской Федерации. В статье рассматриваются различные проблемы, связанные с отказами от вакцинации.

Ключевые слова: обеспеченность, вакцинация, детерминанты, иммунопрофилактика, приверженность.

Для цитирования: Каунина Д. В. Детерминанты организации иммунопрофилактики инфекционных болезней // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 17–23. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.003.

Original article

Determinants of infectious diseases immunoprophylaxis organization

Darya V. Kaunina

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

dkaunina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2369-7811>

Annotation. This article supplements the previously available knowledge about the main determinants of infectious diseases immunoprophylaxis in Russia. It is presented the National Calendar of Preventive Vaccinations in the Russian Federation which is updated in 2021. The main historical milestones of the USSR /Russia vaccination calendar changes are given from the moment of introduction to the present. A number of regulatory legal acts aimed at improving immunoprophylaxis in the Russian Federation have been analyzed. The article reviews various problems associated with vaccination refusals.

Keywords: security, vaccination, determinants, immunoprophylaxis, adherence.

For citation: Kaunina D. V. Determinants of infectious diseases immunoprophylaxis organization. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):17–23. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.003.

Введение

За счет иммунизации в России инфекционная заболеваемость снизилась в сотни раз по многим иммуноуправляемым нозологиям: корь, вирусный гепатит В, грипп, эпидемический паротит, краснуха, дифтерия, столбняк, коклюш [1,2]. В определенной мере, благодаря вакцинации увеличилась продолжительность жизни. Эффективность вакцинации в борьбе с инфекционными болезнями признана и достоверно обоснована многими учеными, научное обоснование которой легла в основу принятия нормативных правовых актов по иммунопрофилактике. Из последних значимых документов на уровне Государственной политики в области здравоохранения стала утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.09.2020 № 2390-р Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года. Основной целью которой является профилактика и лик-

видация вакциноуправляемых инфекционных болезней, в целях реализации которой поставлены такие задачи как, удовлетворение потребностей в иммунобиологических препаратах, совершенствование национального календаря профилактических прививок и безопасных условий иммунизации, расширение государственной политики в области иммунопрофилактики, и соответственно повышение приверженности населения иммунопрофилактике инфекционных болезней¹. Таким образом, Стратегией определены основные положения развития иммунопрофилактики в Российской Федерации.

Помимо факторов, определяющих эффективность вакцинопрофилактики (эффективность и безопасность иммунобиологических препаратов, уровень здоровья популяции, организация прививоч-

¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2020 г. № 2390-р «Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года»

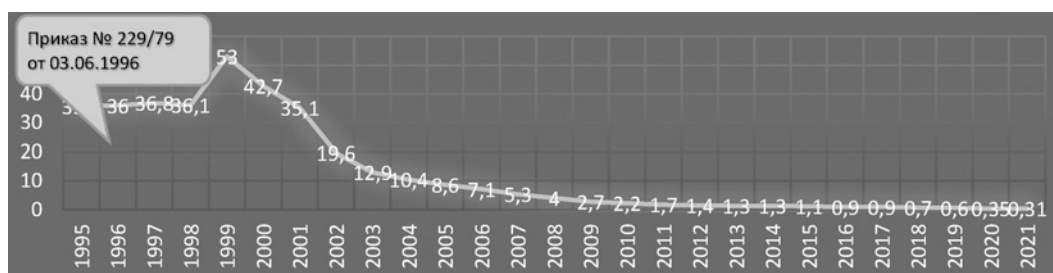


Рис. 1. Мониторинг заболеваемости острым вирусным гепатитом В, 1995—2021 гг. в Российской Федерации (показатель на 100 тыс. населения)

ного дела, поддержание высокой степени охвата профилактическими прививками и, следовательно, популяционного иммунитета [3], учеными-исследователями выделяется эпидемиологическая, экономическая и социальная эффективность иммунопрофилактики [4]. То есть, мероприятия по развитию и совершенствованию вакцинации в нашей стране рассматриваются как комплекс факторов, которых можно обозначить как детерминанты развития иммунопрофилактики, влияющие на здоровье населения в целом.

Авторами статьи проводится обзор таких факторов как совершенствование нормативно-правового регулирования в области вакцинопрофилактики, вклад ресурсной составляющей, формирование мотивации или приверженности населения иммунопрофилактике, что особенно актуально, учитывая, что в 2019 году ВОЗ включила в перечень проблем здравоохранения в мире отказ населения от вакцинации.

Основная часть

Нормативное регулирование

Считается, что к одному из первых нормативных правовых документов 20 века, регламентирующего вакцинацию, относится декрет Совета Народных комиссаров за подписью В. И. Ленина в 1919 году, согласно которому призываемые в Советскую Армию подвергались оспопрививанию при поступлении на военную службу [5]. Далее, на протяжении столетия был принят ряд документов, которые привели Национальный календарь прививок к актуальной версии: «О сроках проведения предохранительных прививок детям (1958), «О сроках проведения профилактических прививок детям и подросткам» (1966), «О сроках проведения профилактических прививок» (1972), «О календаре профилактических прививок» (1980, 1997), Федеральный закон № 157-ФЗ от 17.09.1998 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», учитывающей проведение профилактических прививок против гриппа, краснухи, туберкулеза, полиомиелита, пневмококковой инфекции, эпидемического паротита, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, столбняка, а также профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

По завершению в 1992 году разработки первой отечественной вакцины против вирусного гепатита В на предприятии НПК «Комбиотех» приказом

Минздравмедпрома РФ и Госкомэпиднадзора № 229/79 от 03.06.1996 года «О введении профилактических прививок против гепатита В» введена этапная вакцинация (новорожденные — 1-й месяц жизни ребенка — 5-й-6-й месяц жизни ребенка — 6—7 лет), которая на протяжении многих лет обеспечивает достижение высокого эффекта. Также, в данном документе было указано, что к моменту введения вакцинации против вирусного гепатита В в России зарегистрированы и коммерческие зарубежные вакцины производства фирмы Мерк Шарп и Доум — «Н-В-Vax II», фирмы Смит-Кляйн Вичем — «Энджерикс В» и производства Республики Куба — «Rec-Hbs Ag». В месячный срок было предписано произвести расчет потребности среди населения и организовать подготовку медицинских кадров. Таким образом нормативный правовой акт включал в себя системный многофакторный подход, который способствовал стойкому многолетнему снижению заболеваемости вирусным гепатитом В в Российской Федерации (рис. 1).

На втором месте после острых респираторных инфекций по уровню и частоте поражения к настоящему моменту остается вирусный гепатит А (ВГА), который является актуальной проблемой для здравоохранения, учитывая, что надежные средства неспецифической профилактики отсутствуют. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2001 № 51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» добавлена вакцинация против острого вирусного гепатита А по эпидемическим показаниям, т. е. для лиц с профессиональным риском заражения (врачи, лица, занятые на пищевой промышленности, работники коммунального обслуживания).

Учитывая, что специфическая иммунопрофилактика против ВГА является единственным убедительным средством, в нашей стране первые масштабные кампании по вакцинации против ВГА начались в 1996 году среди войск вооруженных сил Российской Федерации. К этому моменту уже была выпущена в промышленное производство ГНЦ ВБ «Вектор» вакцина «ГЕП-А-ин-ВАК».

Многолетний эпид.мониторинг и результаты математических расчетов показали эффективность применения вакцин против ВГА, а именно двукратное ее введение в части длительной защиты на протяжении 25 лет [6].

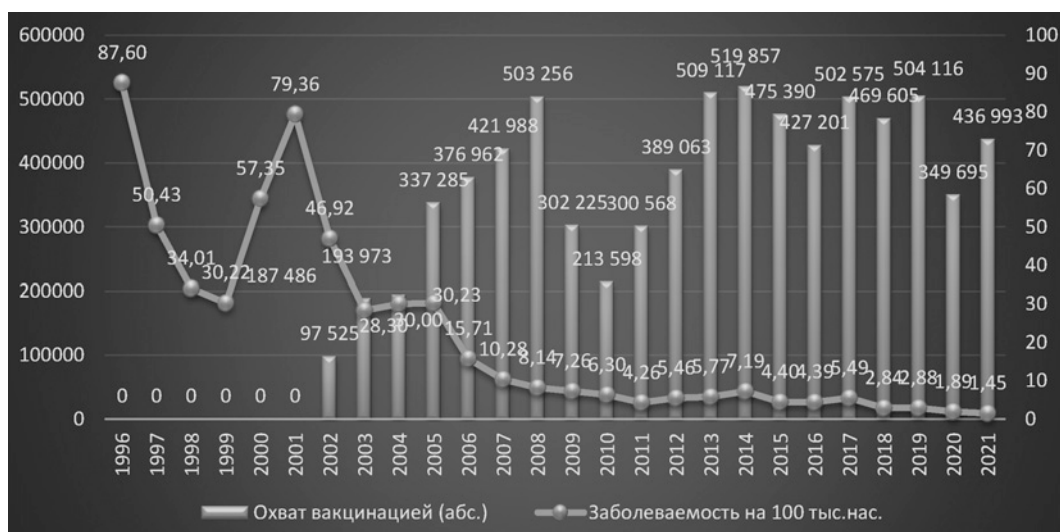


Рис. 2. Мониторинг заболеваемости острым вирусным гепатитом А и количество вакцинированных против гепатита А, 1996—2021 гг. в Российской Федерации (на 100 тыс. населения)

Анализ изменения и становления современного варианта национального календаря продемонстрировал наличие необходимости принятия дополнительных регламентирующих вакцинацию документов. Исторический экскурс показал, что ведение новых вакцин в календарь был недостаточным для управления инфекционным процессом, потребовалось изменение существующих схем вакцинации, модернизация организации прививочного дела, совершенствование порядка проведения профилактических прививок, предпосылками чему мог послужить рост заболеваемости в определённых группах населения или по определённым инфекциям. Так, общеизвестно, что в России в 90-х годах 20 века сложилась эпидемически сложная ситуация по дифтерии. В эти годы зарегистрированы самые высокие показатели летальности. Одной из причин неблагоприятной ситуации были названы недостатки в работе по охвату прививками, так как летальные исходы регистрировались у привитых. Была предположена вероятность фальсификации прививок, в связи с регистрацией тяжёлых случаев у неоднократно привитых², что подтвердили результаты выборочных серологических обследований взрослых, которые показали наличие защитных антител к дифтерии у 50—75% обследованных при охвате прививками по данным медицинских документов 94,7%³. Учитывая, что вакцинация против дифтерии уже была введена в национальный календарь прививок с 1953 года, в данной ситуации потребовалось организация дополнительных мероприятий, которые нашли свое отражение в Постановлении главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.06.2003 N 139 «О массовой иммунизации населения против дифтерии», МУ

² Письмо Роспотребнадзора от 01.09.2004 N 0100/1158-04-32 «Об итогах проведения массовой иммунизации населения Российской Федерации против дифтерии».

³ Постановление главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.06.2003 N 139 «О массовой иммунизации населения против дифтерии».

3.3.1889—04. 3.3. «Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Порядок проведения профилактических прививок. Методические указания». Данные требования были направлены на обеспечение достоверности учета, а также эффективности профилактических прививок. С 2009 года показатели заболеваемости дифтерией были стабильно низкими — не превышали 0,01 на 100 тыс. населения, летальные исходы отсутствовали.

Приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» был дополнен список инфекций, управляемых вакцинами по эпидемическим показаниям: в календарь включена вакцинация против ротавирусной инфекции и ветряной оспы что способствует снижению заболеваемости среди детей и взрослых из групп риска.

Предполагается, что сокращение длительности существования коллективного очага и уменьшение числа заболевших можно добиться посредством увеличения иммунной прослойки путем экстренной вакцинации детей, контактировавших с больными в коллективах [7].

На сегодняшний день в Российской Федерации действует актуализированный Национальный календарь профилактических прививок, утвержденный приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»⁴.

Последние изменения коснулись возраста, в котором проводят третью завершающую ревакцина-

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок».

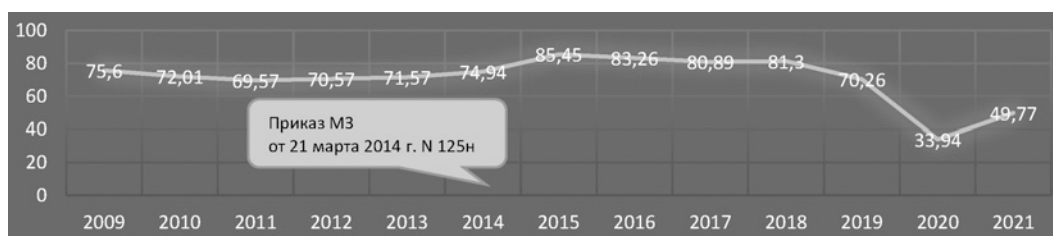


Рис. 3. Мониторинг заболеваемости ротавирусной инфекцией, 2009—2021 г.г. в Российской Федерации (показатель на 100 тыс. населения)



Рис. 4. Мониторинг заболеваемости ветряной оспой, 2009—2021 г.г. в Российской Федерации (показатель на 100 тыс. населения)

цию против полиомиелита, которая перенесена на более ранний возраст, на 6 лет.

Далее Министерство здравоохранения Российской Федерации своим письмом от 21 января 2022 г. N 15—2/И/2—806 разъясняет, что проведение третьей ревакцинации против полиомиелита в возрасте от 7 до 14 лет не требуется⁵.

Перечень прививок, обязательных для детей до года, дополнен за счет вакцинации против гемофильной инфекции типа b. В предыдущем Национальном календаре от 2014 года вакцинация против гемофильной инфекции типа b проводилась детям, относящимся только к группам риска.

Изменилась тактика вакцинации новорожденных против туберкулеза. Допускается проведение вакцинации детям в возрасте до 7 лет (туберкулиноотрицательным) в случае отсутствия прививки против туберкулеза в родильном доме по каким-то причинам.

Таким образом, в настоящее время Национальным календарем профилактических прививок РФ закреплено проведение иммунизации против таких вакциноуправляемых инфекций, как вирусный гепатит В, туберкулез, столбняк, полиомиелит, краснуха, корь, эпидемический паротит, грипп, дифтерия, коклюш, пневмококковая и гемофильная инфекция.

В свою очередь, в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям [7] для лиц старше 6-и лет и привитых однократно добавлена прививка против эпидемического паротита. К

изменениям, внесенных Приказом Минздрава России от 09.12.2020 N 1307н «О внесении изменений в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. N 125н»⁶ о вакцинации против коронавирусной инфекции, была обозначена вакцинация детей от 12 до 17 лет, а также к приоритету 1-го уровня добавлены граждане, проживающие в городах с численностью населения 1 млн и более.

Совершенствование национального календаря прививок, включение дополнительных механизмов государственного управления в области организации прививочного дела (подчищающая иммунизация, проведение вакцинации серонегативным лицам при проведении серомониторинга, дополнительные прививочные кампании «группам риска») позволили прийти к снижению заболеваемости по вакциноуправляемым инфекциям.

В свою очередь, как было продемонстрировано выше, в основном, модернизация Национального календаря прививок опиралась на ретроспективный анализ эпидемической ситуации. В научной литературе можно встретить незначительное количество сведений о применении методики оценки экономической безопасности при выборе приоритетных направлений вакцинопрофилактики. Для рейтинговой оценки экономической значимости инфекционных болезней И. Л. Шаханиной предложен метод анализа величин экономического ущерба, нанесенного отдельными инфекционными нозологиями [8,9,10]. Согласно официальным данным наиболее значимое снижение экономического ущерба в 2011—2021 гг. достигнуто по таким иммуноуправ-

⁵ Письмо Минздрава России от 21.01.2022 N 15—2/И/2—806 «О методических рекомендациях по проведению иммунизации в соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2021 N 1122н» (вместе с «Методическими рекомендациями по проведению профилактических прививок в соответствии с приказом Минздрава России от 6 декабря 2021 г. N 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»).

⁶ Приказ Минздрава России от 09.12.2020 N 1307н «О внесении изменений в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. N 125н».

ляемым инфекциям, как корь, краснуха и вирусный гепатит А и В, дизентерия (шигеллезы) [9].

К примеру, опыт пандемии коронавирусной инфекции продемонстрировал, что обеспечение доступности населению современных вакцин, зарегистрированных в Российской Федерации, позволило достичь значительных успехов в борьбе с новой коронавирусной инфекцией. Достоверно было подтверждено утверждение о том, что затраты на профилактику пандемий в разы меньше, чем средства, потраченные на борьбу с ними [8]. Если говорить о поствакцинальных осложнениях, то многими учеными демонстрировался как относительно мал риск поствакцинальных осложнений и насколько выше риск осложнений вследствие коронавирусной инфекции.

Обеспеченность

Общеизвестно, что до 1997 года в национальном календаре профилактических прививок давалось конкретное наименование отечественной вакцины (БЦЖ, АКДС), а также сроки проведения вакцинации, тем самым затрудняло использование вакцин импортного производства в целях полномасштабной прививочной кампании. Современный Национальный календарь прививок содержит перечень инфекционных заболеваний, от которых предусмотрена вакцинация зарегистрированными и разрешенными к применению вакцинами в России не только отечественного, но и зарубежного производства, что крайне актуально в условиях текущей политической ситуации.

Из исторического примера известно, что несмотря на то, что иммунизация против краснухи была введена в Национальный календарь прививок в 1997 году приказом Минздрава России № 375 от 18.12.1997 «О календаре профилактических прививок», ввиду отсутствия отечественной вакцины, из-за трудностей финансирования закупки импортной вакцины повсеместно и в полном объеме прививки стали проводить в России только с 2002 года после разработки вакцины ПАО «Микроген». Так, в 2006 году охват детей второго года жизни достиг 95,4% против 12,7% в 2000 году, а охват ревакцинацией в 6 лет 96,6% в 2008 году против 6,3% в 2000 году. Показатель заболеваемости краснухой в 2008 году составил 6,77 на 100 тыс. населения, что в 3,2 раза меньше, чем в 2007. [11]. В 2021 году в Российской Федерации зарегистрирован один случай краснухи на территории Саратовской области. Заболел мужчина, не привитый от этой инфекции. В стране продолжает сохраняться период элиминации краснухи [12].

Мотивация

Современный успех в многолетнем управлении инфекционным процессом напрямую зависит от приверженности населения иммунопрофилактике.

Однако, согласно литературным данным, показатель приверженности иммунопрофилактике в мире колеблется от 46 до 88 % [13].

Анализ научной литературы по причинам отказов населения от вакцинации в России показал дефицит публикаций в этой области. Согласно иностранным источникам отказу от иммунизации предшествуют: негативный опыт в анамнезе жизни от вакцинации [14]; отсутствие достоверной информации о режиме работы прививочного пункта [15]; ошибочные знания о схеме вакцинации (возраст, количество доз), неприветливое поведение медицинских работников [15]

Учеными из Германии было проведено исследование по определению детерминант вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции среди пожилых. По результатам опроса которого была установлена взаимосвязь между влиянием повышенного отношения к своему здоровью и вакцинацией против гриппа. В свою очередь на вакцинацию против пневмококковой инфекции этот фактор не повлиял, данная вакцинация нашла корреляционные связи с доступностью и профилактическими мероприятиями со стороны медицинских работников по вакцинации [16].

В Российской Федерации не проводились интегративные научные исследования уровня приверженности среди взрослого населения в ситуации, когда решение принимается для себя и в ситуации, когда решение принимается за своего ребенка. Методика по определению приверженности населения в разных кагортных группах отсутствует. В тоже время единичны публикации с описанием мер по повышению уровня приверженности и мотивации к вакцинации в разрезе установленных причин. И если пробелы по дефициту литературы и нормативных правовых актов для медицинских работников в области иммунологии, по технике вакцинации, хранению и транспортировке вакцины в последние годы восполняются и уделяется этому большое количество работ, то четкие методики противодействия антипрививочным взглядам отсутствуют. Комплексное решение проблемы повышения приверженности населения к иммунизации на всех уровнях власти отсутствует. Методологии не разработаны.

Систематический обзор научной литературы позволил российским ученым найти несколько особенностей детерминации отказа от вакцинации: «недоверие «официальной» медицине и государственным структурам; факторы, связанные с характеристиками процесса вакцинации; обращение к специалистам нетрадиционной медицины, влияние социального окружения» [17].

Удивительным становится явление прямой зависимости роста антипрививочного движения от успеха вакцинации, т.е. снижения настороженности населения.

Массивность подачи и скорость распространения антивакцинаторских тезисов путем современных средств связи становится неуправляемой в современном мире.

В свою очередь, некорректность научной обоснованности иммунопрофилактики является еще одним из факторов недоверия к вакцинации.

Так же, при проведении исследования по проблеме, связанной с отказами от иммунопрофилактики по религиозным причинам, установлено, что ни в одной из крупнейших мировых религий нет запрета на вакцинацию, и наоборот, прививки зачастую признаются обязательными для спасения жизни [18].

Еще одним фактором, влияющим на приверженность вакцинации является доверие производителю. Так, например, при проведении опроса родителей путем анкетирования, уровень доверия к отечественным вакцинам значительно ниже, чем к иностранным производителям [19].

Учитывая, что неоднократно исследователями демонстрировалась низкая осведомленность родителей в отношении вакцин [13], конкретные инструменты, механизмы, направленные на повышение приверженности населения к вакцинации не разработаны до настоящего момента. В частности, комплекс мер направлен на совершенствование образовательных модулей для медицинских работников по вопросам иммунопрофилактики.

Вывод

К данной работе требуется активное привлечение различных специалистов (юристы, педагоги, психологи, медицинские работники, ученые, менеджеры, СМ), которые примут участие в разработке новых и оптимизации уже существующих форм работы по информированности об иммунопрофилактике. Формирование доверия у общества к вакцинации в рамках ежедневной деятельности по решению проблемных вопросов поможет сохранить первенство иммунопрофилактики среди лидирующих инструментов по сохранению здоровья населения в мире.

Как вариант одного из путей решения проблемы по формированию приверженности общества к вакцинации, учеными предлагается повсеместное следование этико-правовым принципам: открытость и преодоление конфликта интересов, научная честность, справедливость, социальная целесообразность [20].

Литературные источники указывают на необходимость совершенствования методик оценки уровня физического показателя населения на основе индекса специфической иммунорезистентности по Национальному календарю прививок. Низкая грамотность в вопросах вакцинации является одной из причин большого количества отказов от иммунизации. Поменять ситуацию возможно через вмешательство государства и принятие различных методик и стратегий по повышению уровня приверженности и грамотности в вопросах иммунопрофилактики населения.

Таким образом, изучение и формирование приверженности общества к вакцинации продолжает быть важной для настоящего момента и диктует необходимость совершенствования как практической деятельности по данному направлению,

так и в области научно-методологических исследований.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Вакцины и иммунопрофилактика в современном мире: руководство для врачей / под ред. Л. С. Намазовой-Барановой, Н. И. Брико, И. В. Фельдблюм. — Москва: *ПедиатрЪ*; 2021:612.
2. Цвиркун О. В. Заболеваемость корью в разных возрастных группах в период элиминации инфекции. О. В. Цвиркун, А. Г. Герасимова, Н. Т. Тихонова [и др.]. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2017;94(3):18—24.
3. Фельдблюм И. В. Вакцинопрофилактика: теория и практика. *Медицина в Кузбассе*. 2013;(2):21—25.
4. Брико Н. И. Оценка качества и эффективности иммунопрофилактики. *Лечащий врач*. 2012;10:57—63.
5. Цыбулько-Нечай И. З. Предохранительные прививки. Воен.-мед. упр. М-ва обороны СССР. 2-е изд., испр. и доп. Ленинград: Воен.-мед. музей МО СССР: 1968:25.
6. Andre F., Van Damme P., Safary A. et al. Infectivated hepatitis A vaccine: immunogenicity, safety and review of official recommendations for use. *Expert Rev. Vaccines*. 2002;1(1):9—23.
7. Михеева И. В., Ермоленко М. В., Афонина Н. М. Проблемы внедрения вакцинопрофилактики ветряной оспы. Материалы Межведомственной научно-практической конференции «Инфекционные болезни — актуальные проблемы, методы борьбы и профилактика» 28—29 апреля 2015 года, г. Москва / под ред. А. В. Девяткина и С. Б. Шевченко. М.; 2015:43.
8. Воронин Е. М. и др. Оценка экономического ущерба, наносимого ветряной оспой в Российской Федерации. *Вопросы современной педиатрии*. 2011;10(5):18—23.
9. Михеева М. А., Михеева И. В. Динамика рейтинга экономического ущерба от инфекционных болезней как критерий эффективности эпидемиологического контроля. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2020;97(2):174—181. doi: 10.36233/0372-9311-2020-97-2-174-181.
10. Шаханина И. Л., Осипова Л. А., Радута О. И. Экономический анализ в практике санитарно-эпидемиологической службы. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2001;(3):58—60.
11. Инфекционная заболеваемость в России (1913—2009 гг.). Информационный сборник статистических и аналитических материалов ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора. М.; 2010:19.
12. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2022:340.
13. Мацукатова Б. О., Гумбатова З. Ф., Аминова А. И., Проценко А. Д., Платонова А. В. Результаты изучения общественного мнения о вакцинопрофилактике методом анкетирования. *Вопросы практической педиатрии*. 2018;13(6):16—23.
14. Harmsen I. A., Mollema L., Ruiters R. A., Paulussen T. G., de Melker H. E., Kok G. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. *BMC public health*. 2013;13(1):1—8.
15. Quaiyum M. A. et al. Programmatic aspects of dropouts in child vaccination in Bangladesh: findings from a prospective study. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2011;23(2):141—150.
16. Klett-Tammen C. J. et al. Determinants of tetanus, pneumococcal and influenza vaccination in the elderly: a representative cross-sectional study on knowledge, attitude and practice (KAP). *BMC public health*. 2015;16(1):1—9.
17. Антонова Н. А., Ерицян К. Ю. Систематический обзор эмпирических исследований факторов отказа от вакцинации. *Гигиена и санитария*. 2018;97(7):664—670. doi: 10.18821/0016-9900-2018-97-7-664-670.
18. Микиртичан Г. Л. и др. Религиозные возражения для вакцинации или религиозные оправдания для уклонения от вакцинации: действительно ли они существуют? *Медицина и организация здравоохранения*. 2020;5(1):58—78.
19. Котовицкая А. А., Кононенко О. В. Исследование информационной обеспеченности населения по основным вопросам плановой вакцинопрофилактики. *Вестник фармации*. 2015;2(68):6—12.
20. Кубарь О. И., Микиртичан Г. Л., Асатрян А. Ж. Этическая концепция противодействия антивакцинальному движению. *Медицина и организация здравоохранения*. 2018;3(1):41—48.

REFERENCES

1. Vaccines and immunoprophylaxis in the modern world: a guide for doctors / ed. L. S. Namazova-Baranova, N. I. Briko, I. V. Feldblum. Moscow: *Pediatr*, 2021:612. (In Russian).
2. Tsvirkun, O. V. The incidence of measles in different age groups during the elimination of infection. O. V. Tsvirkun, A. G. Gerasimova, N. T. Tikhonova [et al.]. *Epidemiology and Vaccine Prophylaxis. [Jepidemiologija i Vakcinoprofilaktika]*. 2017;94(3):18—24. (In Russian).
3. Feldblum I. V. Vaccination: theory and practice. *Medicine in Kuzbass. [Medicina v Kuzbase]*. 2013;(2):21—25. (In Russian).
4. Briko N. I. Evaluation of the quality and effectiveness of immunoprophylaxis. *Attending physician. [Lechashhij vrach]*. 2012;10:57—63. (In Russian).
5. Tsybulko-Nechay I. Z. Protective vaccinations. Voен.-med. ex. Ministry of Defense of the USSR. — 2-e izd., ispr. i dop. Leningrad: Voен.-med. muzej MO SSSR: 1968:25. (In Russian).
6. Andre F., Van Damme P., Safary A. et al. Inactivated hepatitis A vaccine: immunogenicity, safety and review of official recommendations for use. *Expert Rev. Vaccines*. 2002;1(1):9—23.
7. Problems of implementation of varicella vaccine prophylaxis. Materials of the Interdepartmental Scientific-Practical Conference «Infectious Diseases — Current Problems, Methods of Control and Prevention» April 28—29, 2015, Moscow. Edited by A. V. Devyatkin and S. B. Shevchenko. M.; 2015:43. (In Russian).
8. Voronin E. M. et al. Assessment of the economic damage caused by chickenpox in the Russian Federation. *Issues in Modern Pediatrics. [Voprosy sovremennoj pediatrii]*. 2011;10(5):18—23. (In Russian).
9. Miheeva M. A., Miheeva I. V. Dynamics of the rating of economic damage from infectious diseases as a criterion for the effectiveness of epidemiological control. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology. [Zhurnal mikrobiologii, jepidemiologii i immunobiologii]*. 2020;97(2):174—181. (In Russian). doi: 10.36233/0372-9311-2020-97-2-174-181.
10. Shahanina I. L., Osipova L. A., Raduto O. I. Economic analysis in the practice of the sanitary and epidemiological service. *Epidemiology and infectious diseases. [Jepidemiologija i infekcionnye bolezni]*. 2001;(3):58—60. (In Russian).
11. Infectious morbidity in Russia (1913—2009). Information collection of statistical and analytical materials of the Federal Center of Hygiene and Epidemiology of Rospotrebnadzor. M.; 2010:19. (In Russian).
12. On the State of Sanitary and Epidemiological Welfare of the Population in the Russian Federation in 2021: State Report. Moscow: Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare; 2022:340. (In Russian).
13. Macukatova B. O., Gumbatova Z. F., Aminova A. I., Procenko A. D., Platonova A. V. The results of the study of public opinion on vaccine prevention by the method of questioning. *Issues of Practical Pediatrics. [Voprosy prakticheskoy pediatrii]*. 2018;13(6):16—23. (In Russian).
14. Harmsen I. A., Mollema L., Ruiter R. A., Paulussen T. G., de Melker H. E., Kok G. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. *BMC public health*. 2013;13(1):1—8.
15. Quaiyum M. A. et al. Programmatic aspects of dropouts in child vaccination in Bangladesh: findings from a prospective study. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2011;23(2):141—150.
16. Klett-Tammen C. J. et al. Determinants of tetanus, pneumococcal and influenza vaccination in the elderly: a representative cross-sectional study on knowledge, attitude and practice (KAP). *BMC public health*. 2015;16(1):1—9.
17. Antonova N. A., Ericjan K. Ju. Systematic review of empirical research on vaccine refusal factors. *Hygiene and sanitation. [Gigiena i sanitarija]*. 2018;97(7):664—670. (In Russian). doi: 10.18821/0016-9900-2018-97-7-664-670.
18. Mikirtichan G. L. et al. Religious Objections to Vaccination or Religious Excuses for Avoiding Vaccination: Do They Really Exist? *Medicine and Health Organization. [Medicina i organizacii zdravooohranenija]*. 2020;5(1):58—78. (In Russian).
19. Kotovickaja A. A., Kononenko O. V. Study of information provision of the population on the main issues of planned vaccination. *Bulletin of Pharmacy. [Vestnik farmacii]*. 2015;2(68):6—12. (In Russian).
20. Kubar O. I., Mikirtichan G. L., Asatryan A. ZH. The ethical concept of opposition to the anti-vaccination movement. *Medicine and Health Organization. [Medicina i organizacii zdravooohranenija]*. 2018;3(1):41—48. (In Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 03.08.2022; одобрена после рецензирования 10.10.2022; принята к публикации 17.02.2023.
The article was submitted 03.08.2022; approved after reviewing 10.10.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.004

Правовые и организационные аспекты лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Сергей Александрович Линник^{1✉}, Оксана Юрьевна Александрова²

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

¹Linnik2001@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0538-5400>

²<https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

Аннотация. Борьба с онкологическими заболеваниями находится в фокусе внимания федеральных и региональных органов управления здравоохранением. Обеспеченность пациентов лекарственными препаратами зависит не только от финансовых ограничений, но и от его правового регулирования и организации процесса. В статье проанализированы правовые и организационные аспекты льготного лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО, описаны как проблемы в регулировании и организации, так и успешные практики субъектов.

Ключевые слова: организация онкологической помощи, онкологические заболевания, льготное лекарственное обеспечение

Для цитирования: Линник С. А., Александрова О. Ю. Правовые и организационные аспекты лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 24—28. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.004.

Original article

Legal and organizational aspects of drug provision of patients with malignant neoplasms in the provision of medical care on an outpatient basis

Sergey A. Linnik^{1?}, Oxana Y. Alexandrova²

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

¹Linnik2001@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0538-5400>

²<https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

Annotation. The fight against oncological diseases is in the focus of attention of federal and regional health authorities. The provision of patients with drugs depends not only on financial constraints, but also on its legal regulation and organization of the process. The article analyzes the legal and organizational aspects of preferential drug provision for patients with malignant neoplasms, describes both problems in regulation and organization, and successful practices of the subjects.

Key words: organization of oncological care, oncological diseases, subsidized drug provision

For citation: S. A. Linnik, O. Y. Alexandrova. Legal and organizational aspects of drug provision of patients with malignant neoplasms in the provision of medical care on an outpatient basis. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):24–28. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.004.

Введение

Медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями является одним из приоритетных направлений в российском здравоохранении. Примером тому является реализация национальной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями 2019—2024 гг.»¹ Амбулаторный этап лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) — важный этап, повышающий

качество жизни пациентов — принимать лекарственные препараты (ЛП) дома удобней, нежели в стационаре, а также повышает доступность к специализированной медицинской помощи, учитывая размеры страны и большие расстояния, которые часто нужно преодолеть пациентам, чтобы получить медицинскую помощь. Поэтому изучение правовых и организационных аспектов медицинской помощи больным с ЗНО на амбулаторном этапе лечения является актуальной задачей.

Материалы и методы

Мы проанализировали Федеральный закон (ФЗ) 323, Порядок оказания помощи взрослому населению

¹Паспорт Национальной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями 2019—2024 гг.» https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/046/709/original/FP_Bor'ba_s_onkologicheskimi_zabolevaniyami.pdf?1

нию при онкологических заболеваниях, Постановление Правительства (ПП) РФ № 890 и ФЗ 178, а также программы государственных гарантий оказания медицинской помощи (ПГГ) и методические письма Федерального Фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

Результаты

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях (Порядок) на амбулаторном этапе лечения осуществляется в виде первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной, помощи² [1]. Эти виды помощи могут быть реализованы в паровичном онкологическом кабинете (ПОК), Центре амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), а также в поликлиническом отделении онкологического диспансера. Ещё один вид помощи, определяемый онкологическим Порядком — первичная медико-санитарная помощь. Законодательно определены врачебные специальности, которые могут оказывать такой вид помощи: терапевты, педиатры, врачи общей практики³. Закон не предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи врачами — онкологами. Терапевты, педиатры и врачи общей практики не имеют специальных знаний в области онкологии и не аккредитованы по онкологии, поэтому проводить лечебные мероприятия не могут и должны ограничиться профилактикой и диагностикой онкологических заболеваний. Порядок признаёт оказание первичной медико-санитарной помощи врачами терапевтами, педиатрами, врачами общей практики (статья 6), но в статье 4 вменяет им в обязанности лечение пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО). Т.е. две статьи Порядка противоречат друг другу.

Порядок также несколько иначе описывает одну и ту же функцию — лечение — для ЦАОПов и ПОКов. «Назначение лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе наркотических и психотропных, оформление рецептов на лекарственные препараты» — описание этой функции в ПОКах, «лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе проведение противоопухолевой лекарственной терапии, в соответствии с решением консилиума врачей» значит в разделе «Правила организации деятельности центра амбулаторной онкологической помощи» зачит. Очевидно, что эта несогласованность между двумя частями одного документа не будет иметь значения при организации работы ПОКов и ЦАОПов и лекарственном обеспечении пациентов с ЗНО, в частности.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи определено

бесплатное обеспечение всех пациентов с ЗНО лекарственными препаратами на амбулаторном этапе лечения, причём с 2021 года не менее чем перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП)⁴. Источниками финансирования служат федеральный бюджет — программа высокочрезвычайных нозологий (ВЗН) для пациентов с заболеваниями лимфоидной и кроветворной тканями, программа обеспечения ЛП для медицинского применения, в том числе ЛП для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (ОНЛП) и бюджеты субъектов РФ — региональное лекарственное обеспечение (РЛО). Поскольку программа ВЗН не касается пациентов с солидными опухолями, мы не будем рассматривать её далее. Программа ОНЛП регулируется Федеральным законом⁵, а РЛО — Постановлением правительства⁶. Пациенты относятся к федеральным льготникам и, следовательно, должны обеспечиваться за счёт программы ОНЛП, при наличии ЗНО и стойкой утраты трудоспособности, т. е. иметь инвалидность. Напротив, пациенты с ЗНО и не имеющие стойкую утрату трудоспособности должны быть обеспечены за счёт субъектов, т. е. РЛО. Таким образом, любой пациент с ЗНО должен быть обеспечен льготными ЛП вне зависимости от наличия или отсутствия инвалидности. Перечень льготных ЛП определяется программой государственных гарантий (ПГГ) и должен быть не менее перечня ЖНВЛП, за исключением ЛП, которые не могут применяться в амбулаторных условиях. Учёт пациентов, которые должны быть обеспечены льготными ЛП, осуществляется с помощью Федерального регистра лиц, имеющих право на льготные ЛП и лечебное питание⁷, содержащих федеральную и региональную части, т. е. учитывает всех пациентов, которые должны быть обеспечены льготными ЛП.

Механизм формирования заявки для формирования аукциона на закупку ЛП за счёт средств ОНЛП и РЛО федеральным законом и федеральными нормативными актами не регулируется. Алгоритм формирования заявки каждый субъект создаёт самостоятельно. Наиболее общей ситуацией является та, при которой лечебные учреждения, оказывающие помощь в амбулаторных условиях пациентам с ЗНО, подают заявку в электронном виде в департамент лекарственного обеспечения органа управле-

⁴ Постановление Правительства РФ № 2299 от 28 декабря 2020 года «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

⁵ Федеральный закон Российской Федерации № 178 от 17 июля 1999 года «О государственной социальной помощи».

⁶ Постановление Правительства Российской Федерации № 890 от 30 июля 1994 года «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

⁷ Федеральный закон от 13 июля 2020 г. N 206-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания».

² Приказ Министерства здравоохранения РФ № 116н от 19 февраля 2021 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»

³ Федеральный закон 323 от 21.11.2011 г «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g>

ния здравоохранением субъекта, последний консолидирует потребность в ЛП и самостоятельно или через уполномоченную организацию объявляет электронный аукцион и проводит торги. Такой алгоритм не предполагает редакции потребности, что невозможно в условиях ограниченного бюджетирования. Поэтому многие субъекты информируют лечебные учреждения о финансовых квотах заявки⁸. Более того, часто заявки оцениваются главными внештатными специалистами региональных органов управления здравоохранением. Финальные количество ЛП в заявке по программам ОНЛП и РЛО зависят от размера бюджетов этих программ в субъекте.

На областные и краевые онкологические диспансеры Порядок возлагает функцию контроля за лекарственным обеспечением пациентов с ЗНО. Для бесперебойного обеспечения пациентов с ЗНО ЛП некоторые субъекты организуют Координационные центры по вопросам лекарственной терапии [1]. Так функциями такого Центра, созданного на базе Краснодарского онкологического диспансера № 1 являются курирование ЦАОПов по вопросам лекарственного противоопухолевого лечения, составление списка рекомендованных к использованию в ЦАОПах ЛП и схем противоопухолевой лекарственной терапии, оказание консультативной помощи МО Краснодарского края по вопросам льготного лекарственного обеспечения. Для исполнения этих задач на базе Координационного центра создан лекарственный врачебный консилиум, участниками которого являются онкологи координационного отдела, поликлинического и химиотерапевтических отделений диспансера. Перед выпиской из стационара те пациенты, которые продолжают лекарственное лечение в амбулаторных условиях, направляются на лекарственную врачебный консилиум лечащими отделений диспансера, который самостоятельно информирует ЦАОПы по месту жительства пациентов о том, что выписываемый пациент нуждается в получении того или иного ЛП. В результате уменьшилось количество пациентов, ожидающих получение назначенного ЛП в амбулаторных условиях лечения.

Конкретного перечня ЛП, которыми должны обеспечивать пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения, нет. ППГ определяет минимум — перечень ЖНВЛП с условием, что только те ЛП, применение которых требует стационарных условий⁹, но не указывается источник получения этой информации. Федеральные законы 323 и 61 также не дают ответ на этот вопрос. Инструкции по медицинскому применению ЛП, хоть и не являются нормативными

актами, могли бы содержать эту информацию, но они также не указывают условия применения ЛП. Чаще всего производитель ограничивается лаконичной фразой «под наблюдением врача, имеющего опыт применения препарата». Такая формулировка не отвечает на вопрос, где применять ЛП. На практике большое количество ЛП для не только для парентерального, но даже инфузионного способа применения закупается за счёт ОНЛП и РЛО [2].

Многие ЛП для с парентеральным способом применения требуют соблюдения определённого температурного режима хранения. Например, цетуксимаб (температура хранения от +2 до +8° С, согласно инструкции по медицинскому применению замораживание недопустимо), ниволумаб (температура хранения от +2 до +8° С, согласно инструкции по медицинскому применению запрещено встряхивание, замораживание; хранение только в месте, защищённом от света), трастузумаб (в инструкции по медицинскому применению требования к хранению те же, что и к цетуксимабу) и др. Ни один из проанализированных нами документов не содержит информации о том, что пациент должен получить ЛП, требующий соблюдения холодовой цепи, со специальным холодным контейнером. Тем более мы не нашли информацию о том, кто и за чей счёт обеспечивает пациентов такими контейнерами.

Обсуждение

Организация онкологической помощи в Российской Федерации регулируется двумя основными правовыми актами: 323 ФЗ, Порядком оказания помощи взрослому населению с онкологическими заболеваниями. Эти документы исчерпывающе описывают организацию помощи пациентам с ЗНО в амбулаторных условиях также. Вопросы лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения регулируются 178 ФЗ и ПП № 890, перечень ЛП, гарантированных государством для амбулаторного лечения — ППГ и перечнем ЖНВЛП. Перечень документов и степень из детализации выглядят внушительно. Анализ нормативных актов, касающихся организации онкологической службы, в том числе диагностики ЗНО, маршрутизации пациентов, сроков оказания медицинской помощи не выявил существенных проблем. Однако, организация лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения и его правовое регулирование имеет ряд проблем.

Прежде всего, обращает на себя внимание отсутствие какого-либо правового регулирования финансирования лекарственного обеспечения ЛП пациентов. ФЗ 178 определяет категорию пациентов и источник финансирования лекарственного обеспечения по программе ОНЛП. Постановлением Правительства РФ ежегодно определяется сумма на каждого льготника, перечисляемая субвенциями из Федерального бюджета в бюджеты субъектов. Однако, во-первых, в этом алгоритме отсутствует расчёт реальная потребности в ЛП и закупки последних ведутся исходя из размера бюджета программы ОНЛП в каждом субъекте. Во-вторых, программа ОНЛП

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13 мая 2016 г. N 719-п «Об утверждении регламента взаимодействия участников реализации программ льготного лекарственного обеспечения на территории Свердловской области» в ред. Приказов Минздрава Свердловской области от 16.03.2017 N 389-п, от 29.04.2021 N 903-п.

⁹ Постановление Правительства РФ № 2299 от 28 декабря 2020 года «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

рассчитана на обеспечение не только пациентов с ЗНО, но и пациентов с другими заболеваниями. Разделение бюджета внутри общей суммы ОНЛП не регламентировано, что позволяет субъектам самостоятельно принимать решения о процентном распределении бюджета для пациентов с разными нозологиями. В — третьих, хорошо известна тенденция сокращения льготников, набора социальных услуг в виде бесплатного лекарственного обеспечения на очередной год [3, 4], что сокращает бюджет программы в каждом субъекте. ПП № 890 определяет перечень заболеваний, при котором лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях лечения, предоставляется бесплатно. Бюджет, по котором осуществляется лекарственное обеспечение пациентов в соответствии с этим ПП, является бюджетом субъекта, т. е. РЛО. Размер этого бюджета каждый субъект устанавливает самостоятельно, принимая закон о бюджете субъекта. Этот бюджет, также как и бюджет программы ОНЛП, планируется без учёта реальной потребности пациентов в ЛП [5]. Таким образом, законодательно определено бесплатное лекарственное обеспечение пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения, равно как и бюджеты для закупки ЛП. Но ни один из нормативных актов — ФЗ 178 и ПП № 890 — не учитывает реальную потребность в ЛП пациентов с ЗНО. Проблемой является и то, что на законодательном уровне нет разделения обязанностей по льготному лекарственному обеспечению между субъектами и Федерацией [4, 6]. Так федеральные льготники, отказавшиеся от набора социальных услуг в виде льготного лекарственного обеспечения, могут и должны быть обеспечены за счёт бюджета субъекта, т. е. программы РЛО [8]. Безусловно, такое положение дел мотивирует пациентов монетизировать льготы, одновременно с этим нагрузка на бюджеты субъектов в части льготного лекарственного обеспечения драматически возрастает. Нарушение принципа солидарной ответственности в программе ОНЛП существенно сокращает возможности этой программы по лекарственному обеспечению пациентов [7, 8]. Отсутствие регулирования бюджетирования льготного лекарственного обеспечения и недостаточность средств приводят к недостаточному лекарственному обеспечению пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения [4].

Заявки на ЛП, закупаемые за счёт средств РЛО и ОНЛП лечебные учреждения по месту жительства пациента, направляют в территориальный орган управления здравоохранением для оформления документации электронного аукциона и закупки ЛП. При отсутствии необходимого ЛП на аптечном складе, пациент ожидает поступления ЛП, что, учитывая сроки проведения аукционов в соответствии с ФЗ 44, может занимать несколько месяцев, следовательно, нарушатся сроки лечения пациента [4, 9].

Закупка ЛП с парентеральным и особенно внутривенным или инфузионным способом применения за счёт средств ОНЛП или РЛО создаёт целый ряд проблем: где вводить ЛП, как оплатить введение ЛП, при возникновении нежелательных реакций на

введение ЛП, принесённого пациентом, кто будет нести ответственность? Вопрос о том, где ввести ЛП с парентеральным путём применения, нетривиален. Очевидно, что при внутривенном или инфузионном способе применения ЛП сам пациент себе ЛП не введёт. Можно ли ввести эти ЛП в процедурном кабинете? В соответствии с Порядком оказания помощи при онкологических заболеваниях лечение пациентов с ЗНО в амбулаторных условиях возможно в ЦАОПах и ПОКах. Этот же Порядок определяет комплектацию процедурных кабинетов обоих подразделений, позволяющую вводить ЛП для лечения пациентов с ЗНО¹⁰. Процедурные кабинеты обычных поликлиник не могут вводить ЛП для лечения пациентов с ЗНО: во-первых, Порядок не определяет другие учреждения, кроме ЦАОПов И ПОКов, для лечения пациентов с ЗНО в амбулаторных условиях; во-вторых, процедурные кабинеты поликлиник не приспособлены для оказания онкологической помощи ввиду отсутствия вытяжных шкафов для разведения цитостатических ЛП, отсутствие инфузоматов для проведения инфузионной терапии, отсутствие специально обученного персонала по приготовлению растворов для внутривенного введения ЛП, инструкции которых требуют наличие такого персонала в штате лечебного учреждения. Отсутствие у поликлиники лицензии на оказание онкологической помощи является ещё одним препятствием для введения ЛП пациентам с ЗНО. В 2021 г. в России число штатных должностей врачей в онкологических учреждениях составило 15 374, физических лиц — 10 377, т. е. дефицит. врачей составил 1/3 от необходимого количества [10], при этом дефицит онкологов в первичном звене составляет как минимум 20% [11]. Как оплатить введение ЛП, полученного пациентом на руки по рецепту врача в рамках программ ОНЛС и РЛО при лечении на амбулаторном этапе? Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств ОМС позволяет оплатить такое введение ЛП как услугу, при условии, что субъект выделил это в отдельный вид услуг или же в соответствии с подушевым нормативом. С 2022 года введение ЛП, закупленных для амбулаторного применения за счёт средств ОНЛП и РЛО в условиях стационара, стало возможно, для этого выделена отдельная клинко-статистическая группа¹¹, что существенно облегчило задачу введения парентеральных ЛП.

Ещё одна потенциальная проблема — качество хранения ЛП пациентами. Гарантий того, что пациенты транспортируют ЛП в специальной сумке с холодильным контейнером и хранят его дома в холодильнике при правильной температуре, не допуская перепадов температур или замораживания ЛП, нет. Медицинская организация, получая от пациента ЛП

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения РФ № 116н от 19 февраля 2021 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»

¹¹ Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования на 2022 год

для парентерального введения, берёт на себя всю ответственность за безопасность применения этого ЛП.

Заключение

Несмотря на то, что законодательно определены источники финансирования льготного лекарственного обеспечения пациентов с ЗНО для амбулаторного лечения, в реальной клинической практике не урегулированы вопросы расчёта реальной потребности пациентов в лекарственных препаратах, а объём закупок регулируется не реальной потребностью, а выделенным бюджетом. Применение ЛП с внутривенным и инфузионным способом применения в амбулаторных условиях возможно только в условиях ЦАОПов, ПОКов, онкологических диспансеров, что может создавать дополнительные трудности к доступности медицинской помощи и создаёт дополнительные риски медицинской организации в связи с хранением ЛП пациентами. Выделение амбулаторного тарифа в рамках ОМС позволило бы использовать бюджет ОМС для обеспечения пациентов на амбулаторном этапе лечения, что привело бы к большей обеспеченности пациентов с ЗНО лекарственными препаратами.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Мурашко Р. А., Степанова Л. Л., Тесленко Л. Г., Шаров С. В. Региональный опыт реализации проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;(5):114—115.
2. Зудин А. Б., Линник С. А., Александрова О. Ю. Анализ соответствия перечней лекарственных препаратов для лечения пациентов со злокачественными новообразованиями, включённых в территориальные программы государственных гарантий, перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(2):111—117.
3. Корабельникова Н. Ю., Кузнецов Д. А. Изучение реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами на территории Тамбовской области. *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2021;8(1):49—52.
4. Щепин В. О., Тельнова Е. А., Проклова Т. Н. Состояние и проблемы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(2):108—112.
5. Зубарева Л. В., Широкоярд М. Г. Организационно-экономические аспекты управления льготным лекарственным обеспечением. *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2019;2(19):4—7.
6. Комаров И. А., Александрова О. Ю., Нагибин О. А. Современная организация лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Федеральные и региональные особенности. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(5):53—60.
7. Романкова Ю. Н., Шаповалова М. А. Теоретические аспекты льготного лекарственного обеспечения. *Прикаспийский вестник медицины и фармации*. 2020;1(3—4):16—21.
8. Тельнова Е. А., Загоруйченко А. А. О состоянии льготного лекарственного обеспечения. *Бюллетень национального научно-*

- исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(2):72—81.
9. Казакова Е. В. Удовлетворенность населения программами льготного лекарственного обеспечения. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2019;(1):71—74.
 10. Под редакцией А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. М., 2022. с. 4.
 11. Боярская И. А., Спиридонов Д. С., Кулаков В. В., Ушенин В. В., Шалаева Е. А., Самофалов Л. А. Оценка кадрового обеспечения и укомплектованности медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена ЦФО врачами-онкологами. *Вестник Росздравнадзора*. 2021;(3):89—96.

REFERENCES

1. Murashko R. A., Stepanova L. L., Teslenko L. G., Sharov S. V. Regional experience in implementation of the project «The fight against cancer». *Current problems of health care and medical statistics. [Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2019;(5):114—115 (in Russian).
2. Zudin A. B., Linnik S. A., Alexandrova O. Yu. Analysis of the correspondence of the lists of drugs for cancer patients' treatment included in the territorial programs of state guarantees to the list of vital and essential drugs. *Health Care of the Russian Federation Russian journal. [Zdravookhranenie Rossijskoj Federatsii]*. 2021;65(2):111—117 (in Russian).
3. Korabelnikova N. Yu., Kuznetsov D. A. Study of the implementation of the program for providing necessary medicines in the Tambov region. *Modern drug supply organization. [Sovremennaya organizatsiya lekarstvennogo obespecheniya]*. 2021;8(1):49—52 (in Russian).
4. Shchepin V. O., Telnova E. A., Proklova T. N. The state and problems of pharmaceutical support of preferential categories of citizen. *The problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2019;2(27):108—112 (in Russian).
5. Zubareva L. V., Shirokioryad M. G. Organizational and economic aspects of management of preferential drug provision. *Tealth care of Yugra: experience and innovations. [Zdravookhranenie Yugry: opyt i innovatsii]*. 2019;2(19):4—7 (in Russian).
6. Komarov I. A., Aleksandrova O. Yu., Nagibin O. A. Current organization of drug maintenance for certain patient groups. Role of drug lists. *Manager Zdravoochraneniya. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2019;(5):53—60 (in Russian).
7. Romankova Y. N., Shapovalova M. A. Theoretical aspects of preferential provision of medicines. *Caspian bulletin of medicine and pharmacy. [Prikaspiyskiy vestnik meditsiny i farmatsii]*. 2020;1(3—4):16—21 (in Russian).
8. Telnova E. A., Zagoruychenko A. A. About the state of preferred medicinal provision. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2021;(2):72—81 (in Russian).
9. Kazakova E. V. Satisfaction of the population with programs of preferential medications' provision. *Far Eastern medical journal. [Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal]*. 2019;(1):71—74 (in Russian).
10. Edited by Kaprina A. D., Starinsky V. V., Shahzadova A. O. The state of oncological care for the population of Russia in 2021. М., 2022. p. 4. (in Russian).
11. Boyarskaya I. A., Spiridonov D. S., Kulakov V. V., Ushenin V. V., Shalaeva E. A., Samofalov D. A. Assessment of human resourcing and staffing level of medical organizations of the outpatient-polyclinic link of the central federal district with oncologists. *Bulletin of Roszdravnadzor. [Vestnik Roszdravnadzora]*. 2021;(3):89—96 (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 14.09.2022; одобрена после рецензирования 10.10.2022; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 14.09.2022; approved after reviewing 10.10.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.005

Факторы риска репродуктивных потерь населения Магаданской области

Ярослав Николаевич Павлов^{1✉}, Надежда Валерьевна Саввина²

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М. К. Аммосова», Якутск, Россия

¹pyn5552007@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6959-7624>

²nadvsavvina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2441-6193>

Аннотация. В статье определены основные типы факторов, влияющих на рост репродуктивных потерь населения. На основе данных проведенного опроса, определены и проанализированы основные факторы риска среди респондентов, которые могли бы служить предикторами роста репродуктивных потерь и возникновения и развития внутренних пороков развития плода. Установлено увеличение рисков репродуктивных потерь при наличии генетических нарушений у близких родственников, в связи с возрастом беременной 35 и более лет и при наличии психоэмоциональных перегрузок. Ключевым медицинским фактором определено анатомическое нарушение строения матки и иммунно-гормональные нарушения. Идентифицированы основные демографические и социоповеденческие факторы риска социально обусловленных рисков репродуктивных потерь и высокие уровни их распространенности. Полученные результаты были скоррелированы для определения отношения шансов между отдельными факторами риска и были положены в основу создания прогностической модели факторов риска репродуктивных потерь населения жителей Магаданской области.

Ключевые слова: репродуктивные потери, факторы риска репродуктивных потерь, прогностическая модель, медико-биологические факторы, демографические факторы, социо-поведенческие факторы, опрос.

Для цитирования: Павлов Я. Н., Саввина Н. В.. Факторы риска репродуктивных потерь населения магаданской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 29—34. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.005.

Original article

Risk factors for reproductive losses of the population of the Magadan region

Yaroslav N. Pavlov^{1✉}, Nadezhda V. Savvina²

M. K. Ammosov North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia

¹pyn5552007@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6959-7624>

²nadvsavvina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2441-6193>

Abstract. The article identifies the main types of factors affecting the growth of reproductive losses of the population. Based on the survey data, the main risk factors among respondents that could serve as predictors of the growth of reproductive losses and the occurrence and development of internal fetal malformations were identified and analyzed. An increase in the risks of reproductive losses was found in the presence of genetic disorders in close relatives, due to the age of a pregnant woman of 35 or more years and in the presence of psychoemotional overload. Anatomical abnormalities of the uterine structure and immune-hormonal disorders were identified as key medical factors. The main demographic and socio-behavioral risk factors of socially determined risks of reproductive losses and high levels of their prevalence have been identified. The results obtained were correlated to determine the odds ratio between individual risk factors and were used as the basis for creating a prognostic model of risk factors for reproductive losses of the population of residents of the Magadan region.

Key words: reproductive losses, risk factors of productive losses, prognostic model, biomedical factors, demographic factors, socio-behavioral factors, survey.

For citation: Pavlov Y. N., Savvina N. V. Risk factors for reproductive losses of the population of the Magadan region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):29–34. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.005.

Введение

Фактором риска считают потенциально опасные для здоровья человека факторы биологического, генетического, поведенческого, экологического и социального характера, окружающей и производственной сред, значительно увеличивающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного результата планирования семьи [1].

Удачным определением влияния факторов риска на организм является мнение Лисицына Ю. П., который отмечает, что конкретные условия жизнедеятельности человека (быта и труда, питания, проживания, отдыха, воспитания и образования, культурных потребностей и т. п.) — это те же социальные условия и факторы [2].

Все факторы риска делятся на четыре большие группы [3]: образ жизни, наружная среда (включая резкие изменения атмосферного климата, повышен-

ные излучения (радиационные, гелиокосмические, магнитные и др.) — занимают 20,00—25,00%), генетические факторы (наследственность — занимает 15,00—20,00%) и здравоохранение (низкое качество и неполная обеспеченность и несвоевременность медицинской помощи; низкая эффективность профилактических мер и т. п. — занимают 10,00—15,00%).

Репродуктивные потери — потеря продуктов зачатия на всех этапах развития плода в результате самопроизвольного и вынужденного прерывания беременности, мертворождаемости, а также смерти детей первого года жизни. Согласно Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), к репродуктивным потерям (РП) относят спонтанные аборт, замершие и внематочные беременности [4].

Среди основных причин риска роста репродуктивных потерь (РП) ведущее место занимают биологические факторы риска, в составе которых: генетические, иммунные, эндокринные и инфекционные факторы. Важное значение имеют также экологические, социальные и экономические факторы риска. Кроме этого, на увеличение уровней РП как прямо (принятие решения о рождении ребенка и решения о сохранении незапланированной беременности), так и опосредованно (из-за возникновения болезней, вызывающих самопроизвольные аборт, преждевременные роды, ВПР плода, гибель новорожденных) влияют социальные и экологические факторы: неустроенность семейной жизни, плохое питание, низкий социальный статус родителей, возраст матери до 16 и более 35 лет, профессиональные нагрузки, экологическое (химическое, биологическое, радиационное) загрязнение окружающей среде, стрессогенные факторы в семейной и профессиональной среде, психоэмоциональная перегрузка и т. д. В развитии преждевременного прерывания беременности или внутриутробной гибели эмбриона или плода (НВ) задействованы эндокринные, иммунные, инфекционные и генетические факторы. Следует указать, что в последние годы акцент основных причин НВ сместился с эндокринной и экстрагенитальной патологией на социо-экономические и экологические причины, которые патогенетически проявляются большим количеством инфекционных и иммунологических заболеваний и дефицитом адаптации. Следует указать, что определение влияния данной группы факторов достаточно актуально в последние годы, так как отмечается постоянное увеличение РП от НВ в Магаданской области, которые ежегодно составляют до 20 тыс. нерожденных детей [5].

Управляемость вышеуказанными факторами риска роста РП заключается в выполнении рекомендаций врачей, предупреждении стрессогенных факторов, отказе от вредных условий труда, нормализации режима труда и отдыха, адекватных физических и информационных нагрузках, отказе от вредных привычек и т. д. Все эти мероприятия учитываются акушерской службой при выполнении ПКП. При

этом наиболее эффективными методами предупреждения НВ авторы считают проведение качественной ПКП [6].

Цель и задачи статьи

Цель исследования — определить факторы риска репродуктивных потерь населения Магаданской области.

Задачи исследования:

1. Определить и проанализировать основные факторы риска медико-биологического, демографического и социо-поведенческого характера среди респондентов, которые могли бы служить предикторами роста репродуктивных потерь Магаданской области и возникновения и развития внутриутробных пороков развития плода.

2. Определить социальные факторы риска для репродуктивных потерь на основе данных опроса.

3. Рассчитать вероятное прогнозируемое увеличение рисков репродуктивных потерь для медико-генетических факторов репродуктивных потерь.

4. Описать перспективы ввода мониторинга РП на ранних стадиях на основе разработки новых региональных протоколов контроля медико-социальных рисков.

Материалы и методы

За период 2016—2020 гг. было проведено анкетирование 200 женщин, которые имели РП в анамнезе и находились под наблюдением специалистов в медицинских учреждениях Магаданской области. Средний возраст респондентов составил 24,9 лет (от 18 до 42 лет). Для опроса был использован авторский медико-анамнестический опросник с акцентом на наиболее распространенные факторы риска РП и ВПР плода и определения уровней обеспеченности этих женщин составляющими медико-генетической помощи и основных мер по предупреждению РП на основе данных форм № 025/у 003—2/у-20. Заполнение анкет проводилось во время консультирования женщин по планированию будущей беременности и проведению соответствующей ПКП добровольно и анонимно.

Сначала нами были определены и проанализированы основные факторы риска среди респондентов, которые могли бы служить предикторами роста РП и возникновения и развития ВПР плода и определением отношения шансов между отдельными определенными факторами риска посредством проведения простой логистической регрессии (95,00% доверительного интервала ДИ), что возникли в качестве дальнейшего создания прогностической модели факторов риска РП населения жителей Магаданской области.

При проведении анкетирования нами были выделены основные группы факторов риска, которые влияли на РП обследованных женщин с РП в анамнезе:

— *медико-биологические и демографические*: возраст, наследственность, инфекционно-воспалительные заболевания в анамнезе, иммунные и гормональные нарушения в анамнезе, анато-

мические нарушения матки (пороки развития матки, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмико-цервикальная недостаточность, миома матки), наличие коморбидной патологии, генетические нарушения у близких родственников;

— *социо-поведенческие*: наличие вредных привычек (табакокурение, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами), неправильное питание, малоподвижный образ жизни, нарушение сна (недостаточный или тревожный), психоэмоциональные перегрузки в рабочем коллективе и семье, образование, уровень материальных состояний, отсутствие брачных отношений (семьи), социальная дезадаптированность (отсутствие трудоустройства и постоянного материального дохода), тяжелые и вредные условия труда.

Результаты

При определении основных факторов риска РП среди опрошенных женщин с РП в анамнезе было установлено, что большинство из них находилось в рискованной возрастной группе по поводу возникновения РП (28 лет и старше), что отражено на рис. 1. Так, среди опрошенных женщин с РП в анамнезе лиц от 26 до 30 лет насчитывалось 27,00% (54 женщины); от 31 до 35 лет — 21,00% (42 человека); в возрасте 36—40 лет было 48 опрошенных (24,00%) и старше 40 лет — 28 женщин (14,00%). В целом, отмечено, что среди всех опрошенных женщин с РП в анамнезе пациенток, находившихся в рискованной группе по поводу возникновения РП (28 лет и старше), насчитывалось 152 человека (76,00%).

При этом, значительными рисками при РП являются и другие нарушения в организме матери, среди которых особую роль играют инфекционно-

воспалительные заболевания половой системы в анамнезе (173 женщины; 86,50%), вызванные ранним началом половой жизни или/или хаотические половые связи со многими партнерами; иммунные и гормональные нарушения в анамнезе женщины (163 опрошенных; 81,50%); аборт в анамнезе (162 человека; 81,00%); анатомические нарушения развития матки (пороки развития матки, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмико-цервикальная недостаточность, миома матки, синехии и др.), (64,50%) женщин и наличие коморбидной патологии (143 человека; 71,50%). Наиболее распространенные сопутствующие заболевания отражены на рис. 2.

На основе полученных нами данных по выявленным факторам риска РП нами была проведена множественная логистическая регрессия и достоверно установлены наиболее влияющие факторы риска для РП с построением прогностической модели медико-биологических, демографических и социо-поведенческих факторов риска РП населения Магаданской области, что отражено в таблице.

Согласно полученным данным, высокая значимость определенных ранее (в таблице) факторов риска РП для опрошенных женщин была подтверждена и проведением множественной логистической регрессии (см. таблицу). Так, вероятно, было установлено, что наиболее значимыми были: наличие у женщин генетических нарушений у близких родственников — увеличение рисков РП в 4,397 раз ($\beta = 4,937$; ДИ 3,412—7,531; $p=0,001$); возраст 28 лет и старше — в 4,047 раз ($\beta=4,047$; ДИ 3,712—5,410; $p=0,001$); психоэмоциональные перегрузки в семье — в 2,684 раза ($\beta=2,684$; ДИ 1,127—5,912; $p=0,034$); наследственность — в 2,486 раз ($\beta=2,486$; ДИ 1,763—3,625; $p=0,001$); анатомические нарушения матки — в 2,296 раз ($\beta=2,296$; ДИ 1,731—3,124;

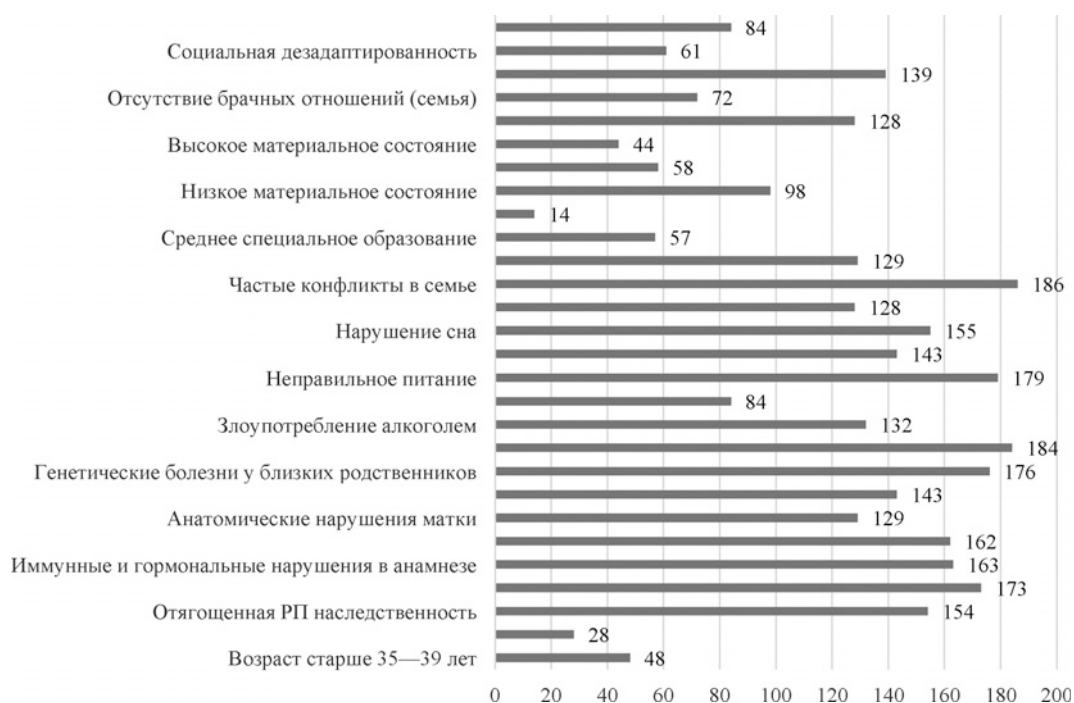


Рис. 1. Факторы риска репродуктивных потерь у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом (абс. ч.; %)

- Заболевания органов желудочно-кишечного тракта
- Эндокринная патология (заболевания щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет)
- Заболевания верхних дыхательных путей
- Артериальная гипертензия
- Аутоиммунные заболевания (аутоиммунный тиреоидит, бронхиальная астма, гломерулонефрит, аллергические реакции)

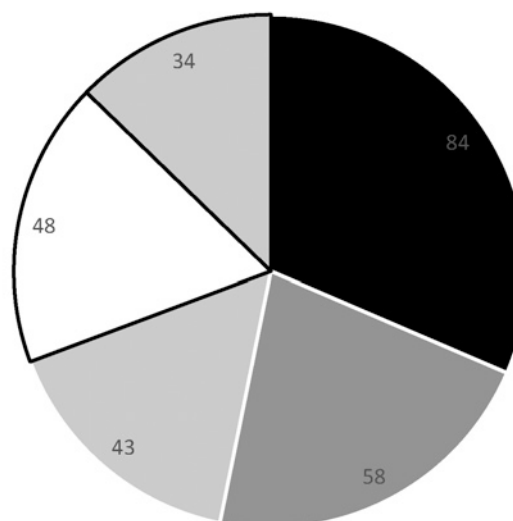


Рис. 2. Наличие коморбидной патологии у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом (абс. ч.; %)

$p=0,011$) и иммунные и гормональные нарушения в анамнезе — повышение рисков РП в 2,072 раза ($\beta=2,072$; ДИ 1,691—3). Кроме этого, значительное влияние оказывали и злоупотребления психоактивными веществами — увеличение рисков РП в 1,612 раз ($\beta=1,612$; ДИ 1,051—2,053; $p=0,001$); нарушение сна — в 1,512 раз ($\beta=1,512$; ДИ 0,891—2,631; $p=0,054$); наличие коморбидной патологии — в 1,494 раз ($\beta=1,494$; ДИ 1,128—2,216; $p=0,031$); курение — в 1,429 раз ($\beta=1,429$; ДИ 1,003—2,054;

$p=0,013$); инфекционно-воспалительные заболевания в анамнезе — в 1,362 раза ($\beta=1,362$; ДИ 0,978—1,542; $p=0,024$); психоэмоциональные перегрузки на работе — в 1,327 раз ($\beta=1,327$; ДИ 0,947—1,894; $p=0,010$); низкое материальное состояние — в 1,214 раз ($\beta=1,214$; ДИ 0,815—1,614; $p=0,023$); тяжелые и вредные условия труда — в 1,165 раз ($\beta=1,165$; ДИ 0,814—1,573; $p=0,044$) и злоупотребление алкоголем — увеличение рисков РП в 1,011 раз ($\beta=1,011$; ДИ 0,834—1,17). Меньшие риски имели наличие социальной дезадаптированности — увеличение рисков РП в 0,926 раз ($\beta=0,926$; ДИ 0,619—1,395; $p=0,048$); среднее и среднее специальное образование у женщин — в 0,893 раза ($\beta=0,893$; ДИ 0,611—1,298; $p=0,052$); неправильное питание — в 0,891 раз ($\beta=0,891$; ДИ 0,651—1,182; $p=0,051$); малоподвижный образ жизни — в 0,827 раз ($\beta=0,827$; ДИ 0,519—1,367; $p=0,037$); отсутствие брачных отношений (семейства) — в 0,783 раза ($\beta=0,783$; ДИ 0,514—1,035; $p=0,046$) и аборты в анамнезе — увеличение рисков РП в 0,749 раз ($\beta=0,749$; ДИ 0,576—1,1 что отражено в таблице.

Прогностическая модель медико-биологических, демографических и социо-поведенческих факторов риска репродуктивных потерь пациенток Магаданской области с отягощенным акушерским анамнезом (абс. ч.; %)

Показатели	Beta	95,00 % ДИ		P
		нижний	верхний	
Константа	0,048	0,034	0,052	0,000
Возраст 28 лет и старше	4,047	3,712	5,410	0,001
Наследственность	2,486	1,763	3,625	0,001
Инфекционно-воспалительные заболевания в анамнезе	1,362	0,978	1,542	0,024
Иммунные и гормональные нарушения в анамнезе	2,072	1,691	3,282	0,001
Аборты в анамнезе	0,749	0,576	1,163	0,058
Анатомические нарушения матки	2,296	1,731	3,124	0,011
Наличие коморбидной патологии	1,494	1,128	2,216	0,031
Генетические нарушения у близких родственников	4,937	3,412	7,531	0,001
Табакокурение	1,429	1,003	2,054	0,013
Злоупотребление алкоголем	1,011	0,834	1,721	0,039
Злоупотребление психоактивными веществами	1,612	1,051	2,053	0,001
Неправильное питание	0,891	0,651	1,182	0,051
Малоподвижный образ жизни	0,827	0,519	1,367	0,037
Нарушение сна	1,512	0,891	2,631	0,054
Психоэмоциональная перегрузка на работе	1,327	0,947	1,894	0,010
Психоэмоциональные перегрузки в семье	2,684	1,127	5,912	0,034
Среднее и среднее специальное образование	0,893	0,611	1,298	0,052
Низкое материальное состояние	1,214	0,815	1,614	0,023
Отсутствие брачных отношений (семья)	0,783	0,514	1,035	0,046
Социальная дезадаптированность	0,926	0,619	1,395	0,048
Тяжелые и вредные условия труда	1,165	0,814	1,573	0,044

Обсуждение

Анализ научных литературных источников и результатов опроса населения показал потребность существенных методических и технологических изменений, оптимизации существующей модели профилактики репродуктивных потерь населения Магаданской области.

Также анализ демографических и социально-психологических показателей продемонстрировал негативное влияние сокращения сети медико-генетических центров и их персонала, которое заключается в увеличении пороков среди недоношенных детей в стационарных заведениях Магаданской области в 2020 году. Идентифицированы основные демографические и социо-поведенческие факторы риска социально обусловленных рисков репродуктивных потерь и высокие уровни их распространенно-

сти, в частности возраст беременных более 35 и более 40 лет (у 24% и 14% женщин соответственно), наследственная и генетическая предрасположенность (77% и 88%), инфекционно-воспалительные заболевания половой системы (86,5%), гормональные нарушения (81,5%), аборт в анамнезе (81%), злоупотребление алкоголем (66%), табакокурение (92%), употребление нескольких психоактивных веществ одновременно (42%), психоэмоциональные перегрузки (на работе — 64% и в семье — 93%), нарушения в питании (89,5%) и образа жизни (71,5%), низкое материальное состояние (49%), трудные и вредные условия труда (42%), отсутствие брачных отношений (36%). Установлено вероятное ($p < 0,001$) прогнозируемое увеличение рисков репродуктивных потерь при наличии генетических нарушений у близких родственников — в 4,4 раза; в связи с возрастом беременной 35 и более лет — в 4,0 раза; при наличии психоэмоциональных перегрузок в семье — в 2,7 раза, на работе — в 1,3 раза; анатомических нарушениях матки — в 2,3 раза; иммунных и гормональных нарушений — в 2,1 раза; при отягощенной наследственности — в 2,5 раза; за злоупотребление психоактивными веществами — в 1,6 раза, табакокурение — в 1,4 раза; при наличии нарушений сна — в 1,5 раза; коморбидной патологии — в 1,5 раза; инфекционно-воспалительных заболеваниях половой системы — в 1,4 раза; при низких материальных доходах — в 1,2 раза, тяжелых и вредных условий труда — в 1,2 раза.

Полученные нами данные полностью совпадают с другими результатами проведенных исследований значительно повышенных рисков возрастных характеристик женщин при возникновении РП [7].

Рост РП в регионах и их хронизация происходит на фоне повышения возможностей современной медицины опираться на современные технологии, так и на организационные подходы, направленные на раннее выявление генетической патологии, профессиональное взаимодействие врачей разных специальностей и рациональное использование бюджетных средств для уменьшения уровня РП. Однако, часто диагностика этих состояний часто происходит с опозданием, что связано с недостаточной развитой сетью медико-генетических учреждений, низкой культурой населения, которая должна побуждать, во-первых, своевременно обратиться за медицинской помощью, а во-вторых, выполнить рекомендации генетика по обследованию, приему медицинских препаратов и диеты. К своевременному обращению к клиническому генетику должны привести, прежде всего, консультации семейных врачей и акушеров-гинекологов, которые должны определить необходимость консультации и провести необходимые клинические исследования по собственному арсеналу диагностических программ и в рамках программ первичной профилактики репродуктивных потерь.

Профилактика должна быть проведена на первичном, вторичном и третичном уровнях, при условии эффективного профессионального взаимодействия семейных врачей, врачей общей практики,

акушеров-гинекологов, клинических генетиков и врачей других специальностей, к которым женщины с репродуктивными потерями в анамнезе обращаются по поводу лечения соматической и нервно-психической патологии, экстрагенитальной патологии беременных в рамках программ прекоцепционной и прегравидарной подготовки.

Возрастает количество генетически обусловленных репродуктивных потерь. О необходимости их первичной персонализированной профилактики с участием генетиков, совершенствовании систем прогнозирования рисков говорят многие исследователи. В условиях повышенных социальных рисков в регионе, обусловленного географическим фактором, пандемией COVID-19 и военными действиями, трудно выполнить некоторые возможные проекты по созданию новых медицинских центров для предоставления специализированной помощи больным с генетически обусловленной патологией метаболического, онкогенетического и т. д. профиля. Наиболее реалистичным является внедрение новых диагностических подходов и протоколов ранних профилактических вмешательств на базе существующих учреждений медико-генетической сети. Но при этом следует учитывать постепенное сокращение сети.

Межобластные медико-генетические центры созданы в регионе еще в 1984 году. Позже они были превращены в специализированные медико-генетические центры. На современном этапе ежегодно в регионе оказывают медицинскую помощь около 45 тыс. пациенткам.

Медико-генетическое консультирование является частью вторичной профилактики генетически обусловленных репродуктивных потерь. В ее основе лежат пациент-ориентированная диагностика (учитывает данные анамнеза жизни, болезни и семейный анализ, анализ родословной, включает данные сомато-генетического статуса, с использованием клинических, биохимических, цитогенетических и молекулярно-генетических методов исследования) и наследственной патологии.

Трудно также преувеличить значение третичной профилактики наследственной патологии и РП. Она заключается в профилактике осложнений имеющих наследственных заболеваний и генетически обусловленной патологии беременности, которая приводит к невынашиванию, бесплодию и врожденным порокам развития. Можно сказать, что за последние десятилетия уже достигнуты значительные успехи третичной профилактики таких генетических заболеваний, как феникетонурия, но внедрение уже разработанных мер по третичной профилактике последствий генетических болезней, связанных с нарушениями ФЦ, еще не проводится.

Выводы

При определении повышенных рисков влияния факторов риска на увеличение уровней репродуктивных потерь населения:

1. Определены и проанализированы основные факторы риска медико-биологического, демографи-

ческого и социо-поведенческого характера среди респондентов, которые могли бы служить предикторами роста репродуктивных потерь Магаданской области и возникновения и развития внутриутробных пороков развития плода. Констатированы высокие уровни распространенности рисковых возрастных групп женщин относительно возникновения репродуктивных потерь (76,00%), наследственной (77,00%) и генетической (88,00%) склонности, инфекционно-воспалительных заболеваний половой системы (86,50%), гормональных нарушений (81,50%) и аборт в анамнезе (81,00%). Зафиксированы значительные распространения анатомических нарушений развития матки (64,50%) и наличие коморбидной патологии (71,50%) с ее структурной характеристикой.

2. Определена значительная роль вредных привычек (злоупотребление алкоголем — 66,00% и психоактивными веществами — 42,00% и курение — 92,00%), психоэмоциональных перегрузок (на работе — 64,00% и в семье — 93,00%), нарушений в питании (89,50%) и образе жизни (71,50%) и низкого (49,00%) материального состояния и наличия тяжелых и вредных условий труда (42,00%) и отсутствия брачных отношений (семейства) — 36,00% для репродуктивных потерь.

3. Установлено вероятное прогнозируемое увеличение рисков репродуктивных потерь (в 4,397 раза) при наличии генетических нарушений у близких родственников; в 4,047 раз — при возрасте женщины 28 лет и старше, в 2,684 раза — при психоэмоциональных перегрузках в семье и в 2,486 раз — при отягощенной наследственности и в 2,296 раз — при анатомических нарушениях матки. Констатировано вероятное значительное прогнозируемое повышение рисков репродуктивных потерь при иммунных и гормональных нарушениях (в 2,072 раза), злоупотреблении психоактивными веществами (в 1,612 раз), нарушениях сна (в 1,512 раз) и наличии коморбидной патологии (в 1,494), табакокурение (в 1,429 раз) и инфекционно-воспалительных заболеваниях половой системы (в 1,362 раза). Определено вероятное высокое влияние с прогнозируемым увеличением рисков репродуктивных потерь психоэмоциональных перегрузок на работе (в 1,327 раз), низких материальных состояний (в 1,214 раз), тяжелых и вредных условий труда (в 1,165 раз) и злоупотребления алкоголем (в 1,1).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 22.09.2022; одобрена после рецензирования 21.12.2022; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 22.09.2022; approved after reviewing 21.12.2022; accepted for publication 17.02.2023.

4. Сделан вывод о перспективности ввода мониторинга РП на ранних стадиях на основе разработки новых региональных протоколов контроля медико-социальных рисков.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. S. C. Lean, H. Derricott, R. L. Jones et al. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186287.
2. Лисицын Ю. П. *Общественное здоровье и здравоохранение*. М.: Медицина; 2002. 416 с.
3. Адушев М. Н. Демография и экономика России: зависимость, проблемы и возможности их решения. *Региональная экономика и управление: электронный научный журнал*. 2021;68(4):41.
4. С. В. Андронов, А. А. Лобанов, А. И. Попов и др. Репродуктивные потери у коренных жителей Арктической зоны Западной Сибири. Сбережение коренного населения в Арктической зоне РФ в условиях трансформации образа жизни и изменения климата, Архангельск, 24—25 мая 2018 года. 2018. С. 100—102.
5. Губина О. В., Проворова А. А. Роль инноваций в решении демографических проблем Арктики: опыт изучения восприятия населением. *Арктика и Север*. 2021;(44):130—157.
6. Атарбаева В. Ш. К вопросу гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста. *Вестник Казахского национального медицинского университета*. 2020;(1):1—4.
7. Yatsenko A. N., Turek P. J. Reproductive genetics and the aging male. *J Assist Reprod Genet*. 2018;35(6):933—941.

REFERENCES

1. S. C. Lean, H. Derricott, R. L. Jones et al. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186287.
2. Lisitsyn Yu. P. *Obschestvennoe zdorove i zdavoohranenie [Public health and healthcare]* M.: Medicine, 2002. 416 p. (in Russian).
3. Adushev M. N. Demography and economy of Russia: dependence, problems and possibilities of their solution. *Regional Economics and Management: electronic scientific journal. [Regional'naya ekonomika i upravlenie: elektronnyy nauchnyy zhurnal]*. 2021;68(4):41. (in Russian).
4. S. V. Andronov, A. A. Lobanov, A. I. Popov et al. *Reproductive losses in the indigenous inhabitants of the Arctic zone of Western Siberia [Sberejenie korennogo naseleniya v Arkticheskoi zone RF v usloviyah transformacii obraza jizni i izmeneniya klimata]*. Conservation of the indigenous population in the Arctic zone of the Russian Federation in the conditions of lifestyle transformation and climate change, Arkhangelsk, May 24—25, 2018, 2018. pp. 100—102 (in Russian).
5. Gubina O. V., Provorova A. A. The role of innovations in solving demographic problems of the Arctic: the experience of studying the perception of the population. *Arctic and the North. [Arktika i Sever]*. 2021;(44):130—157. (in Russian).
6. Atarbayeva V. S. On the issue of gynecological morbidity of women of reproductive age. *Bulletin of the Kazakh National Medical University. [Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta]*. 2020;(1):1—4. (in Russian).
7. Yatsenko A. N., Turek P. J. Reproductive genetics and the aging male. *J Assist Reprod Genet*. 2018;35(6):933—941.

Научная статья

УДК 616-053.5-084

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.006

Единая профилактическая среда в образовательной организации — основное условие здоровьесбережения школьников

Ольга Михайловна Филькина¹, Наталья Васильевна Долотова^{2✉},
Елена Анатольевна Воробьева³, Анна Ивановна Малышкина⁴, Ольга Юрьевна Кочерова⁵

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В. Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Иваново, Россия

¹omfilkina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2228-748X>

²dolotovan@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2449-0580>

³ivniidet@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2820-9714>

⁴ivniimid@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1145-0563>

⁵ivniidet@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2473-8339>

Аннотация. Введение. Формирование здоровья и здорового образа жизни у детей и подростков является одним из приоритетных направлений профилактической медицины в настоящее время. В статье представлен региональный опыт и новые направления работы по созданию единой профилактической среды в образовательных учреждениях Ивановской области. **Цель исследования:** создать модель единой профилактической среды в образовательной организации, направленную на профилактику неинфекционных заболеваний, формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья детей в условиях межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и образования. **Материалы и методы:** Во всех школах Иванова и Ивановской области, начиная с 2017 года, реализуется проект «Межведомственное сопровождение здоровья школьников с использованием автоматизированных технологий», разработанный в 2006 году по инициативе Правительства Ивановской области, направленный на создание межведомственной интеграции при сопровождении ребенка в образовательном учреждении для укрепления его здоровья, повышение информированности и мотивации к сохранению здоровья и формированию здорового образа жизни у школьников, учителей и родителей. **Заключение:** Внедрение модели единой профилактической среды в школе позволяет оптимизировать состояние здоровья обучающихся, нормализовать их образ жизни, повлиять на мотивацию быть здоровым.

Ключевые слова: единая профилактическая среда, школьники, здоровьесбережение, здоровый образ жизни, здоровье

Для цитирования: Филькина О. М., Долотова Н. В., Воробьева Е. А., Малышкина А. И., Кочерова О. Ю. Единая профилактическая среда в образовательной организации — основное условие здоровьесбережения школьников // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 35—40. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.006.

Original article

A single preventive environment in an educational organization is the main condition for the health preservation of schoolchildren

Olga M. Filkina¹, Natalya V. Dolotova^{2✉}, Elena A. Vorobyova³, Anna I. Malyshkina⁴, Olga Yu. Kocherova⁵

Federal State Budgetary Institution «Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood named after V. N. Gorodkov» of the Ministry of Health of Russia, 153045, Ivanovo, Russia

¹omfilkina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2228-748X>

²dolotovan@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2449-0580>

³ivniidet@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2820-9714>

⁴ivniimid@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1145-0563>

⁵ivniidet@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2473-8339>

Annotation. The formation of health and a healthy lifestyle in children and adolescents is one of the priority areas of preventive medicine at the present time. The article presents regional experience and new areas of work to create a unified preventive environment in educational institutions of the Ivanovo region. The **purpose** of the study: to create a model of a unified preventive environment in an educational organization aimed at the prevention of non-communicable diseases, the formation of a healthy lifestyle, the preservation and promotion of children's health in the context of interdepartmental interaction between health care and education systems. **Materials and Methods:** Starting from 2017, all schools in Ivanovo and the Ivanovo region have been implementing the project "Interdepartmental Support for the Health of Schoolchildren Using Automated Technologies", developed in 2006 at the initiative of the Government of the Ivanovo Region, aimed at creating interdepartmental integration when accompanying a child in educational institution to improve his health, raising awareness of a healthy lifestyle and the formation of motivation for its observance. **Results:** As a result of the project implementation, a model of a unified preventive environment was created in schools, the introduction of which helps to improve health in-

dicators, physical fitness, emotional state and cognitive abilities of schoolchildren, increase awareness and motivation to maintain health and form a healthy lifestyle among schoolchildren, teachers and parents. **Conclusion:** The introduction of a model of a unified preventive environment at school allows you to optimize the health status of students, normalize their lifestyle, and influence the motivation to be healthy.

Key words: common preventive environment, schoolchildren, health protection, healthy lifestyle, health

For citation: Fil'kina O.M., Dolotova N. V., Vorob'eva E.A., Malyshkina A. I., Kocherova O.Ju. A single preventive environment in an educational organization is the main condition for the health preservation of schoolchildren. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):35–40. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.006.

Актуальность

Большое значение в последнее время уделяется формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний среди детей и подростков [1, 2]. Важным этапом формирования здоровья и профилактики его нарушений у детей является школа. Образовательная система включает в себя и гармонично сочетает различные образовательные цели, в том числе встроенные в образовательную программу возможности формировать грамотность в вопросах здоровья [3]. Пропаганда и обучение навыкам здорового образа жизни детей и членов их семей осуществляется в соответствии с приказом Минздрава РФ № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям». Однако в образовательный процесс включаются всё новые дисциплины, внедряются инновационные технологии обучения, при этом увеличивается время использования гаджетов, снижается доступность спортивных секций, что приводит к психо-эмоциональному напряжению, длительным статическим нагрузкам и гипокинезии. Все это негативно сказывается на состоянии здоровья современных школьников [4, 5, 6]. Известно, что «школьные факторы» являются причиной неблагоприятной динамики здоровья школьников и формирования школьно-обусловленных заболеваний. С увеличением возраста детей и длительности обучения в школе возрастает частота встречаемости большинства хронических заболеваний, наиболее значительно возрастает частота патологии органа зрения, заболеваний костно-мышечной системы и нарушений нервной и психической сферы [1, 7, 8]. Для сдерживания влияния этих факторов на здоровье детей важно постоянно в условиях школы проводить профилактические мероприятия, создать единую профилактическую среду [9]. Кроме того, выпускники школы должны осознанно выполнять и пропагандировать правила здорового и безопасного образа жизни, ответственно обходиться со своим здоровьем, со здоровьем и благополучием других людей, что важно в контексте воспроизводства населения и формирования ответственного родительства в будущем [3, 10, 11, 12, 13, 14]. В связи с этим необходима интеграция работников здравоохранения, образования, семьи и обучающихся в едином информационном пространстве при гармоничном сочетании с учебным процессом [9] для решения всех выше озвученных задач. Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2016 г. инициирован пилотный проект «Школьная медицина» в пяти регионах страны (Рес-

публика Саха (Якутия), Ямало-Ненецкий АО, Тамбовская область, Ростовская, Смоленская области) для создания современной эффективной модели здоровьесбережения обучающихся в общеобразовательных организациях с помощью организационных решений, внедрением оздоровительных технологий с последующим тиражированием лучших практик на всей территории Российской Федерации. Одним из планируемых приоритетных результатов проектов была разработка региональной модели профилактики неинфекционных заболеваний. На первом этапе с целью оптимизации организации медицинского обеспечения в каждой территории создали единое правовое поле для организации межведомственного взаимодействия здравоохранения и образования; внедряли в работу информационные технологии, дооснастили медицинские кабинеты школ оргтехникой; организовали защищенные каналы связи; установили программное обеспечение; обучили персонал школ и участковых педиатров работе с информационной системой. Во всех проектах выделено централизованное звено профилактической медицины. Учитывая региональные особенности, были проведены структурно-функциональные изменения в медицинском сопровождении детей в образовательных организациях. К основным организационным решениям проектов отнесены: создание на официальном сайте управления здравоохранения раздела «Школьная медицина», электронной истории развития ребенка с автоматизированной внесением данных, полученных при доврачебном обследовании обучающихся на АПК в электронную историю развития ребенка, создание автоматизированного мобильного и стационарного АРМ (в кабинете врача школы), автоматической маршрутизации пациентов с выявленными отклонениями в состоянии здоровья на второй этап обследования. Разработаны новые формы взаимодействия учреждений здравоохранения и образования с созданием единого информационного поля взаимодействия Центров медицинской профилактики, Центров здоровья для детей с отделениями профилактики учреждений здравоохранения и школами с организацией вебинаров, интерактивных уроков по вопросам здорового образа жизни. Осуществлено подключение школьного медицинского кабинета к региональной системе РМИС, использование электронных дневников учащихся для информирования родителей о профилактических медицинских мероприятиях, вебинарах. Создано новое структурное подразделение — Центр здоровья детей (Новоуренгой), которое работает в тесном взаимодействии с образовательными организациями как координатор

в части диспансеризации, медицинских профилактических осмотров, вакцинации с привлечением в процесс медицинских работников школ и детских дошкольных учреждений, выступает модератором системы профилактических мероприятий. Центр здоровья выступает в качестве инструмента совершенствования кадровой работы в части профориентации. Формируются электронные паспорта здоровья школьников, которые доступны участковым педиатрам. В ряде территорий в первую очередь решались кадровые вопросы и специалисты были направлены на повышение квалификации или усовершенствование медицинских работников. Проведена переподготовка по специальности «Школьная медицина», базовая подготовка по специальности «Школьный фельдшер». Кроме того, оптимизировались вопросы организации питания с созданием мониторинга питания школьников. Каждая модель школьной медицины внесла свои организационные решения профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья детей в условиях межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и образования [2], которые можно внедрять уже сейчас. Однако, необходимо продолжать искать новые региональные организационные решения по оптимизации медицинского обеспечения школьников с учетом информатизации, внедрения цифровых технологий, с созданием новых структур, которые решают межведомственные проблемы взаимодействия учреждений здравоохранения в оптимизации здоровья школьников. В связи с этим мы разработали региональную модель Ивановской области по созданию единой профилактической среды в образовательной организации — как основное условие здоровьесбережения школьников.

Цель: создать модель единой профилактической среды в образовательной организации, направленную на профилактику неинфекционных заболеваний, формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья детей в условиях межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и образования.

Материалы и методы

По инициативе Правительства Ивановской области, первого заместителя руководителя фракции «Единая Россия» в Государственной думе Федерального Собрания Российской Федерации Т. В.Яковлевой с 2006 года разработан и реализуется проект «Межведомственное сопровождение здоровья школьников с использованием автоматизированных технологий». Научным руководителем проекта является О.М.Филькина, заведующая отделом охраны здоровья детей ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н.Городкова» Минздрава России, д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ. Постепенно к проекту осуществлялось подключение школ и с 2017 года все школы города и области участвуют в реализации этого проекта. Целью проекта является создание межведомственной интеграции при сопровождении ребенка в образователь-

ном учреждении для укрепления его здоровья, повышение информированности о здоровом образе жизни и формирование мотивации по его соблюдению. С 2011 года Ивановская область является стажировочной площадкой для регионов России по распространению опыта работы региональной модели по формированию здорового и безопасного образа жизни обучающихся. Для создания модели единой профилактической среды использовались методы: информационно-аналитический, экспертный, моделирования, организационного эксперимента, статистический. Оценивали эффективность внедрения единой профилактической среды по данным динамики показателей состояния здоровья 552 школьников в 2012 году и 613 школьников в 2017 году в 7 муниципальных средних общеобразовательных школах (школа г.Старая Вичуга, школа № 11 г.Вичуга, школа № 12 г.Вичуга, Луговская школа Кинешемского района, Парская школа Родниковского района, Коляновская школа Ивановского района, Ново-Талицкая школа Ивановского района). Кроме того, по разработанным нами анкетам оценивали удовлетворенность родителей качеством медико-психолого-педагогического сопровождения, информированность учителей, родителей и учащихся по вопросам формированию здоровья и здоровом образе жизни школьников, мотивацию сохранения и укрепления здоровья детей у родителей и в этих школах.

Полученные результаты

В результате реализации в Ивановской области проекта «Межведомственное оздоровление школьников с использованием автоматизированных технологий» в каждой школе создана модель единой профилактической среды.

Профилактическая среда включает в себя следующие составляющие: взаимодействие и координация медицинских, педагогических работников, обучающихся и родителей; создание единого информационного пространства; информационно методическая межведомственная помощь, обеспечение условий соответствующих требованиям санитарных правил, внедрение оздоровительных мероприятий, в том числе общих, групповых и индивидуальных, организация правильного питания, в том числе детям требующих индивидуального подхода к питанию; совершенствование оздоровительной и спортивной структуры; оптимизация физического воспитания; управление здоровьем на межведомственном уровне с применением автоматизированной программы; создание медико — педагогических межведомственных школьных команд; организация места работы школьного врача, медицинской сестры с автоматизированной программой профилактических осмотров обучающихся; создание кабинетов здоровья для школьников и родителей, организация отрядов волонтеров из старшеклассников. Школьную команду возглавляет директор школы или его заместитель. В ее состав входят классные руководители, преподаватели физической культуры, психологи, педагоги-методисты, школьный врач

и медицинская сестра [3, 15]. Эта команда осуществляет планирование и реализацию различных мероприятий по оздоровлению, укреплению здоровья обучающихся. Кабинеты здоровья для школьников и родителей являются функциональной структурой и включают: медицинские кабинеты, методический кабинет, кабинет психолога, кабинет (уголок) самооценки здоровья организованы для получения обучающимися и родителями информации о здоровье детей, их образе жизни, самооценке здоровья, проведения медико-психологических консультаций, информировании медико-педагогических работников, обучающихся, волонтеров и родителей, инициаторами и организаторами проведения массовых спортивно-оздоровительных и их медицинского сопровождения [16].

Единое информационное пространство создает равные условия для всех участников формирования здоровья обучающихся, а именно — самих школьников, их семей, медико-психолого-педагогических сотрудников в получении информации о здоровье, здоровом образе жизни, о неблагоприятных и благоприятных факторах, формирующих здоровье, в том числе школьных, семейных, общеорганизационных и самоорганизации школьника, и способствует повышению знаний по этим вопросам. Это позволяет всем участникам процесса говорить на «одном языке» — одинаково понимать цель, содержание, подходы к оздоровлению. Используются телемедицинские технологии проведения совещаний и семинаров по сети в реальном времени с подключением всех школ участвующих в проекте, презентации тематического информирования по здоровому образу жизни, технологиях управления здоровьем, созданы базы данных презентаций, для проведения обучающимся, медикам, педагогам многопользовательских видеоконференций, вебинаров с учетом возраста, пола. Кроме того, каждое образовательное учреждение имеет обратную связь с центром. Специалистами центра осуществляется анализ поступающих вопросов и информации из школ, что помогает в планировании их деятельности.

На сайте Областного центра здоровья школьников сохраняются материалы конференций, семинаров, что помогает образовательным учреждениям использовать эти материалы для проработки отдельных вопросов непосредственно в своем учреждении с сотрудниками и обучающимися школы. Кроме того, на сайте Центра, содержатся информационно-методические материалы, нормативные документы департамента здравоохранения и образования, медицинских институтов, диспансеров, медико-психолого-педагогических центров.

Для проведения оздоровительных мероприятий в образовательных учреждениях проводится информирование родителей и получение их информированного согласия. Время проведения согласуется с расписанием занятий. Внедрение технологий профилактики определяется оздоровительной инфраструктурой учреждения, используются спортивные площадки в помещении и на улице, рекреации. Внедряются вариативные физкультурные программы.

Проводятся школьные, семейные спортивно-оздоровительные мероприятия, фестивали, соревнования, конкурсы, как непосредственно в школах, так и на областном и межрегиональном уровнях.

В каждой образовательной организации издается приказ, включающий цель и задачи создания единой профилактической среды, утверждается состав школьной команды с обозначением обязанностей членов команды с приоритетной направленностью на здоровьесбережение, с устранением кажущегося некоего конфликта интересов «учить» и «лечить». В каждой школе созданы волонтерские отряды, осуществляется их подготовка по вопросам формирования здоровья и здорового образа жизни. Волонтеры-школьники проводят утреннюю зарядку, физкультминутки на уроках, информационные уроки здоровья, участвуют в формировании у обучающихся мотивации к сохранению и укреплению здоровья.

В каждой образовательной организации издается приказ, включающий цель и задачи создания единой профилактической среды, утверждается состав школьной команды с обозначением обязанностей членов команды с приоритетной направленностью на здоровьесбережение, с устранением кажущегося некоего конфликта интересов «учить» и «лечить». В каждой школе созданы волонтерские отряды, осуществляется их подготовка по вопросам формирования здоровья и здорового образа жизни. Волонтеры-школьники проводят утреннюю зарядку, физкультминутки на уроках, информационные уроки здоровья, участвуют в формировании у обучающихся мотивации к сохранению и укреплению здоровья.

В подготовке волонтеров-школьников активно участвуют волонтеры-медики из числа студентов медицинской академии и аспиранты, молодые врачи-ординаторы ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н.Горюхова» Минздрава России. Любая информация обязательно включает мотивирование школьников на здоровый образ жизни, ответственности за свое здоровье и необходимость и возможность управления здоровьем. Сочетание активности, мотивации волонтеров, информационной готовности и коммуникативных умений позволяет повысить информированность школьников по вопросам управления своим здоровьем и повлиять на участие обучающихся в повышении уровня своего здоровья.

В результате внедрения единой профилактической среды в образовательных организациях улучшились показатели здоровья школьников: снизилось число часто болеющих детей среди школьников с 15% до 10%; улучшились показатели эмоционального состояния у 9,3% детей, памяти — у 18,4%; улучшились показатели физической подготовленности: силовых качеств — у 11,8% детей, скоростных качеств у 9% школьников; повысилась удовлетворенность у 94% родителей качеством медико-психолого-педагогического сопровождения. Информированность о формировании здоровья и здоровом образе жизни школьников повысилась у 100% учителей, родителей и учащихся, при этом мотивация к

сохранению и укреплению здоровья повысилась лишь у 62% родителей и у 70% детей.

Обсуждение

Создание модели единой профилактической среды в образовательном учреждении направлено на решение проблем межведомственного сотрудничества, формирование информационно — психологической, мотивационной готовности педагогов к сотрудничеству по оздоровлению школьников с рассмотрением здоровья школьников, как условия их успешности обучения, реализации интеллектуальных и физических потенциалов. В процессе формирования единой профилактической среды у обучающихся постоянно формируется мотивация к здоровому образу жизни, важным направлением которой является доказательство того, что «нездоровье» приводит к ограничениям функциональной и социальной деятельности: отклонению поведенческих реакций, двигательной активности,

выбора дополнительных занятий по интересу, в спортивных секциях. В более старшем возрасте — это ограничения в выборе профессии, службе в армии, деторождении. Кроме того, формируется информационная готовность к пониманию возможности управления своим здоровьем при здоровом образе жизни, создание ситуации успеха в оптимизации функциональной и социальной деятельности для осуществления принципа — «хочу быть здоровым» и «знаю, как быть здоровым». Однако не всегда повышение информированности о формировании здоровья и здоровом образе жизни приводит к повышению мотивации к сохранению и укреплению здоровья, как у детей, так и у их родителей. Это свидетельствует о том, что необходимо продолжать поиск эффективных форм работы с семьей, в том числе в условиях образовательных организаций, для достижения высокого уровня мотивационной готовности к ведению здорового образа жизни для сохранения и укрепления здоровья будущего поколения.

Большинство родителей считают, что здоровый образ жизни нужен только для детей, а сами они могут нарушать диету, не заниматься физическими упражнениями, иметь низкую физическую активность. Однако дети копируют поведение своих родителей и часто усилия, проводимые в школе, оказываются недостаточными. Важен собственный пример со стороны

родителей в ведении здорового образа жизни. Важной структурой региональной модели является центр здоровья школьников, позволяющий решить проблему разного понимания учащимися, преподавателями и родителями термина «здоровый образ жизни».

Заключение

Внедрение модели единой профилактической среды в школе позволяет оптимизировать состояние здоровья обучающихся, нормализовать их образ жизни, повлиять на мотивацию быть здоровым,

понять и принять, что «быть здоровым — здорово» и что они сами могут управлять своим здоровьем. Предложенная модель единой профилактической среды доказала эффективность здоровьесбережения детей в образовательной организации и может быть рекомендована к внедрению в других регионах России.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кучма В. Р., Рапопорт И. К., Сухарева Л. М., Скоблина Н. А., Седова А. С., Чубаровский В. В. и др. Здоровье детей и подростков в школьном онтогенезе как основа совершенствования системы медицинского обеспечения и санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(4):325—333. doi: 10.47470/0044-197x-2021-65-4-325-333.
2. Кучма В. Р. Научные Основы разработки и внедрения современных моделей охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2017;(3):19—29.
3. Денисов Л. А., Нехорошева Е. В. Практика нормоприменения в межсекторальном взаимодействии по профилактике неинфекционных заболеваний обучающихся. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(2):143—150.
4. Зорина И. Г., Макарова В. В., Кокшаров А. В., Емельянова Л. А. Ключевые аспекты и детерминанты формирования здоровья современных детей и подростков. *Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета*. 2020;(5):253—273.
5. Перекусихин М. В., Васильев В. В. Комплексная гигиеническая оценка внутришкольной среды общеобразовательных организаций. В сборнике: Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на уровне субъекта федерации. Материалы межрегиональной научно-практической интернет-конференции. Под редакцией А. Ю. Поповой, Н. В. Зайцевой. 2017:225—230.
6. Сазонова О. В., Мазур Л. И., Пыркова С. А., Гаврюшин М. Ю., Бережнова О. В. Значение санитарно-гигиенических факторов внутришкольной среды в формировании показателей здоровья обучающихся. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;(2):201—213.
7. Новикова И. И., Ерофеев Ю. В., Денисов А. В. Результаты комплексной гигиенической оценки здоровья школьников. *Здоровье населения и среда обитания*. 2018;(4):31—35. doi: 10.35627/2219—5238/2018-301-4-31-35.
8. Попов В. И., Настаушева Т. Л., Жданова О. А. Состояние здоровья и физическая активность детей в период обучения в школе. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(3):238—244.
9. Малышкина А. И., Филькина О. М., Воробьева Е. А., Румянцева Т. В. Региональная модель укрепления здоровья школьников. В кн: *Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы*. Монография: в 5 т. Москва; 2019.
10. Кучма В. Р. Формирование здорового образа жизни детей и единого профилактического пространства в образовательных организациях: проблемы и пути решения. *Гигиена и санитария*. 2015;(6):20—25.
11. Рапопорт И. К., Соколова С. Б., Чубаровский В. В. Заболеваемость школьников и проблемы создания профилактической среды в общеобразовательных организациях. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2014;(3):10—16.
12. Соколова Н. В. Роль отдельных факторов среды в формировании самооценки здоровья подростков. Материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Новой школе — здоровые дети». Изд-во «Научная книга» Воронеж. 2018:161—163.
13. Храмов П. И. Школьные проекты формирования единой профилактической среды на основе системной интеграции двигательной активности в образовательный процесс. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2016;(3):34—40.
14. Шарендо Я. М., Касперчик И. А., Сивакова С. П., Наумов И. А. Профилактическая стратегия по сохранению здоровья детей школьного возраста. *Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины*. 2020;(10):460—472.
15. Филькина О. М., Воробьева Е. А., Слабинская Т. В., Румянцева Т. В. Региональная модель укрепления здоровья школьни-

ков ивановской области. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2017;(1):22—26.

16. Филькина О. М., Воробьева Е. А., Малышкина А. И., Слабинская Т. В., Румянцева Т. В. Областной центр здоровья школьников: структура, функции, направления деятельности. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2018;(2):26—30.

REFERENCES

1. Kuchma V. R., Rapoport I. K., Suhareva L. M., Skoblina N. A., Sedova A. S., Chubarovskij V. V. i dr. The health of children and adolescents in school ontogenesis as the basis for improving the system of medical support and sanitary and epidemiological well-being of students. *Health Care of the Russian Federation. [Zdravooohranenie Rossijskoj federacii]*. 2021;65(4):325—333 (in Russian). doi: 10.47470/0044-197x-2021-65-4-325-333.
2. Kuchma V. R. Scientific Foundations for the development and implementation of modern models of health protection for students in educational institutions. *School and university medicine and health issues. [Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja]*. 2017:19—29 (in Russian).
3. Denisov L. A., Nehorosheva E. V. The practice of normative application in intersectoral cooperation on the prevention of non-communicable diseases of students. *Health Care of the Russian Federation. [Zdravooohranenie Rossijskoj federacii]*. 2021;65(2):143—150 (in Russian).
4. Zorina I. G., Makarova V. V., Koksharov A. V., Emel'janova L. A. Key aspects and determinants of the formation of the health of modern children and adolescents. *Bulletin of the South Ural State Humanitarian-Pedagogical University. [Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo gumanitarno-pedagogicheskogo universiteta]*. 2020;(5):253—273 (in Russian).
5. Perekusihin M. V., Vasil'ev V. V. Comprehensive hygienic assessment of the intra-school environment of educational organizations. *V sbornike: Aktual'nye voprosy obespechenija sanitarno-jepidemiologicheskogo blagopoluchija naselenija na urovne sub#ekta federacii. Materialy mezhhregional'noj nauchno-prakticheskoy internet-konferencii. Pod redakciej A.Ju. Popovoj, N. V. Zajcevoj*. 2017:225—230 (in Russian).
6. Sazonova O. V., Mazur L. I., Pyrkova S. A., Gavrjushin M. Ju., Berezhnova O. V. The importance of sanitary and hygienic factors of the intraschool environment in the formation of students' health indicators. *Modern Problems of Health Care and Medical Statistics. [Sovremennye problemy zdravooohranenija i medicinskoj statistiki]*. 2021;(2):201—213 (in Russian).
7. Novikova I. I., Erofeev Ju. V., Denisov A. V. The results of a comprehensive hygienic assessment of the health of schoolchildren. *Population health and the environment. [Zdorov'e naselenija i sreda obitanija]*. 2018;(4):31—35 (in Russian). doi: 10.35627/2219—5238/2018-301-4-31-35.
8. Popov V. I., Nastausheva T. L., Zhdanova O. A. The state of health and physical activity of children during the period of schooling. *Health Care of the Russian Federation. [Zdravooohranenie Rossijskoj federacii]*. 2021;65(3):238—244 (in Russian).
9. Malyshkina A. I., Fil'kina O. M., Vorob'eva E. A., Rumjanceva T. V. Regional model of promoting the health of schoolchildren. *V knige: Zdorov'e molodezhi: novye vyzovy i perspektivy. Monografija: v 5 t.* Moskva. 2019 (in Russian).
10. Kuchma V. R. Formation of a healthy lifestyle for children and a single preventive space in educational institutions: problems and solutions. *Hygiene and sanitation. [Gigiena i sanitarija]*. 2015;(6):20—25 (in Russian).
11. Rapoport I. K., Sokolova S. B., Chubarovskij V. V. The incidence of schoolchildren and the problems of creating a preventive environment in educational institutions. *School and university medicine and health issues. [Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja]*. 2014;(3):10—16 (in Russian).
12. Sokolova N. V. The role of individual environmental factors in the formation of adolescent health self-assessment. *Materialy V Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Novoj shkole — zdorovyje deti». Izd-vo «Nauchnaja kniga» Voronezh*. 2018:161—163 (in Russian).
13. Hramcov P. I. School projects for the formation of a unified preventive environment based on the system integration of physical activity in the educational process. *School and university medicine and health issues. [Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja]*. 2016;(3):34—40 (in Russian).
14. Sharendo Ja. M., Kasperchik I. A., Sivakova S. P., Naumov I. A. Preventive strategy for maintaining the health of school-age children. *Modern Problems of Hygiene, Radiation and Environmental Medicine. [Sovremennye problemy gigieny, radiacionnoj i jekologicheskoy mediciny]*. 2020;(10):460—472 (in Russian).
15. Fil'kina O. M., Vorob'eva E. A., Slabinskaja T. V., Rumjanceva T. V. Regional model of improving the health of schoolchildren in the Ivanovo region. *School and university medicine and health issues. [Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja]*. 2017;(1):22—26 (in Russian).
16. Fil'kina O. M., Vorob'eva E. A., Malyshkina A. I., Slabinskaja T. V., Rumjanceva T. V. Regional Center for Schoolchildren's Health: structure, functions, areas of activity. *School and university medicine and health issues. [Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja]*. 2018;(2):26—30 (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.09.2022; одобрена после рецензирования 21.12.2022, принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 30.09.2022; approved after reviewing 21.12.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.007

Анализ факторов риска здоровью детей и мониторинг закономерностей их физического развития как меры по улучшению показателей здоровья детского населения

Эльмира Нурисламовна Мингазова^{1✉}, Закия Муслимовна Мустафаева²,
Марина Михайловна Шегай³, Виктор Владимирович Валеев⁴, Рустем Наилевич Мингазов⁵

^{1,3–5}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени
Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Российская Федерация;

²Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А.Алиева, г. Баку,
Азербайджанская Республика

¹elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

²zackiyam@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4973-4262>

³info@nriph.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4054-1998>

⁴valeevvv@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1869-961X>

⁵mnrn85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

Аннотация. В статье рассмотрены факторы риска, влияющие на здоровье и развитие детей, а также представлены вопросы, посвященные мерам по улучшению показателей здоровья детского населения. Данные о состоянии здоровья детей в различных странах за последние годы говорят об ухудшении показателей состояния здоровья детского населения с тенденцией к увеличению числа детей с хроническими заболеваниями, функциональными отклонениями и нарушениями физического развития. В этой связи представляется неоспоримой актуальность изучения закономерностей физического развития детского организма, его региональных особенностей в ассоциации с социально-экономическими, демографическими, гигиеническими, климатическими и другими факторами. Физическое развитие детского организма оценивается с помощью основных морфометрических параметров. В научных исследованиях последних лет отмечаются негативные тенденции увеличения частоты дисгармоничности физического развития, что в свою очередь увеличивает риск развития как основных неинфекционных хронических заболеваний, так и любой другой патологии.

Ключевые слова: здоровье детей, детское население, факторы риска, мониторинг состояния здоровья, физическое развитие, стандарты, обзор.

Для цитирования: Мингазова Э. Н., Мустафаева З. М., Шегай М. М., Валеев В. В., Мингазов Р. Н. Анализ факторов риска здоровью детей и мониторинг закономерностей их физического развития как меры по улучшению показателей здоровья детского населения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 41–45. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.007.

Review article

Analysis of risk factors for children's health and monitoring of patterns of physical development as a measure to improve the health of the child population

Elmira N. Mingazova^{1*}, Zakiya M. Mustafaeva², Marina M. Shegai³, Viktor V. Valeev⁴, Rustem N. Mingazov⁵

^{1,3–5}FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation;

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation;

²Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Baku, Republic of Azerbaijan

¹elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

²zackiyam@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4973-4262>

³info@nriph.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4054-1998>

⁴valeevvv@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1869-961X>

⁵mnrn85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

Annotation. The article discusses the risk factors that affect the health and development of children, as well as presents questions on measures to improve the health of the child population. Data on the health status of children in various countries in recent years indicate a deterioration in the health status of the child population, with a trend towards an increase in the number of children with chronic diseases, functional abnormalities and physical development disorders. In this regard, the relevance of studying the patterns of the physical development of the child's body, its regional characteristics in association with socio-economic, demographic, hygienic, climatic and other factors seems undeniable. The physical development of the child's body is assessed using the main morphometric parameters. In recent years, scientific studies have noted negative trends in the increase in the frequency of disharmony of physical development, which in turn increases the risk of developing both major non-communicable chronic diseases and any other pathology.

Key words: children's health, child population, risk factors, health monitoring, physical development, standards, review.

For citation: Mingazova E. N., Mustafaeva Z. M., Shegai M. M., Valeev V. V., Mingazov R. N. Analysis of risk factors for children's health and monitoring of patterns of physical development as a measure to improve the health of the child population. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):41–45. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.007.

В настоящее время с ростом глобальных угроз для здоровья, роста и развития детей особую роль в педиатрической и социально-гигиенической практике играет анализ факторов риска состоянию здоровья и развития детей, закономерностей их физического развития, связанных с социально-экономическими, экологическими и климатическими факторами.¹

У детей и подростков здоровье, физические показатели, включая вес и рост, а также нейрокогнитивное и психомоторное развитие значительно зависят от среды и условий проживания, образа жизни, источника, количества и качества питания во взаимосвязи с возрастными, гендерными, социально-экономическими и индивидуально-психологическими характеристиками [1,2,3].

Одним из важных показателей, характеризующих состояние здоровья детского населения, является заболеваемость, именно его уровень, динамика и структура по основным классам болезней, имеет большое значение для планирования и организации профилактических и коррекционных мероприятий для организаторов здравоохранения.²

В последнее время данные о состоянии здоровья детей в различных странах говорят об ухудшении показателей состояния здоровья детского населения с тенденцией к увеличению числа детей с хроническими заболеваниями, функциональными отклонениями и нарушениями физического развития [4].³

В литературе последних десятилетий показана неоспоримая актуальность изучения закономерностей физического развития детского организма, его региональных особенностей в ассоциации с социально-экономическими, демографическими, гигиеническими, генетическими, эпигенетическими и климатическими факторами. В разных странах мира разрабатываются национальные стандарты физических показателей в дополнение к международным стандартам. При этом оценка физических показателей детей проводится с учетом факторов задержки роста, недостаточной массы тела, истощения, недое-

дания, образовательного и экономического статуса родителей и т. д. [5, 6, 7, 8].

Физическое развитие, которое характеризуется морфометрическими соматометрическими, физиометрическими показателями и данными функциональной активности, является значимым показателем состояния здоровья растущего организма. В 2006 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) провела анализ показателей роста детей, разработала и опубликовала единые международные стандарты для оценки физического роста, пищевого статуса и развития моторики у детей от момента рождения до возраста пяти лет, так называемые «Новые Нормы роста детей». Эти стандарты основаны на том, что дети независимо от того, в какой стране они проживают и к какой этнической группе принадлежат, на первых этапах жизни при благоприятных условиях имеют потенциал для своего развития в пределах одного и того же диапазона длины и массы тела. По мнению ВОЗ, причиной различных отклонений являются в большей степени факторы питания и окружающей среды, чем генетические и этнические причины. Разработанные ВОЗ стандарты роста детей и графики регистрации для использования в качестве международных стандартов представляют собой эталонные показатели роста и развития детей, независимо от страны проживания, этнической принадлежности и т. д. Данные стандарты предполагают, что при наличии соответствующих условий (некурящие родители, грудное вскармливание, здоровая пища и своевременная вакцинопрофилактика) развития на первых этапах жизни все дети имеют потенциальные возможности для здорового физического формирования и роста [9].⁴

В любом возрасте физическое развитие оценивается путем сравнения антропометрических данных со средними стандартными величинами для соответствующего возраста и пола. Для создания национальных стандартов или нормативов физического развития детей могут применяться различные методы: метод индексов, сигмальных отклонений, оценочные таблицы — шкалы регрессии, центильный метод и др. [7, 8].

Многими авторами выдвигается мысль о том, что нормативные таблицы, разработанные ВОЗ, являются достаточными для оценки физического развития детей. Другие авторы в многочисленных исследованиях доказывают, что необходима разработка своих стандартов в каждом регионе, учитывая особенности генетических, алиментарных и экологических факторов. Стандарты физического развития ВОЗ представляют собой эталон для развития здоровых детей даже при значимых различиях меж-

¹ Innovative approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. WHO. Geneva; 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250442/1/9789241511391-eng.pdf?ua=1>. Operational framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. EWEC, WHO. New York; 2016. Available from: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-operational-framework/en/>.

² Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. WHO. Geneva; 2016. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.

³ Every woman, every child, every adolescent: achievements and prospects. The final report of the independent expert review group on information and accountability for women's and children's health. WHO. Geneva; 2015. Available from: http://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/reports/2015/iERG2015-ExecutiveSummary-EN.pdf. Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. WHO. Geneva; 2016. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html.

⁴ WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development. WHO. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44026>.

ду ними и национальными стандартами роста и веса. ВОЗ рекомендует необходимость своевременного обновления нормативов каждые 15—20 лет, так как многими авторами доказана динамика физического развития детей, свидетельствующая об изменениях морфометрических характеристик в детской популяции [10].

Определение изменений показателей физического развития за определенный промежуток времени в различных возрастно-половых группах детей с учетом таких факторов, как время начала роста, возраст максимальной скорости роста, продолжительность и роль пубертатного периода в рост взрослого человека позволяет изучить возрастные закономерности роста и развития детского организма и разработать местные (национальные/региональные) возрастно-половые стандарты [11,12,13,14,15].

Физическое развитие детского организма оценивается с помощью основных морфометрических параметров: длины тела, массы тела и окружности головы и грудной клетки. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что масса и длина тела относятся к наиболее чувствительным показателям, характеризующим здоровье ребенка, и является результатом комплексного влияния генетических, гормональных, алиментарных, экологических факторов [16, 17].

В последних научных исследованиях отмечают негативные тенденции увеличения частоты дисгармоничности физического развития. Известно, что низкая масса тела при нормальном значении длины в 3—5 раза увеличивает риск развития хронических заболеваний, а высокая — в 2 раза увеличивает риск развития любой патологии. Выявлено, что часто болеющих детей в 3 раза больше среди школьников с отклонениями в массе тела, чем среди учащихся с нормальным физическим развитием [18, 19, 20, 21].

Известно, что укрепление здоровья детей зависит в значительной мере зависит от улучшения организации и повышения качества медицинской помощи, систематического наблюдения за здоровьем различных групп детей и проведения целенаправленной лечебно-оздоровительной работы в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях [22, 23, 24, 25, 26].

Оценка физического развития детей по полу и возрасту осуществляется чаще всего во время проведения профилактических медицинских осмотров, а также при обращении в детские амбулаторно-поликлинические учреждения по поводу болезни. Медицинскими работниками определяются особенности роста и развития, сформировавшиеся в условиях образа жизни и среды обитания каждого ребенка, выявляются отклонения при сравнении индивидуальных показателей со средним значением принятых стандартов от нормального уровня для данной группы и разрабатываются или назначаются мероприятия для профилактики и ликвидации нарушений в развитии. При этом наличие у ребенка отклонений в физическом развитии и биологическом со-

зревании является абсолютным показанием для постановки его на диспансерный учет [11,27,28].

Особое внимание специалистов по детскому здоровью привлекают вопросы социальных факторов, влияющих на здоровье детей, включая социально-экономическое неблагополучие. Социальные детерминанты здоровья являются идентифицируемыми первопричинами медицинских проблем детей, живущих в бедности, включая следующее: жестокое обращение с детьми, уход за детьми и их образование, финансовая поддержка семьи, физическое окружение, социальная поддержка семьи, насилие со стороны интимного партнера, материнская депрессия и психические заболевания в семье, злоупотребление психоактивными веществами в семье, воздействие огнестрельного оружия и грамотность родителей в отношении здоровья. Дети, особенно живущие в бедности, подвергшиеся неблагоприятному детскому опыту, подвержены токсическому стрессу и различным проблемам со здоровьем, включая задержку развития и заболеваемость. Представляют клинический интерес вопросы инструментария для скрининга социальных детерминант здоровья, разработка доступных ресурсов для решения этих проблем [29, 30, 31, 32, 33, 34].

Особый исследовательский интерес представляет проблематика скрининга неблагоприятного детского опыта в связи с нарушениями физического и психологического здоровья детей, хроническими проблемами со здоровьем, психическими заболеваниями и употреблением психоактивных веществ в подростковом и взрослом возрасте, трудностями в получении образования, трудоустройстве и дохода. Особо значение для здоровья детей имеют такие потенциально травматические события, происходящие в детстве (0—17 лет), как насилие, жестокое обращение или пренебрежение в семье, насилие в семье или в обществе, попытка члена семьи или смерть в результате самоубийства, в целом такие аспекты окружения ребенка, которые могут подорвать его чувство безопасности, стабильности и привязанности [28].

Такие факторы окружающей среды, как воздействие загрязнителей, химическое воздействие и социальные стрессоры также вносят свой вклад в нарушения детского здоровья и физического развития [20, 35, 36].

Таким образом, в настоящее время заболевания среди детей и лежащие в их основе факторы риска рассматриваются как серьезные проблемы общественного здравоохранения, угрожающие системам здравоохранения и социального обеспечения во всем мире.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Mistura M, Fetterly N, Rhodes RE, Tomlin D, Naylor PJ. Examining the efficacy of a 'feasible' nudge intervention to increase the purchase of vegetables by first year university students (17—19 years of age) in British Columbia: A pilot study. *Nutrients*. 2019;11. doi: 10.3390/nu11081786
2. Kriaucioniene V, Raskiliene A, Petrauskas D, Petkeviciene J. Trends in Eating Habits and Body Weight Status, Perception Patterns and Management Practices among First-Year Students of Kaunas (Lith-

- uania) Universities, 2000—2017. *Nutrients*. 2021;13. doi: 10.3390/nu13051599.
3. Valen EL, Engeset D, Øverby NC, Hillesund ER. StudentKost: a cross-sectional study assessing college students' diets: reason for concern? *Journal of Nutritional Science*. 2020;9. doi: 10.1017/jns.2020.33.
 4. Multicentre G. W. H. O. Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length. *Acta Paediatr*. 2006;95(S450):76. doi: 10.1111/j.1651—2227.2006.tb02378.x.
 5. Kim JH, Yun S, Hwang SS, et al. The 2017 Korean National Growth Charts for children and adolescents: development, improvement, and prospects. *Korean J Pediatr*. 2018;61(5):135—49.
 6. Hong SA, Mongkolchat A, Chompikul J, et al. Comparison of Prevalence of Nutritional Status of Thai Children in the First 2 Years of Life Using National and International Growth Charts. *J Med Assoc Thai*. 2016; 99(1):58—64.
 7. Yang Z, Duan Y, Ma G, X Yang X, Yin S. Comparison of the China growth charts with the WHO growth standards in assessing malnutrition of children. *BMJ*. 2015. doi:10.1136/bmjopen-2014-006107.
 8. Wang J-L, Ma J-Q, Xu M-Y, et al. Comparison of the effects of different growth standards on infants in Urban Shanghai: a cluster-randomized controlled trial. *Chinese Medical Journal*. 2019;132(1).
 9. Local Burden of Disease Child Growth Failure Collaborators. Mapping child growth failure across low- and middle-income countries. *Nature*. 2020;577(7789):231—234. doi: 10.1038/s41586-019-1878-8.
 10. Flynn J, Alkaff FF, Sukmajaya WP, Salamah S. Comparison of WHO growth standard and national Indonesian growth reference in determining prevalence and determinants of stunting and underweight in children under five: a cross-sectional study from Musi sub-district. *F1000Research*. 2020;9:324. doi: 10.12688/f1000research.23156.3.
 11. Cole TJ. Optimal design for longitudinal studies to estimate pubertal height growth in individuals. *Ann Hum Biol*. 2018 Jun;45(4):314—320. doi: 10.1080/03014460.2018.1453948.
 12. Sanders JO, Qiu X, Lu X, et al. The Uniform Pattern of Growth and Skeletal Maturation during the Human Adolescent Growth Spurt. *Sci Rep*. 2017;7:16705. doi: 10.1038/s41598-017-16996-w.
 13. Huang T, Shu Y, Cai Y-D. Genetic differences among ethnic groups. *BMC Genomics*. 2015;16:1093. doi: 10.1186/s12864-015-2328-0.
 14. Abdallah KE, Calzone KA, Jenkins JF, et al. A Comparison of Physicians' and Nurse Practitioners' Use of Race in Clinical Decision-Making. *Ethn Dis*. 2019;29(1):1—8. doi: 10.18865/ed.29.1.1.
 15. Simpkin AJ, Sayers A, Gilthorpe MS, Heron J, Tilling K. Modelling height in adolescence: a comparison of methods for estimating the age at peak height velocity. *Ann Hum Biol*. 2017 Dec;44(8):715—722. doi: 10.1080/03014460.2017.1391877
 16. Rieger M, Trommlerová S-K, Ban R, Jeffers K, Hutmacher M. Temporal stability of child growth associations in Demographic and Health Surveys in 25 countries. *SSM — Population Health*. 2019;7:100352. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100352.
 17. Berhe K, Seid O, Gebremariam Y, Berhe A, Etsay N. Risk factors of stunting (chronic undernutrition) of children aged 6 to 24 months in Mekelle City, Tigray Region, North Ethiopia: An unmatched case-control study. *PLoS One*. 2019;14(6). doi: 10.1371/journal.pone.0217736.
 18. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128—9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390:2627—2642. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129—3.
 19. Ruiz LD, Zuelch ML, Dimitratos SM, Scherr RE. Adolescent Obesity: Diet Quality, Psychosocial Health, and Cardiometabolic Risk Factors. *Nutrients*. 2020;12. doi: 10.3390/nu12010043.
 20. Gillera SEA, Marinello WP, Nelson MA, Horman BM, Patisaul HB. Individual and Combined Effects of Paternal Deprivation and Developmental Exposure to Firemaster 550 on Socio-Emotional Behavior in Prairie Voles. *Toxics*. 2022 May 22;10(5):268. doi: 10.3390/toxics10050268.
 21. Higginbotham K, Davis Crutcher T, Karp SM. Screening for Social Determinants of Health at Well-Child Appointments: A Quality Improvement Project. *Nurs Clin North Am*. 2019 Mar;54(1):141—148. doi: 10.1016/j.cnur.2018.10.009.
 22. Coker T, Sareen H, Chung P, Kennedy D, Weidmer B, Schuster M. (Improving Access to and Utilization of Adolescent Preventive Health Care: The Perspectives of Adolescents and Parents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2010;47:133—42. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.01.005.
 23. Ryan M, Allriott O, Ikeda E, Luan J, Hofmann R, van Sluijs E. Features of effective staff training programmes within school-based interventions targeting student activity behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2022 Sep 24;19(1):125. doi: 10.1186/s12966-022-01361-6.
 24. Xu T, Tomokawa S, Gregorio ER Jr, Mannava P, Nagai M, Sobel H. School-based interventions to promote adolescent health: A systematic review in low- and middle-income countries of WHO Western Pacific Region. *PLoS One*. 2020 Mar 5;15(3):e0230046. doi: 10.1371/journal.pone.0230046.
 25. Davis VJ. What the paediatrician should know about paediatric and adolescent gynecology: The perspective of a gynecologist. *Paediatr Child Health*. 2003;8(8):491—495. doi: 10.1093/pch/8.8.491.
 26. Dadaczynski K, Hering T. Health Promoting Schools in Germany. Mapping the Implementation of Holistic Strategies to Tackle NCDs and Promote Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 5;18(5):2623. doi: 10.3390/ijerph18052623.
 27. Morgenlander MA, Tyrrell H, Garfunkel LC, Serwint JR, Steiner MJ, Schilling S. Screening for Social Determinants of Health in Pediatric Resident Continuity Clinic. *Acad Pediatr*. 2019 Nov-Dec;19(8):868—874. doi: 10.1016/j.acap.2019.02.008.
 28. Cibralic S, Alam M, Mendoza Diaz A, et al. Utility of screening for adverse childhood experiences (ACE) in children and young people attending clinical and healthcare settings: a systematic review. *BMJ Open*. 2022 Aug 25;12(8):e060395. doi: 10.1136/bmjopen-2021-060395.
 29. Chung EK, Siegel BS, Garg A, Conroy K, et al. Screening for Social Determinants of Health Among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016 May;46(5):135—53. doi: 10.1016/j.cppeds.2016.02.004.
 30. Lane WG, Dubowitz H. Social determinants of health, personalized medicine, and child maltreatment. *Pediatr Res*. 2021 Jan;89(2):368—376. doi: 10.1038/s41390-020-01290-9.
 31. Hunter AA, Flores G. Social determinants of health and child maltreatment: a systematic review. *Pediatr Res*. 2021 Jan;89(2):269—274. doi: 10.1038/s41390-020-01175-x.
 32. Davey B, Sinha R, Lee JH, Gauthier M, Flores G. Social determinants of health and outcomes for children and adults with congenital heart disease: a systematic review. *Pediatr Res*. 2021 Jan;89(2):275—294. doi: 10.1038/s41390-020-01196-6.
 33. Safford MM, Reshetnyak E, Sterling MR, Richman JS, Muntner PM, Durant RW, Booth J, Pinheiro LC. Number of Social Determinants of Health and Fatal and Nonfatal Incident Coronary Heart Disease in the REGARDS Study. *Circulation*. 2021 Jan 19;143(3):244—253. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048026.
 34. Eder M, Henninger M, Durbin S, Iacocca MO, Martin A, Gottlieb LM, Lin JS. Screening and Interventions for Social Risk Factors: Technical Brief to Support the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2021 Oct 12;326(14):1416—1428. doi: 10.1001/jama.2021.12825.
 35. Beavis AL, Sanneh A, Stone RL, Vitale M, Levinson K, Rositch AF, Fader AN, Topel K, Abing A, Wethington SL. Basic social resource needs screening in the gynecologic oncology clinic: a quality improvement initiative. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Nov;223(5):735.e1-735.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.028.
 36. Barnard LR, Wexler DJ, DeWalt D, Berkowitz SA. Material need support interventions for diabetes prevention and control: a systematic review. *Curr Diab Rep*. 2015 Feb;15(2):574. doi: 10.1007/s11892-014-0574-1.

REFERENCES

1. Mistura M, Fetterly N, Rhodes RE, Tomlin D, Naylor PJ. Examining the efficacy of a 'feasible' nudge intervention to increase the purchase of vegetables by first year university students (17—19 years of age) in British Columbia: A pilot study. *Nutrients*. 2019;11. doi: 10.3390/nu11081786
2. Kriaucioniene V, Raskiliene A, Petrauskas D, Petkeviciene J. Trends in Eating Habits and Body Weight Status, Perception Patterns and Management Practices among First-Year Students of Kaunas (Lithuania) Universities, 2000—2017. *Nutrients*. 2021;13. doi: 10.3390/nu13051599.
3. Valen EL, Engeset D, Øverby NC, Hillesund ER. StudentKost: a cross-sectional study assessing college students' diets: reason for concern? *Journal of Nutritional Science*. 2020;9. doi: 10.1017/jns.2020.33.
4. Multicentre G. W. H. O. Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length. *Acta Paediatr*. 2006;95(S450):76. doi: 10.1111/j.1651—2227.2006.tb02378.x.

5. Kim JH, Yun S, Hwang SS, et al. The 2017 Korean National Growth Charts for children and adolescents: development, improvement, and prospects. *Korean J Pediatr.* 2018;61(5):135—49.
6. Hong SA, Mongkolchati A, Chompikul J, et al. Comparison of Prevalence of Nutritional Status of Thai Children in the First 2 Years of Life Using National and International Growth Charts. *J Med Assoc Thai.* 2016; 99(1):58—64.
7. Yang Z, Duan Y, Ma G, X Yang X, Yin S. Comparison of the China growth charts with the WHO growth standards in assessing malnutrition of children. *BMJ.* 2015. doi:10.1136/bmjopen-2014-006107.
8. Wang J-L, Ma J-Q, Xu M-Y, et al. Comparison of the effects of different growth standards on infants in Urban Shanghai: a cluster-randomized controlled trial. *Chinese Medical Journal.* 2019;132(1).
9. Local Burden of Disease Child Growth Failure Collaborators. Mapping child growth failure across low- and middle-income countries. *Nature.* 2020;577(7789):231—234. doi: 10.1038/s41586-019-1878-8.
10. Flynn J, Alkaff FF, Sukmajaya WP, Salamah S. Comparison of WHO growth standard and national Indonesian growth reference in determining prevalence and determinants of stunting and underweight in children under five: a cross-sectional study from Musi sub-district. *F1000Research.* 2020;9:324. doi: 10.12688/f1000research.23156.3.
11. Cole TJ. Optimal design for longitudinal studies to estimate pubertal height growth in individuals. *Ann Hum Biol.* 2018 Jun;45(4):314—320. doi: 10.1080/03014460.2018.1453948.
12. Sanders JO, Qiu X, Lu X, et al. The Uniform Pattern of Growth and Skeletal Maturation during the Human Adolescent Growth Spurt. *Sci Rep.* 2017;7:16705. doi: 10.1038/s41598-017-16996-w.
13. Huang T, Shu Y, Cai Y-D. Genetic differences among ethnic groups. *BMC Genomics.* 2015;16:1093. doi: 10.1186/s12864-015-2328-0.
14. Abdallah KE, Calzone KA, Jenkins JF., et al. A Comparison of Physicians' and Nurse Practitioners' Use of Race in Clinical Decision-Making. *Ethn Dis.* 2019;29(1):1—8. doi: 10.18865/ed.29.1.1.
15. Simpkin AJ, Sayers A, Gilthorpe MS, Heron J, Tilling K. Modelling height in adolescence: a comparison of methods for estimating the age at peak height velocity. *Ann Hum Biol.* 2017 Dec;44(8):715—722. doi: 10.1080/03014460.2017.1391877
16. Rieger M, Trommlerová S-K, Ban R, Jeffers K, Hutmacher M. Temporal stability of child growth associations in Demographic and Health Surveys in 25 countries. *SSM — Population Health.* 2019;7:100352. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100352.
17. Berhe K, Seid O, Gebremariam Y, Berhe A, Etsay N. Risk factors of stunting (chronic undernutrition) of children aged 6 to 24 months in Mekelle City, Tigray Region, North Ethiopia: An unmatched case-control study. *PLoS One.* 2019;14(6). doi: 10.1371/journal.pone.0217736.
18. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128—9 million children, adolescents, and adults. *Lancet.* 2017;390:2627—2642. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129—3.
19. Ruiz LD, Zuelch ML, Dimitratos SM, Scherr RE. Adolescent Obesity: Diet Quality, Psychosocial Health, and Cardiometabolic Risk Factors. *Nutrients.* 2020;12. doi: 10.3390/nu12010043.
20. Gillera SEA, Marinello WP, Nelson MA, Horman BM, Patisaul HB. Individual and Combined Effects of Paternal Deprivation and Developmental Exposure to Firemaster 550 on Socio-Emotional Behavior in Prairie Voles. *Toxics.* 2022 May 22;10(5):268. doi: 10.3390/toxics10050268.
21. Higginbotham K, Davis Crutcher T, Karp SM. Screening for Social Determinants of Health at Well-Child Appointments: A Quality Improvement Project. *Nurs Clin North Am.* 2019 Mar;54(1):141—148. doi: 10.1016/j.cnur.2018.10.009.
22. Coker T, Sareen H, Chung P, Kennedy D, Weidmer B, Schuster M. (Improving Access to and Utilization of Adolescent Preventive Health Care: The Perspectives of Adolescents and Parents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine.* 2010;47:133—42. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.01.005.
23. Ryan M, Alliot O, Ikeda E, Luan J, Hofmann R, van Sluijs E. Features of effective staff training programmes within school-based interventions targeting student activity behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2022 Sep 24;19(1):125. doi: 10.1186/s12966-022-01361-6.
24. Xu T, Tomokawa S, Gregorio ER Jr, Mannava P, Nagai M, Sobel H. School-based interventions to promote adolescent health: A systematic review in low- and middle-income countries of WHO Western Pacific Region. *PLoS One.* 2020 Mar 5;15(3):e0230046. doi: 10.1371/journal.pone.0230046.
25. Davis VJ. What the paediatrician should know about paediatric and adolescent gynecology: The perspective of a gynecologist. *Paediatr. Child Health.* 2003;8(8):491—495. doi: 10.1093/pch/8.8.491.
26. Dadaczynski K, Hering T. Health Promoting Schools in Germany. Mapping the Implementation of Holistic Strategies to Tackle NCDs and Promote Health. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 5;18(5):2623. doi: 10.3390/ijerph18052623.
27. Morgenlander MA, Tyrrell H, Garfunkel LC, Serwint JR, Steiner MJ, Schilling S. Screening for Social Determinants of Health in Pediatric Resident Continuity Clinic. *Acad Pediatr.* 2019 Nov-Dec;19(8):868—874. doi: 10.1016/j.acap.2019.02.008.
28. Cibralic S, Alam M, Mendoza Diaz A, et al. Utility of screening for adverse childhood experiences (ACE) in children and young people attending clinical and healthcare settings: a systematic review. *BMJ Open.* 2022 Aug 25;12(8):e060395. doi: 10.1136/bmjopen-2021-060395.
29. Chung EK, Siegel BS, Garg A, Conroy K, et al. Screening for Social Determinants of Health Among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2016 May;46(5):135—53. doi: 10.1016/j.cped.2016.02.004.
30. Lane WG, Dubowitz H. Social determinants of health, personalized medicine, and child maltreatment. *Pediatr Res.* 2021 Jan;89(2):368—376. doi: 10.1038/s41390-020-01290-9.
31. Hunter AA, Flores G. Social determinants of health and child maltreatment: a systematic review. *Pediatr Res.* 2021 Jan;89(2):269—274. doi: 10.1038/s41390-020-01175-x.
32. Davey B, Sinha R, Lee JH, Gauthier M, Flores G. Social determinants of health and outcomes for children and adults with congenital heart disease: a systematic review. *Pediatr Res.* 2021 Jan;89(2):275—294. doi: 10.1038/s41390-020-01196-6.
33. Safford MM, Reshetnyak E, Sterling MR, Richman JS, Muntner PM, Durant RW, Booth J, Pinheiro LC. Number of Social Determinants of Health and Fatal and Nonfatal Incident Coronary Heart Disease in the REGARDS Study. *Circulation.* 2021 Jan 19;143(3):244—253. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048026.
34. Eder M, Henninger M, Durbin S, Iacocca MO, Martin A, Gottlieb LM, Lin JS. Screening and Interventions for Social Risk Factors: Technical Brief to Support the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2021 Oct 12;326(14):1416—1428. doi: 10.1001/jama.2021.12825.
35. Beavis AL, Sanneh A, Stone RL, Vitale M, Levinson K, Rositch AF, Fader AN, Topel K, Abing A, Wethington SL. Basic social resource needs screening in the gynecologic oncology clinic: a quality improvement initiative. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Nov;223(5):735.e1-735.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.028.
36. Barnard LS, Wexler DJ, DeWalt D, Berkowitz SA. Material need support interventions for diabetes prevention and control: a systematic review. *Curr Diab Rep.* 2015 Feb;15(2):574. doi: 10.1007/s11892-014-0574-1.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 21.10.2022; одобрена после рецензирования 21.12.2022; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 21.10.2022; approved after reviewing 21.12.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.008

Аналитическая модель принятия решений по необходимому финансированию лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний

Илья Александрович Комаров

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

iliya_komarov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1518-184X>

Аннотация. В последние годы для ряда жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, полномочия по лекарственному обеспечению пациентов были переданы с регионального уровня на федеральный. К наиболее дорогостоящим заболеваниям, которые «остались» на уровне регионов, относятся пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса), другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Ниманна-Пика, а также легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная). Для того, чтобы оценить влияние на бюджет данных заболеваний и, как следствие, возможность федерализации соответствующего лекарственного обеспечения, разработана аналитическая модель принятия решений, которая позволяет в режиме реального времени рассчитать, сколько потребуются средств в федеральном бюджете в зависимости от количества пациентов, стоимости лекарственной терапии и доли популяции пациентов, получающих то или иное лечение в зависимости от течения заболевания. Кроме того, разработанная модель позволит оценить на региональном уровне необходимые затраты на лекарственное обеспечение при данных заболеваниях, если данное полномочие останется на уровне субъектов РФ.

Ключевые слова: редкие болезни, орфанные лекарственные препараты, лекарственное обеспечение, здравоохранение, финансирование, федерализация, бюджет, регионы РФ, аналитическая модель принятия решений.

Для цитирования: Комаров И. А. Аналитическая модель принятия решений по необходимому финансированию лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 46—52. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.008.

Original article

Analytical decision-making model regarding the possible transfer of funding for several rare diseases

Ilya A. Komarov

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

iliya_komarov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1518-184X>

Annotation. In recent years, for a number of life-threatening and chronic progressive rare (orphan) diseases, leading to a reduction in life expectancy of citizens or their disability, the powers to provide patients with drugs have been transferred from the regional level to the federal one. The most expensive diseases that have consistently formed the main financial burden for regional budgets since the creation of the List of the Government of the Russian Federation include paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Marchiafava-Mikeli), idiopathic thrombocytopenic purpura (Evans syndrome), other sphingolipidoses: Fabry disease (Fabry-Anderson), Niemann-Pick, as well as pulmonary (arterial) hypertension (idiopathic) (primary). In order to assess the impact on the budget of these diseases, an analytical decision-making model was developed that allows real-time calculation of how much federal budget funds will be required depending on the number of patients, the cost of drug therapy and the proportion of the patient population receiving a particular treatment, depending on the course of the disease. In addition, the developed model will make it possible to estimate at the regional level the necessary costs for drug provision for these diseases, if this authority remains at the level of the constituent entities of the Russian Federation.

Key words: rare diseases, orphan drugs, drug maintenance, healthcare, financing, federalization, budget, regions of the Russian Federation, analytical decision-making model.

For citation: Komarov I. A. Analytical decision-making model regarding the possible transfer of funding for several rare diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):45–52. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.008.

Введение

В последние годы для ряда жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности,

полномочия по лекарственному обеспечению пациентов были переданы с регионального уровня на федеральный [1—6]. Так, с 2019 года Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 ноября 2018 № 1390 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации

по вопросам совершенствования лекарственного обеспечения»¹ из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, 5 заболеваний (гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом и мукополисахаридозы I, II и VI типов) были добавлены в перечень «высокозатратных нозологий». В свою очередь, с 1 января 2020 г. в перечень «высокозатратных нозологий» этим же путем были включены также такие заболевания как апластическая анемия неуточненная и наследственные дефициты факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)².

Среди заболеваний, лекарственное обеспечение которых осталось на уровне субъектов Российской Федерации (РФ), к наиболее дорогостоящим относятся пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса), другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Ниманна-Пика, а также легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная). Для того, чтобы оценить влияние на бюджет данных заболеваний, разработана аналитическая модель принятия решений, которая позволяет в режиме реального времени рассчитать, сколько потребуется средств в федеральном бюджете в зависимости от количества пациентов, стоимости лекарственной терапии и доли популяции пациентов, получающих то или иное лечение в зависимости от течения заболевания. Использование данной модели позволяет оценить возможность передачи отмеченных болезней на федеральное финансирование в области лекарственного обеспечения. Кроме того, разработанная модель позволит оценить на региональном уровне необходимые затраты на лекарственное обеспечение при данных заболеваниях, если данное полномочие останется на уровне субъектов РФ.

Материалы и методы

В январе 2020 года для изучения и анализа реальной ситуации и динамики основных показателей доступности медицинской помощи и лекарст-

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 г. № 1390 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам совершенствования лекарственного обеспечения». Доступно по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72008856/>. Ссылка активна на 28.11.2021. [Decree of the Government of the Russian Federation N 1390 of November 20, 2018 «On amendments to certain acts of the Government of the Russian Federation on the issues of drug provision improvement». Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72008856/>. Accessed on 28.11.2021 (in Russian).]

² Федеральный закон от 27.12.2019 N 452-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступно по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_341765/. Ссылка активна на 28.11.2021. [Federal Law N 452 of December 27, 2019 «On amendments to Federal Law «On the basic principles of public health care of citizens in the Russian Federation». Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_341765/. Accessed on 28.11.2021 (in Russian).]

венного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями в регионах РФ по инициативе Экспертного совета Комитета Государственной Думы по охране здоровья по редким (орфанным) заболеваниям председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д. А. Морозовым был организован запрос (от 13.01.2020 № 3.4—13/10) в адрес глав субъектов РФ с просьбой направить в Государственную Думу РФ информацию по проблеме в формате предлагаемых стандартизированных таблиц [7]. В качестве материалов исследования использованы данные, предоставленные регионами РФ в ответ на специально разработанные стандартизированные таблицы, отправленные в субъекты РФ Экспертным Советом Комитета Государственной думы.

Сведения о количестве пациентов, распределении между лекарственной терапией были получены на основании проведенного опроса среди субъектов РФ. При этом данные параметры сделаны в модели переменными, т. е. в случае изменения исходных значений, новые вводные данные в режиме реального времени могут быть подставлены в модель, которая автоматически проведет расчеты и будут получены обновленные актуальные результаты. Аналитическая модель принятия решений называется «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний». Модель разработана при помощи программы Microsoft® Excel® для Microsoft 365 MSO (16.0.13127.21694), 32-разрядная версия.

В настоящей модели были использованы следующие математические формулы для расчета экономического бремени ряда редких заболеваний из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

Оценка стоимости на 1 ребенка в год с учетом дозировок и инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата производилась по формуле 1:

$$\text{Cost}_{\text{дет}} = \text{Price} * \text{Drug}_{\text{дет}}, \quad (1)$$

где $\text{Cost}_{\text{дет}}$ — стоимость на 1 ребенка в год с учетом дозировок и инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата; Price — цена на лекарственный препарат (руб., без НДС); $\text{Drug}_{\text{дет}}$ — необходимое одному ребенку количество лекарственного препарата в год (уп.).

Оценка стоимости на 1 взрослого в год с учетом дозировок и инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата производилась по формуле 2:

$$\text{Cost}_{\text{взр}} = \text{Price} * \text{Drug}_{\text{взр}}, \quad (2)$$

где $\text{Cost}_{\text{взр}}$ — стоимость на 1 взрослого в год с учетом дозировок и инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата; $\text{Drug}_{\text{взр}}$ — необходимое одному взрослому количеству лекарственного препарата в год (уп.).

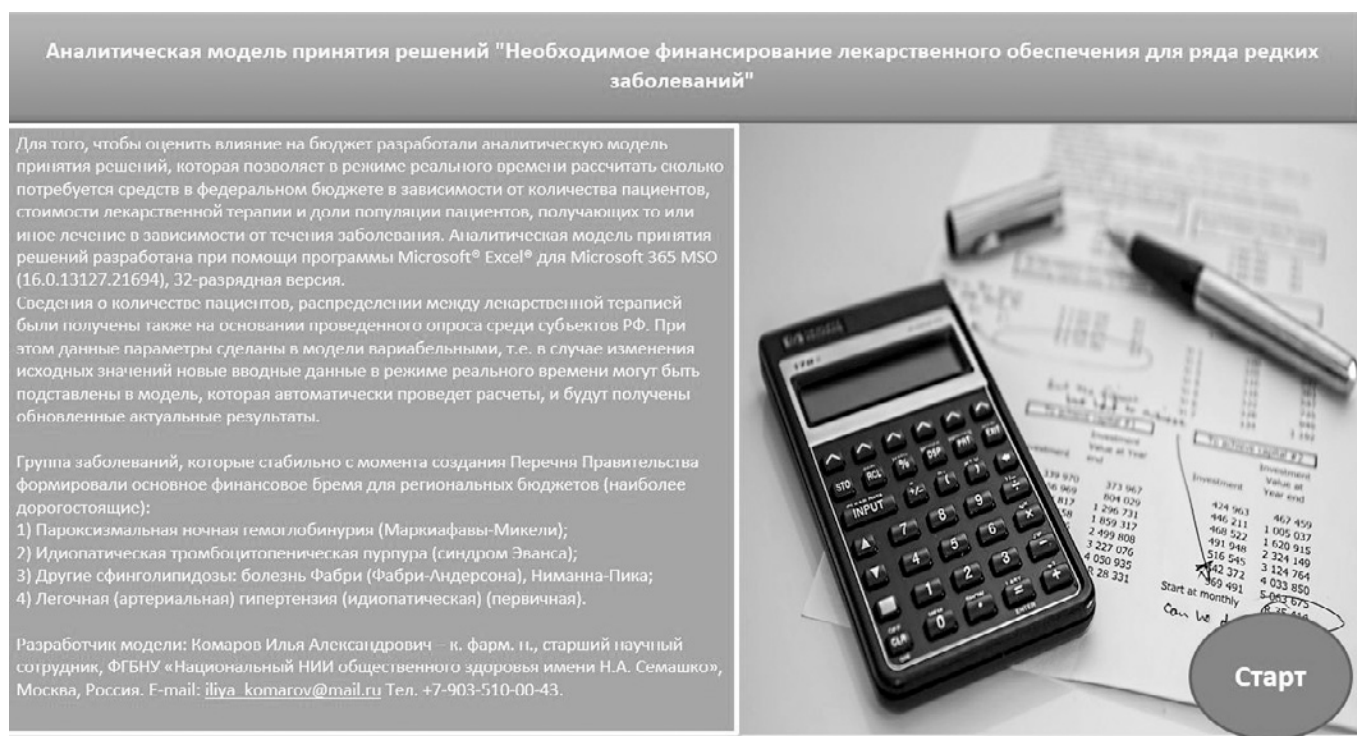


Рис. 1. Стартовая страница аналитической модели принятия решений «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний».

Расчет необходимого финансирования на всех детей с изучаемыми заболеваниями в регистре производился во формуле 3:

$$Fin_{дет} = N_{дет} * Cost_{дет} * Share_{дет}, \quad (3)$$

где $Fin_{дет}$ — необходимое финансирование на всех детей с изучаемыми заболеваниями в регистре, руб.; $N_{дет}$ — количество детей; $Share_{дет}$ — доля детской популяции, которой показана данная лекарственная терапия, %.

Расчет необходимого финансирования на всех взрослых с изучаемыми заболеваниями в регистре производился во формуле 4:

$$Fin_{взр} = N_{взр} * Cost_{взр} * Share_{взр}, \quad (4)$$

где $Fin_{взр}$ — необходимое финансирование на всех взрослых с изучаемыми заболеваниями в регистре, руб.; $N_{взр}$ — количество взрослых; $Share_{взр}$ — доля взрослой популяции, которой показана данная лекарственная терапия, %.

Расчет необходимого финансирования на всех пациентов с изучаемыми заболеваниями в регистре производился во формуле 5:

$$Fin_{итого} = Fin_{дет} + Fin_{взр}, \quad (5)$$

где $Fin_{итого}$ — необходимое финансирование на всех пациентов с изучаемыми заболеваниями в регистре, руб.

Расчет необходимого финансирования на всех пациентов с изучаемыми заболеваниями в регистре на заданный временной интервал производился во формуле 6:

$$Fin_{врем} = Fin_{итого} * Y, \quad (6)$$

где $Fin_{врем}$ — необходимое финансирование на всех пациентов с изучаемыми заболеваниями в регистре

на заданный временной интервал, руб.; Y — количество лет, на которое производится расчет.

Результаты

На рисунке 1 представлена стартовая страница аналитической модели принятия решений, на которой содержится в кратком виде основная информация о цели разработки данного инструмента, редких заболеваниях из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, которые изучаются в модели, сведения о разработчике и контактная информация.

После нажатия на кнопку «Старт», расположенную в правом нижнем углу, пользователь попадает на лист с описанием модели (Рисунок 2).

На данной странице представлена основная информация о том, как пользоваться моделью. Для удобства пользователя ячейки с возможностью ввода новых данных выделены желтым цветом. Навигационная панель, позволяющая в одно нажатие переходить между разными листами модели, расположена в верхней части каждого рабочего листа, за исключением титульного. При этом выбранный лист выделяется в данной панели цветом, позволяющим различить его среди других.

Основной рабочий лист модели — «Вводные данные». На нем содержится большое количество переменных значений, куда пользователь может внести собственные параметры (Рисунок 3).

Изначально в модели указаны данные, собранные с субъектов РФ в ходе проведения депутатского запроса [7]. При этом в случае изменения исходных



Рис. 2. Страница с описанием аналитической модели принятия решений «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний».

параметров или наличия у пользователя более актуальных данных, а также в случае расчета прогнозных значений возможен ввод в ячейки, выделенные желтым цветом, собственных цифровых значений. Модель при этом учитывает введенные данные в режиме реального времени и сразу использует их в расчетах.

Таким образом, пользователь модели может скорректировать такие параметры, как количество детей и взрослых, страдающих изучаемыми заболеваниями, изменить долю детской и взрослой популяции, получающих представленные в модели лекарственные препараты для лечения этих болезней. Кроме того, в случае изменения стоимости лекарственных препаратов, соответствующие значения также подлежат корректировке. Наконец, количество упаковок в год, которые необходимы для лечения данными лекарственными препаратами одного ре-

бенка или одного взрослого пациента также представлены на данном листе модели и подобно только что упомянутым параметрам, могут быть изменены.

В зависимости от введенных значений на данном листе, аналитическая модель принятия решений автоматически производит расчёты по заданным формулам, в результате чего получаются значения данных вычислений, представленные на следующей листе — «Результаты» (Рисунок 4).

В качестве результатов, полученных на основании введенных параметров на предыдущем листе, в модели содержатся такие значения как стоимость на одного ребенка и одного взрослого в год с учетом дозировок лекарственных препаратов для лечения изучаемых редких заболеваний из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их

Вводные данные								
	Количество детей		Количество взрослых		Лекарственная терапия			
	Количество	%	Количество	%	Стоимость (без НДС), руб./уп.			
					дети	взрослые	дети	взрослые
D59.5 Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)	8	404	Экулизумаб (Солирис)	50%	50%	331 011,79	52	83
			Экулизумаб (Элизария)	50%	50%	248 258,84	52	80
D69.3 Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	925	3492	Элтромбопаг	40%	50%	95 457,70	13	13
			Ромиплостим	60%	50%	34 258,00	52	52
E75.2 Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона)	31	76	Агалсидаза альфа	70%	70%	106 963,80	74	120
			Агалсидаза бета	30%	30%	184 966,71	26	52
E75.2 Другие сфинголипидозы: болезнь Нимана-Пика	12	25	Миглустат (Завеска)	100%	100%	275 510,23	20	26

Рис. 3. Фрагмент листа «Вводные данные» аналитической модели принятия решений «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний».

Результаты						
Описание	Вводные данные	Результаты		Выводы		Итого, руб.
Заболевание	Лекарственные препараты	Стоимость на 1 пациента в год с учетом дозировок инструкции по применению, руб.		Необходимое финансирование на всех пациентов в регистре, руб.		
		Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	
D59.5 Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркизафы Микели)	Экулизумаб (Солирис)	17 212 613	27 473 979	68 850 452	5 549 743 671	9 682 094 817
	Экулизумаб (Элизария)	12 909 460	19 860 707	51 637 839	4 011 862 854	
D69.3 Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	Элтромболаг	1 240 950	1 240 950	459 151 537	2 166 698 875	6 724 888 628
	Ромиплостим	1 781 416	1 781 416	988 685 880	3 110 352 336	
E75.2 Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона)	Агалсидаза альфа	7 915 321	12 835 656	1 71 762 470	682 856 899	1 118 640 851
	Агалсидаза бета	4 809 134	9 618 269	44 724 950	219 296 531	
E75.2 Другие сфинголипидозы: болезнь Нимана-Пика	Милгустат (Завеска)	5 510 205	7 163 266	66 122 455	179 081 650	245 204 105

Рис. 4. Фрагмент листа «Результаты» аналитической модели принятия решений «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний».

инвалидности, и инструкций по медицинскому применению. Кроме того, в результате расчетов получены значения необходимого финансирования на всех пациентов в регистре с разделением на детей и взрослых.

На последнем листе модели, который называется «Выводы», представлены итоговые значения необходимого бюджета на лекарственное обеспечение указанной популяции пациентов для каждого из 4 изучаемых редких заболеваний. При этом важно отметить, что болезнь Фабри (Фабри-Андерсона) и болезнь Нимана-Пика указаны в Перечне жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, как одна болезнь. Таким образом, в случае решения о возможной передаче ее на феде-

ральный уровень, бюджет будет рассчитываться в целом для группы «E75.2 Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), болезнь Нимана-Пика», что и было учтено в разработанной аналитической модели принятия решений на листе «Выводы».

При этом для лиц, принимающих решения, важно понимать необходимое распределение бюджета не только на период в один год, но и иметь представление о долгосрочном планировании как необходимой составляющей в финансировании. С этой целью в модели введена функция, позволяющая при помощи встроенной полосы прокрутки выбрать необходимый временной горизонт от 1 до 10 лет. В режиме реального времени на листе «Выводы» модель рассчитывает необходимое финансирование лекарственного обеспечения пациентов, страдающих изуча-

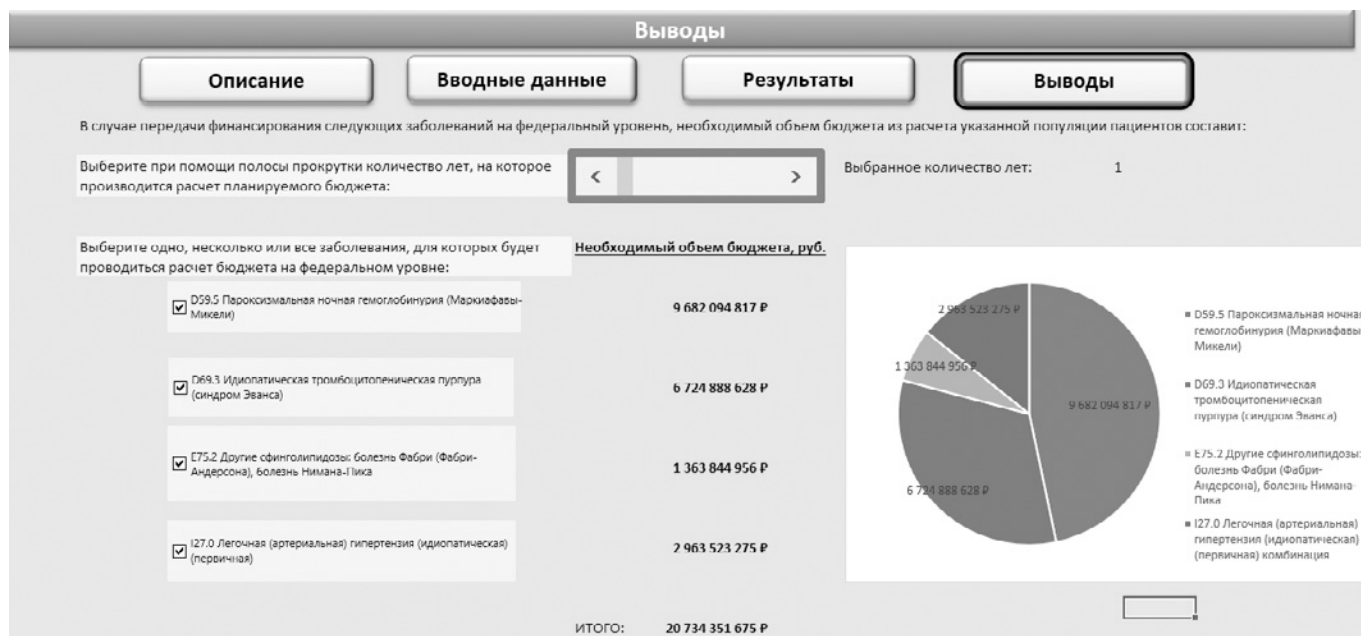


Рис. 5. Лист «Выводы» аналитической модели принятия решений «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний».

емыми заболеваниями, на указанный период. Дисконтирование в настоящей модели не было учтено, т. к. речь идет о бюджете, который может быть выделен на закупку лекарственных препаратов — несмотря на изменения со временем «ценности» бюджетных средств, их количество, которое необходимо запланировать в бюджете, не может быть сокращено по причине дисконтирования.

Кроме выводов, представленных на данном листе модели, для удобства пользователя представлено графическое изображение результатов. На круговой диаграмме в режиме реального времени обновляются итоговые значения необходимого финансирования на всех пациентов, страдающих рассматриваемыми редкими заболеваниями (Рисунок 5).

Кроме того, в аналитической модели принятия решений разработана функция выбора для расчетов одного, нескольких или всех изучаемых заболеваний с целью оценки необходимого бюджета (рисунок 5). Модель в режиме реального времени пересчитывает значения в соответствии с выбором пользователя и отражает числовые результаты, а также представляет графическое изображение рассчитанных значений.

Обсуждение

В качестве значений по умолчанию в модель были введены данные, полученные от субъектов РФ в результате проведенного депутатского запроса. Так, пароксизмальной ночной гемоглобинурией (Маркиафавы-Микели) на момент сбора данных страдало 8 детей и 404 взрослых, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (синдромом Эванса) — 925 детей и 3 492 взрослых, болезнью Фабри (Фабри-Андерсона) — 31 ребенок и 76 взрослых, болезнью Нимана-Пика — 12 детей и 25 взрослых, легочной (артериальной) гипертензией (идиопатической) (первичной) — 182 ребенка и 736 детей. После расчета стоимости необходимой лекарственной терапии установили, что перевод финансирования лекарственного обеспечения при данных заболеваниях на федеральный уровень потребует выделения 20 568 018 235 руб. в федеральном бюджете в год при заданной пациентской популяции.

Заключение

Практика лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, показывает важность привлечения средств федерального бюджета. Для пациентов с такими редкими заболеваниями лекарственное обеспечение, организованное на федеральном уровне, стабильнее и более предсказуемое, чем обеспечение за счет средств бюджета региона РФ по месту проживания пациента.

Разработана аналитическая модель принятия решений «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний».

Данная модель позволяет оценить необходимое финансирование ряда редких заболеваний из данного Перечня в случае передачи на федеральный уровень полномочий по лекарственному обеспечению. При этом функционал модели позволяет изменять исходные параметры, такие как численность детской и взрослой популяции пациентов, страдающих этими болезнями, стоимость необходимых для лечения лекарственных препаратов и их распределение между возрастными группами, а также необходимую потребность в них в течение года. Наконец, модель позволяет оценить необходимое финансирование на долгосрочный временной горизонт сроком до 10 лет, а также включить в анализ одно, несколько или все изучаемые заболевания путем выбора пользователем соответствующих значений.

Кроме того, разработанная модель может быть полезна уже в настоящее время на региональном уровне при планировании необходимого бюджета на лекарственное обеспечение при изучаемых заболеваниях.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Комаров И. А., Красильникова Е. Ю., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А. Промежуточные итоги передачи на федеральный уровень обязательств по лекарственному обеспечению пациентов с редкими болезнями в 2019—2020 гг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(2):207—210. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-207-210.
2. Соколов А. А. Проблема редких болезней — результат и стимул прогресса в области биологии и медицины. *Менеджер здравоохранения*. 2012;(1):8—14.
3. Воробьев П. А. Редкие заболевания у взрослых. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2016;(3—4):3—9.
4. Соколов А. А., Александрова О. Ю., Кадыров Ф. Н. Высокотехнологичная медицинская помощь больным редкими заболеваниями — проблемы организации и финансирования. *Менеджер здравоохранения*. 2016;(6):60—69.
5. Kulikov A. Yu., Komarov I. A., Pochuprina A. A. Budget Impact Analysis of Belimumab In the Treatment of Patients With Systemic Lupus Erythematosus In Russian Federation. *Value in Health*. 2014;17(7):A525-A526. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.1656.
6. Нагибин О. А., Манухина Е. В., Комаров И. А. Нормативно-правовое регулирование льготного лекарственного обеспечения в Российской Федерации. *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2019;27(4):520—529. doi: 10.23888/PAVLOVJ2019274520-529.
7. Ежегодный бюллетень Экспертного совета по редким (орфанным) заболеваниям. М.; 2021. 244 с.

REFERENCES

1. Komarov I. A., Krasilnikova E. Yu., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A. The intermediate outcomes of delegation of obligations of medicinal support of patients with rare diseases to the Federal level in 2019—2020. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny]*. 2022;30(2):207—210. (In Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-207-210.
2. Sokolov A. A. Problem of rare diseases — result and stimulus of progress in the area of biology and medicine. *Manager of Health Care. [Menedzher zdravookhraneniya]*. 2012;(1):8—14. (In Russian).

3. Vorobyev P. A. Rare diseases in the adult. *Health care Standardization Problems. [Problemy standartizatsii v zdravookhraneni]*. 2016;(3—4):3—9. (In Russian).
4. Sokolov A. A., Alexandrova O. Yu., Kadyrov F. N. Hightech medical care for patients with rare diseases — problems of organization and financing. *Manager of Health Care. [Menedzher zdravookhraniya]*. 2016;(6):60—69. (In Russian).
5. Kulikov A. Yu., Komarov I. A., Pochuprina A. A. Budget Impact Analysis of Belimumab In the Treatment of Patients With Systemic Lupus Erythematosus In Russian Federation. *Value in Health*. 2014;17(7):A525-A526. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.1656.
6. Nagibin O. A., Manukhina E. V., Komarov I. A. Statutory regulation of subsidized pharmaceutical provision in Russian Federation. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald. [Rossiiskiy mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I. P. Pavlova]*. 2019;27(4):520—529. (In Russian). doi: 10.23888/PAV-LOVJ2019274520-529.
7. Annual Bulletin of the Expert Council on Rare (Orphan) Diseases. Moscow; 2021. 244 p.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 19.01.2023; одобрена после рецензирования 03.02.2023; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 19.01.2023; approved after reviewing 03.02.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Обзорная статья

УДК 616.89-008.442.36

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.009

Сексуальное и репродуктивное здоровье трансгендерных и небинарных людей: тематический обзор

Яна Кирей-Ситникова

Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию, г. Таллинн,
Эстония

¹yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Аннотация. Трансгендерные люди (ТГЛ) — это люди, чья гендерная идентичность отличается от пола, приписанного им при рождении. Небинарные люди (НБЛ) — люди, имеющие небинарную гендерную идентичность (отличную от женской или мужской). В связи с нестандартным сочетанием гендерных и половых характеристик ТГЛ и НБЛ имеют специфические потребности в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), которые остаются недостаточно изученными. Целью обзора является сбор литературных данных о СРЗ ТГЛ и НБЛ за исключением тем, связанных с ВИЧ/ИППП, информация по которым публиковалась ранее на русском. В результате поиска в базах PubMed, Scopus и Web of Science найдено 64 статьи, оставленные для обзора. ТГЛ и НБЛ имеют различные сексуальные ориентации и сексуальные практики. Их удовлетворённость сексуальной жизнью ниже по сравнению с общей популяцией, что связано с неприятием своего тела из-за гендерной дисфории, страхом отвержения со стороны партнёра и осложнениями после операций. Большинство отмечали сложности с поиском достоверной информации о СРЗ для лиц с их телами и идентичностями. Тестостерон не является надёжной формой контрацепции для лиц с приписанным женским полом; для многих выбор метода контрацепции был обусловлен опытом гендерной дисфории. Заместительная гормональная терапия и хирургические вмешательства ведут к снижению или потере фертильности, в связи с чем в ряде гендерных клиник пациентам предлагаются мероприятия по её сохранению. ТГЛ, как правило, пользовались вспомогательными репродуктивными технологиями, чтобы забеременеть. Беременность требовала отказа от приёма тестостерона и могла провоцировать гендерную дисфорию. Некоторым ТГЛ и НБЛ, забеременевшим случайно, требовались аборт. ТГЛ и НБЛ сталкиваются со значительными барьерами при обращении за медицинской помощью в сфере СРЗ в связи с бинарной сегрегацией таких услуг по признаку биологического пола и негативным отношением медицинского персонала.

Ключевые слова: трансгендер, транссексуализм, гендерная дисфория, сексуальное здоровье, репродуктивное здоровье, неравенство, барьеры в доступе к здравоохранению.

Для цитирования: Кирей-Ситникова Я. Сексуальное и репродуктивное здоровье трансгендерных и небинарных людей: тематический обзор // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 53–60. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.009.

Review article

Sexual and reproductive health of transgender and non-binary individuals: a scoping review

Yana Kirey-Sitnikova

Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, Tallinn, Estonia

yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Annotation. Transgender individuals (TG) are individuals whose gender identity does not correspond to the sex assigned to them at birth. Non-binary individuals (NB) are individuals with a non-binary gender identity (different from female or male). Because of an unusual set of gender/sex characteristics TG and NB have peculiar needs in the sphere of sexual and reproductive health (SRH) which have not been properly explored. The review aims to collect published data on SRH of TG and NB except for topics related HIV/STI, since those topics have already been covered in Russian. A systematic search was conducted in PubMed, Scopus and Web of Science; 64 articles were selected for review. TG and NB have different sexual orientations and engage in various sexual practices. Their sexual quality of life is lower than that in the general population. The reasons include: being unable to accept one's body because of gender dysphoria, fear of rejection on behalf of the partner and complications after surgeries. Most respondents mentioned difficulties finding credible information about SRH for individuals with their bodies and identities. Testosterone is not a reliable form of contraception; for many respondents the choice of contraception methods depended on their experience with gender dysphoria. Hormone-replacement therapy and surgeries lead to decreased fertility or its permanent loss, for which reason some gender clinics provide patients with options for fertility preservation. TG usually rely on assisted reproductive technologies to get pregnant. Pregnancy necessitated stopping using testosterone and could provoke gender dysphoria. Some TG and NB who got pregnant accidentally need access to abortion. TG and NB face significant barriers in access to medical care related to SRH because of binary segregation of such services based on biological sex and negative attitudes of medical personnel.

Keywords: transgender, transsexualism, gender dysphoria, sexual health, reproductive health, inequality, barriers in access to healthcare

For citation: Kirey-Sitnikova Y. Sexual and reproductive health of transgender and non-binary individuals: a scoping review. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):53–60. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.009.

Введение

Трансгендерные люди (ТГЛ) — это люди, чья гендерная идентичность отличается от пола, приписанного им при рождении (на основе биологических признаков). В частности, трансгендерные женщины (ТГЖ) — это люди, имеющие женскую гендерную идентичность, которым при рождении был приписан мужской пол, тогда как трансгендерные мужчины (ТГМ) — люди, имеющие мужскую гендерную идентичность, которым при рождении был приписан женский пол. Небинарные люди (НБЛ) — имеют небинарную гендерную идентичность (отличную от женской или мужской) вне зависимости от пола, приписанного им при рождении. Часть ТГЛ и НБЛ ощущает дистресс, связанный с несопадением гендерной идентичности и пола, приписанного при рождении, известный как гендерная дисфория. Некоторые ТГЛ и НБЛ совершают гендерный переход (в просторечии «смена пола»), заключающийся в изменении первичных и вторичных половых признаков, социальной роли и/или гражданского пола.

В связи с нестандартным сочетанием гендерных и половых характеристик ТГЛ и НБЛ имеют специфические потребности в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Как одна из пяти ключевых групп, уязвимых к ВИЧ, ТГЛ получают внимание со стороны исследователей в сфере ВИЧ и ИППП [1, 2], однако другие аспекты их СРЗ остаются малоизученными. Целью настоящего обзора является сбор литературных данных о СРЗ ТГЛ и НБЛ (за исключением ВИЧ/ИППП) для дизайна будущего исследования о СРЗ среди этих групп в Восточной Европе и Центральной Азии.

Материалы и методы

В июне 2022 года проведён поиск в базах PubMed, Scopus и Web of Science по запросу (“transgender” OR “transsexual” OR “gender dysphoria”) AND (“sexual health” OR “reproductive health”). Исключались: материалы, не содержащие оригинальных данных (обзоры, дискуссионные статьи), статьи, основной темой которых были ВИЧ/ИППП, статьи не на английском или русском языке.

Результаты

Обнаружено 1070 уникальных документов. Для подробного изучения оставлено 131 документа, из которых 71 удалена после прочтения. Для обзора оставлены 60 статьи.

Сексуальные практики. ТГЛ имеют различные ориентации, их сексуальными партнёрами могут становиться как трансгендерные, так и цисгендерные люди (ЦГЛ), как женщины, мужчины, так и небинарные люди; их сексуальные практики также различаются в широком диапазоне [3—8]. Некоторые респонденты сообщали об изменении направленности сексуального влечения в связи с гормональной терапией [9]. В исследовании, проведённом среди американских школьников 13—18 лет, установлено, что ТГЛ чаще имели сексуальный опыт и реже использовали презерватив, чем ЦГЛ [10]. Большин-

ство ТГЛ мастурбируют [11,12]. В британской выборке 19.9% ТГЛ и НБЛ занимались рискованными сексуальными практиками, такими как химсекс, фистинг и групповой секс [13].

Удовлетворённость сексуальной жизнью. ТГЛ имели более низкие показатели сексуальной удовлетворённости по сравнению с общей популяцией [11, 14, 15]. В одном исследовании 23% ТГЛ сообщили, что были удовлетворены сексуальной жизнью, тогда как 35% не были удовлетворены [5]. 39,2% ТГМ, имевших секс с мужчинами, выразили высокую удовлетворённость своей сексуальной жизнью, 33,3% — среднюю, 27,5% — низкую [3]. Гендерная дисфория, связанная с проявлением внимания со стороны партнёра к гениталиям или груди, часто вела к негативному сексуальному опыту [16] и/или отказу от секса [4,5]. Нестандартные тела и идентичности могут приводить к страху отвержения со стороны партнёра и/или необходимости скрывать гендерную идентичность, что также снижало удовлетворённость сексуальной жизнью [5, 16]. Большинство респондентов одного из исследований никогда не раздевались полностью в присутствии партнёра, не позволяли смотреть и трогать гениталии [12]. Помимо этого, ТГЛ могут восприниматься как фетиш или сексуальная игрушка со стороны партнёров-ЦГЛ [5]. Напротив, поддержка со стороны партнёра приводила к более высокой удовлетворённости, причём зачастую наиболее принимающими партнёрами ТГЛ или НБЛ оказывались другие ТГЛ и НБЛ [16]. Респонденты более молодого возраста и более удовлетворённые своими гениталиями имели более высокую удовлетворённость сексуальной жизнью [11].

Большинство ТГЛ сообщали о наличии, как минимум, одной сексуальной дисфункции, к самым распространённым из которых относились сложность в достижении оргазма, сложность в иницировании сексуального контакта и боль во время полового акта; причём ТГЛ, находящиеся на гормонотерапии и прошедшие операции, как правило, реже жаловались на дисфункции, чем ТГЛ, не начавшие гендерный переход [4]. Большинство ТГЛ, находящихся на гормонотерапии, сообщали об изменениях в ощущении оргазма: у ТГМ они становились сильнее и короче, а у ТГЖ, напротив, мягче и длиннее [17]. У ТГМ, как правило, повышалось либидо, тогда как у ТГЖ оно снижалось или оставалось на прежнем уровне [9]. У ТГЖ появлялись новые эрогенные зоны, и источник сексуального удовольствия мог перемещаться от гениталий к груди, ногам, спине и иным частям тела [18]. Медианное время до достижения возможности получить оргазм среди ТГЖ, прошедших вагинопластику, равнялось 180 дням; спустя год после операции 86% пациенток могли достичь оргазма [19]. Среди ТГМ, прошедших фаллопластику, большинство оказалось удовлетворено результатом [20]. Осложнения после операции, такие как потеря чувствительности, приводила к снижению качества сексуальной жизни или полному отказу от неё [4]. Среди других проблем, связанных с вагинопластикой, можно отметить рост волос во

влагалище, короткую длину влагалища, проблемы с мочеиспусканием, испражнения из влагалища [21] — также оказывающие негативное влияние на сексуальную жизнь. Также с отсутствием сексуальной активности у ТГЖ были ассоциированы: возраст, проживание за пределами крупных городов, невозможность пройти генитальную операцию и другие факторы [22].

Контрацепция. Использование тестостерона снижает вероятность беременности среди лиц с приписанным женским полом, однако не подавляет её полностью. В ряде исследований большинство ТГМ были осведомлены о возможности забеременеть несмотря на ЗГТ и о необходимости применения контрацептивов [23—25], хотя в других случаях могут присутствовать заблуждения [26]. Использование контрацептивов было статистически ассоциировано с медицинскими мероприятиями по гендерному переходу и наличием большого числа сексуальных партнёров [27]. ТГМ могут использовать все доступные методы контрацепции, включая презервативы, оральные контрацептивы, импланты и внутриматочные спирали, однако выбор метода может различаться в зависимости от личного опыта с гендерной дисфорией: например, некоторые респонденты сообщали, что ежедневное использование оральных контрацептивов для них ассоциируется с женским опытом, в связи с чем они выбирали имплант [23,28]. Другим аргументом против оральных контрацептивов служило содержание в них эстрогенов, воспринимаемых как «женские» гормоны, и предположение, что их использование будет способствовать феминизации тела или, как минимум, замедлит маскулинизацию [23, 24, 28]. Использование влагалищных колец и связанная с этим необходимость прикасаться к гениталиям могла также вызывать гендерную дисфорию [28]. С другой стороны, многие ТГЛ предпочитали использовать контрацептивы, прекращающие месячные, которые, как правило, способствовали росту гендерной дисфории [24, 28]. Использование презервативов было наиболее распространённым методом предотвращения беременности среди ТГМ, имеющих секс с мужчинами [25, 29].

Сохранение фертильности. Согласно различным опросам, от 27.8% до 35.9% ТГЛ и НБЛ заинтересованы в биологическом родительстве [27,30,31]. Хотя многие ТГЛ готовы к удочерению или усыновлению, некоторые отмечали важность для них биологической связи с ребёнком [32]. Однако с началом ЗГТ, а также при проведении операций на гениталиях, ТГЛ теряют фертильность. В некоторых странах законодательные процедуры по изменению гражданского пола по-прежнему требуют прохождения стерилизации или подтверждения нефертильности. Таким образом, сохранение фертильности является важным вопросом для ТГЛ, которые хотели бы иметь биологических детей в будущем. ТГЛ получают информацию о фертильности из различных источников, включая врачей, друзей и семью, а также из онлайн ресурсов [33]. К опциям по сохранению фертильности относят криоконсервацию спер-

мы для лиц с приписанным при рождении мужским полом. Для лиц с приписанным женским полом доступны такие опции как криоконсервация яйцеклеток, эмбрионов или тканей яичников. Приём тестостерона или блокаторов пубертата не является противопоказанием для использования криоконсервации яйцеклеток [34]. Респонденты высказались о недостатке исследований и материалов о фертильности ТГЛ, в частности о влиянии гормонов на фертильность, при этом некоторые сообщали о дискомфорте при обсуждении темы фертильности [30]. В ряде клиник, оказывающих услуги в сфере гендерного перехода, предоставляется консультирование по вопросам сохранения фертильности, однако всего 3% пациентов в итоге согласились на мероприятия по сохранению фертильности [35]. Отказ от них среди трансгендерных подростков объяснялся чаще всего нежеланием иметь детей, нежеланием откладывать переход или утверждением, что они ещё слишком молоды, чтобы думать об этом [36].

Беременность. Многие ТГМ до перехода сталкиваются с давлением социума, особенно со стороны близких родственников, которые ожидают от них материнской роли — роли, часто вызывающей у них отторжение [37]. Выходом может служить создание «альтернативного нарратива», где они видят себя в роли не матери, а отца. ТГМ, имеющие трансгендерных женщин (ЦГЖ) в качестве партнёрок, были обычно использовали вспомогательные репродуктивные технологии, включая искусственное осеменение и экстракорпоральное оплодотворение, причём они зачастую сталкивались с некорректным отношением в репродуктивных клиниках, в связи с чем использование донора из числа знакомых выглядело более привлекательной опцией. Для зачатия ТГМ вынуждены отказываться от приёма тестостерона, что для многих было связано с серьёзным повышением гендерной дисфории. Характерные для беременности изменения, такие как рост груди, ещё сильнее увеличивали отвращение к своему телу. Опыт кормления грудью описывался как наиболее дисфоричный. Не желая сталкиваться с мисгендерингом, некоторые ТГМ уходили в полную социальную самоизоляцию, причём чувство одиночества усиливалось из-за того, что беременность ТГМ не освещена в научной литературе и информационных материалов [37].

Аборты. 12% ТГМ и НБЛ с приписанным при рождении женским полом имели хотя бы одну беременность, 54% из них были не запланированы и 21% заканчивался абортom [38,39]. Люди, совершающие аборты, часто подвергаются социальному осуждению; в случае ТГЛ, делающих аборт, это может приводить к двойной стигматизации [28]. В связи с негативным опытом в медицинских учреждениях, высокой ценой или желанием сохранить тайну некоторые осуществляют аборты самостоятельно, без помощи медицинских специалистов [40].

Информация о СРЗ. ТГЛ получают информацию о сексуальном здоровье из различных источников, включая школьные занятия, поставщиков медицинских услуг, знакомых, группы поддержки, интернет

и порнографию [23, 41—43]. Тем не менее, как среди самих ТГЛ, так и медицинских специалистов бытуют ошибочные взгляды, например, о том, что ТГМ, принимающие тестостерон, не могут забеременеть [23, 25]. Респонденты отмечали сложности с доступом к проверенной информации, например, о сочетании контрацептивов с ЗГТ или о влиянии тестостерона на фертильность [23,24]. Говоря о сексуальном образовании, многие участники жаловались на отсутствие информации о телах и сексуальных практиках ТГЛ в мейнстримных курсах по СРЗ и неинклюзивную терминологию [9, 42—44].

Барьеры в доступе к медицинским услугам. ТГЛ значительно реже обращаются в клиники по сексуальному здоровью, чем ЦГЛ [45]. ТГМ могут сталкиваться с непонимающими взглядами, когда обращаются в клиники по «женскому здоровью»; в других случаях сотрудники думают, что они пришли за рецептом или результатами анализов своей жены [23, 46, 47]. Также они сталкивались с изумлением, недоверием к своей идентичности и неприятными комментариями [48]. Даже в отсутствие негативных комментариев или взглядов ТГМ ощущали дискомфорт от необходимости ждать своей очереди в окружении женщин в гинекологической клинике [49].

Встречаются прямые отказы в предоставлении услуг [28, 37, 50]. Распространены мисгендеринг (использование грамматического рода, не соответствующего гендерной идентичности) [16, 23], деднейминг (использование имени, данного при рождении и не соответствующего гендерной идентичности) [16], медикализация/патологизация трансгендерности [47, 51], восприятие ТГЛ как людей, имеющих психические расстройства [52, 53]. Медицинские работники могли сообщать о трансгендерности пациентов своим коллегам или другим пациентам без их согласия [47, 53]. В отдельных случаях врачи использовали религиозные аргументы для неприятия идентичности пациентов и предлагали конверсионную терапию [50].

Зачастую врачи не обладают минимальными знаниями о трансгендерности, что вынуждает пациентов обучать врачей во время приёма [28, 47, 52]. Респонденты отмечали цис- и гетеронормативность врачей, включая некорректные предположения о том, кто является их сексуальными партнёрами, и том, какие операции они прошли или хотят пройти [24, 47, 52]. Например, некоторые врачи полагали, что ТГМ занимаются сексом исключительно с ЦГЖ, а потому риск забеременеть или заразиться ИППП для них отсутствует [23, 41]. Напротив, в случае НБЛ с приписанным женским полом врачи ошибочно предполагали, что их партнёрами являются только цисгендерные мужчины (ЦГМ) [16]. В случаях, когда пациенты сообщали, что занимаются сексом с женщинами, врачи некорректно предполагали, что речь идёт только о ЦГЖ, не принимая во внимание, что к женщинам относятся также и ТГЖ [41]. Врачи могут иметь стереотипные взгляды о том, что ТГМ не занимаются сексом, а ТГЖ, напротив, гиперсексуальны [28]. Пациенты отзывались о принуждении к моногамии со стороны врачей или

предположениях, что они непременно захотят забеременеть в будущем [47]. НБЛ испытывали давление со стороны врачей, желающих, чтобы те придерживались одной из двух бинарных гендерных ролей [16]. Также врачи игнорировали нежелание ТГМ использовать гормональные контрацептивы, не принимая во внимание, что приём этих препаратов может повышать гендерную дисфорию [23]. Даже если специалисты были осведомлены о трансгендерности, трансгендерные респонденты могли ощущать дискомфорт в общении с ними из-за того, что они являются цисгендерными людьми [41]. Несмотря на высокий уровень циснормативности и трансфобии в клиниках по сексуальному здоровью, он всё же был ниже, чем на приёме у терапевта или при госпитализации в стационар [54].

Использование неинклюзивной гендерированной терминологии, такой как «женское здоровье», может повышать гендерную дисфорию у ТГМ [16, 24, 41, 47, 48, 50]. В некоторых клиниках по репродуктивному здоровью могут использоваться регистрационные формы голубого цвета для лиц, желающих криоконсервировать сперму, и розового цвета для тех, кому требуется криоконсервация яйцеклеток [55]. Помимо этого, в некоторых системах здравоохранения использование определённых процедур может быть привязано к гражданскому полу: например, обследование шейки матки [50] или криоконсервация яйцеклеток [55] доступна только людям с женским гражданским полом, в связи с чем ТГМ, изменившие пол в документах на мужской, испытывали затруднения в доступе к этим процедурам. ТГЛ могли испытывать затруднения в связи с посещением общественных туалетов в клиниках, разделённых по признаку пола, и часто были вынуждены искать гендерно нейтральный туалет для людей с инвалидностью [53].

Даже если респонденты не сталкивались лично с дискриминацией и негативным обращением, страх, основанный на рассказах других, может служить поводом не обращаться за медицинской помощью в сфере СРЗ, не раскрывать свою гендерную идентичность или гендер своих партнёров [23, 28, 49, 50, 53].

Для того, чтобы сделать свой опыт посещения медицинских организаций более комфортным, ТГЛ часто полагаются на рекомендации других ТГЛ, а также приводят на приём сопровождающих, включая сексуальных партнёров [41].

Помимо «внешних» барьеров, связанных с организацией здравоохранения и некомпетентностью врачей, трансгендерные пациенты часто страдали от гендерной дисфории, которая повышалась при осмотре (например, при необходимости раздеваться или при прикосновении к гениталиям), и это становилось дополнительным препятствием для посещения врачей [47,50]. Наконец, многие ТГЛ находятся в сложной экономической ситуации и не имеют достаточных средств для посещения платных клиник, в то время как их медицинская страховка не покрывает услуги в сфере СРЗ [28, 51, 56].

Взгляд врачей. В то время как предыдущие исследования сосредоточены на опыте пациентов, ряд ис-

следователей интересовались опытом медицинского персонала, оказывающего помощь ТГЛ и НБЛ в сфере СРЗ [55,57—60]. Так, акушерки отмечали, что им было бы странно видеть рожаящего мужчину, и несмотря на лучшие намерения, им было сложно использовать мужской род и имя [59]. Врачи рассказали, что информация, которую они получали о трансгендерности от самих ТГЛ, была более полезной, чем лекции психиатров [55]. Тем не менее, после обучения многие ощущали страх перед работой с ТГЛ из-за большого числа слов, нежелательных для употребления, и необходимостью постоянно следить за собой, чтобы случайно не задеть пациента [55,60]. Несмотря на желание удовлетворить потребности пациентов, врачи часто не понимали, чем эти потребности вызваны, многие требования казались им странными и трудно выполнимыми. Сталкиваясь с претензиями трансгендерных пациентов, которые они не считали необоснованными, врачи впоследствии стремились избегать приёма этой группы пациентов [28,55]. Напротив, другие изменяли свои практики осмотра и коммуникации, чтобы сделать их более сенситивными, например, использовали слово «гаметы» вместо «яйцеклетки», «родители» вместо «мать и отец» и т. д. [55,60]. Респонденты отмечали, что научиться медицинским аспектам сопровождения трансгендерных пациентов (например, выписыванию гормонов) им было проще, чем корректному обращению (например, использованию терминологии и правильного грамматического рода), особенно с НБЛ [58].

Лучшие практики. ТГЛ и НБЛ отметили следующие изменения, которые сделали бы посещение ими клиник по СРЗ более комфортным:

- Наличие в штате сотрудников трансгендерных людей [41, 50];
- Врачи должны задавать вопросы пациентам о том, в каком роде и по какому имени к ним обращаться [48];
- Врачи должны объяснять необходимость определённых процедур, например, гинекологического осмотра для ТГЛ и упоминать о возможности отказаться [48];
- Использование негендерированного языка: например, вместо «занимались ли вы сексом с женщинами/мужчинами?» можно задать вопрос «занимались ли вы сексом с людьми, имеющими влагалище/половой член?» [41] либо говорить «человек, который будет вынашивать ребёнка» [38,48];
- Спрашивать, какие слова для описания частей тела предпочтительны для пациентов [16, 28, 41, 61];
- Использование наборов для самотестирования, где это возможно [46, 48, 50];
- Проведение тренингов для персонала по вопросам гендерной идентичности и сексуальной ориентации [28, 50, 62];
- Разработка внутренних политик клиник, инклюзивных по отношению к ТГЛ/НБЛ [62];
- Включение личного опыта других ТГЛ/НБЛ в информационные материалы по различным

аспектам сексуального здоровья и/или создание отдельных материалов для ТГЛ/НБЛ [30, 50];

- Включение вопросов сексуальной ориентации и гендерной идентичности в программы сексуального образования [42];
- Создание специализированных клиник по трансгендерному здоровью [50];
- Совмещение услуг в сфере СРЗ с услугами по гендерному переходу, например, предоставлением гормонов [62];
- Развитие партнёрств между организациями на базе сообщества и медицинскими центрами [28];
- Использование символики (например, флагов, значков) и информационных материалов, показывающих инклюзивность в отношении ТГЛ [24, 46, 49];
- Создание в клиниках гендерно нейтральных туалетов [24, 46].

Заключение

Сексуальное и репродуктивное здоровье является областью медицины, наиболее сегрегированной по признаку биологического пола. Услуги для женщин чётко отделены от услуг для мужчин, при этом существование людей с небинарными гендерными идентичностями или людей, изменяющих свои половые признаки и гендерное самовыражение, не учитывается. Это ведёт к значительным барьерам в доступе к здравоохранению для этих групп населения. Для улучшения ситуации необходимо обучение медицинских специалистов работе с ТГЛ и НБЛ, изменение языка на более гендерно нейтральный, включение информации о ТГЛ и НБЛ в информационные материалы и т. д.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кирей-Ситникова Я. Комплексный пакет мероприятий в связи с ВИЧ для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии. Таллинн: ЕКОМ; 2022.
2. Кирей-Ситникова Я. Трансгендерные мужчины и небинарные люди в контексте ВИЧ: тематический обзор. 2022.
3. Bauer GR, Redman N, Bradley K, Scheim AI. Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: results from Ontario, Canada. *Int J Transgenderism*. 2013;14(2):66—74.
4. Kerckhof ME, Kreukels BP, Nieder TO, Becker-Héblly I, Grift TC, Staphorsius AS, et al. Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study. *J Sex Med*. 2019;16(12):2018—29.
5. Lindroth M, Zeluf G, Mannheimer LN, Deogan C. Sexual health among transgender people in Sweden. *Int J Transgenderism*. 2017;18(3):318—27.
6. Pletta DR, White Hughto JM, Peitzmeier S, Deutsch MB, Pardee D, Potter J, et al. Individual-and partnership-level correlates of protective barrier use in a sample of transmasculine adults with diverse sexual partnerships. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(5):237—46.
7. Prasanth BK. Sexual Health Status and Quality of Life among Transgender Population in Chennai. *AMHSR*. 2021;11:1—5.
8. Reisner SL, Perkovich B, Mimiaga MJ. A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS Patient Care STDs*. 2010;24(8):501—13.
9. Warwick RM, Araya AC, Shumer DE, Selkie EM. Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(2):138—46.
10. Andrzejewski J, Pampati S, Johns MM, Sheremenko G, Lesesne C, Rasberry CN. Sexual behaviors, referral to sexual health services,

- and use of sexual health services among transgender high school students. *J Sch Health*. 2020;90(5):349–57.
11. Gieles NC, Grift TC, Elaut E, Heylens G, Becker-Hebly I, Nieder TO, et al. Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *Int J Transgender Health*. 2022;1–13.
 12. Gil-Llario MD, Gil-Julíá B, Giménez-García C, Bergero-Miguel T, Ballester-Arnal R. Sexual behavior and sexual health of transgender women and men before treatment: Similarities and differences. *Int J Transgender Health*. 2021;22(3):304–15.
 13. Day S, Smith J, Perera S, Jones S, Kinsella R. Beyond the binary: sexual health outcomes of transgender and non-binary service users of an online sexual health service. *Int J STD AIDS*. 2021;32(10):896–902.
 14. Vedovo F, Blas L, Aretusi F, Falcone M, Perin C, Pavan N, et al. Physical, mental and sexual health among transgender women: a comparative study among operated transgender and cisgender women in a national tertiary referral network. *J Sex Med*. 2021;18(5):982–9.
 15. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med*. 2009;6(3):752–60.
 16. Eiduson R, Murchison GR, Agénor M, Suarez L, Gordon AR. Sexual healthcare experiences of nonbinary young adults. *Cult Health Sex*. 2021;1–17.
 17. Cuyper G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005;34(6):679–90.
 18. Rosenberg S, Tilley PJ, Morgan J. I couldn't imagine my life without it": Australian trans women's experiences of sexuality, intimacy, and gender-affirming hormone therapy. *Sex Cult*. 2019;23(3):962–77.
 19. Blasdel G, Kloer C, Parker A, Castle E, Bluebond-Langner R, Zhao LC. Coming Soon: Ability to Orgasm After Gender Affirming Vaginoplasty. *J Sex Med*. 2022;19(5):781–8.
 20. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med*. 2011;8(12):3379–88.
 21. Suchak T, Hussey J, Takhar M, Bellringer J. Postoperative trans women in sexual health clinics: managing common problems after vaginoplasty. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015;41(4):245–7.
 22. Scheim AI, Bauer GR. Sexual inactivity among transfeminine persons: A Canadian respondent-driven sampling survey. *J Sex Res*. 2019;56(2):264–71.
 23. Agénor M, Cottrill AA, Kay E, Janiak E, Gordon AR, Potter J. Contraceptive beliefs, decision making and care experiences among transmasculine young adults: a qualitative analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020;52(1):7–14.
 24. Gomez AM, Đó L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J. Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *J Adolesc Health*. 2020;67(4):597–602.
 25. Light A, Wang LE, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266–9.
 26. Jones K, Wood M, Stephens L. Contraception choices for transgender males. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;43(3):239–40.
 27. Stark B, Hughto JM, Charlton BM, Deutsch MB, Potter J, Reisner SL. The contraceptive and reproductive history and planning goals of trans-masculine adults: a mixed-methods study. *Contraception*. 2019;100(6):468–73.
 28. Fix L, Durden M, Obedin-Maliver J, Moseson H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the US. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2683–702.
 29. Cipres D, Seidman D, Cloniger III C, Nova C, O'Shea A, Obedin-Maliver J. Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*. 2017;95(2):186–9.
 30. Chen D, Matson M, Macapagal K, Johnson EK, Rosoklija I, Finlayson C, et al. Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. 2018;63(1):62–8.
 31. Hague AM, Reynolds-Wright JJ. Sexual behaviour, pregnancy intention and sexually transmitted infection risk varies extensively among transgender and non-binary patients in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(1):71–2.
 32. Tornello SL, Bos H. Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*. 2017;4(2):115–20.
 33. Morrison A, Oleszki C, Cron J, Kallen AN. A pilot study to assess attitudes toward future fertility and parenthood in transgender and gender expansive adolescents. *Transgender Health*. 2020;5(2):129–37.
 34. Insogna IG, Ginsburg E, Srouji S. Fertility preservation for adolescent transgender male patients: a case series. *J Adolesc Health*. 2020;66(6):750–3.
 35. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low fertility preservation utilization among transgender youth. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):40–4.
 36. Nahata L, Chen D, Quinn GP, Travis M, Grannis C, Nelson E, et al. Reproductive attitudes and behaviors among transgender/nonbinary adolescents. *J Adolesc Health*. 2020;66(3):372–4.
 37. Charter R, Ussher JM, Perz J, Robinson K. The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *Int J Transgenderism*. 2018;19(1):64–77.
 38. Moseson H, Fix L, Ragosta S, Forsberg H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):376 1–376 11.
 39. Moseson H, Fix L, Hastings J, Stoeffler A, Lunn MR, Flentje A, et al. Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *Int J Transgender Health*. 2020;22(1–2):30–41.
 40. Moseson H, Fix L, Gerdtts C, Ragosta S, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion attempts without clinical supervision among transgender, nonbinary and gender-expansive people in the United States. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(e1):22–30.
 41. Agénor M, Zubizarreta D, Geffen S, Ramanayake N, Giraldo S, McGuirk A, et al. Making a Way Out of No Way:” Understanding the Sexual and Reproductive Health Care Experiences of Transmasculine Young Adults of Color in the United States. *Qual Health Res*. 2022;32(1):121–34.
 42. Bradford NJ, DeWitt J, Decker J, Berg DR, Spencer KG, Ross MW. Sex education and transgender youth: Trust means material by and for queer and trans people. *Sex Educ*. 2019;19(1):84–98.
 43. Haley SG, Tordoff DM, Kantor AZ, Crouch JM, Ahrens KR. Sex education for transgender and non-binary youth: Previous experiences and recommended content. *J Sex Med*. 2019;16(11):1834–48.
 44. Tordoff DM, Haley SG, Shook A, Kantor A, Crouch JM, Ahrens K. “Talk about bodies”: Recommendations for using transgender-inclusive language in sex education curricula. *Sex Roles*. 2021;84(3):152–65.
 45. Hibbert MP, Wolton A, Weeks H, Ross M, Brett CE, Porcellato LA, et al. Psychosocial and sexual factors associated with recent sexual health clinic attendance and HIV testing among trans people in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020;46(2):116–25.
 46. Gibson AF, Drysdale K, Botfield J, Mooney-Somers J, Cook T, Newman CE. Navigating trans visibilities, trauma and trust in a new cervical screening clinic. In: *Culture, Health & Sexuality*. 2021. p. 1–14.
 47. Pulice-Farrow L, Lindley L, Gonzalez KA. Wait, What Is That? A Man or Woman or What?": Trans Microaggressions from Gynecological Healthcare Providers. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 2022. p. 1–12.
 48. Asklov K, Ekenger R, Berterö C. Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Transgender Health*. 2021;6(6):325–31.
 49. Harb CY, Pass LE, Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and barriers to accessing sexual health care services for transgender/genderqueer individuals assigned female sex at birth. *Transgender Health*. 2019;4(1):58–67.
 50. Berner AM, Connolly DJ, Pinnell I, Wolton A, MacNaughton A, Challan C, et al. Attitudes of transgender men and non-binary people to cervical screening: a cross-sectional mixed-methods study in the UK. *Br J Gen Pract*. 2021;71(709):614–25.
 51. Calderón-Jaramillo M, Mendoza Á, Acevedo N, Forero-Martínez LJ, Sánchez SM, Rivillas-García JC. How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people—a qualitative study in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1–8.
 52. Lefkowitz AR, Mannell J. Sexual health service providers' perceptions of transgender youth in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):1237–46.
 53. Luvuno ZP, Ncama B, Mchunu G. Transgender population's experiences with regard to accessing reproductive health care in KwaZulu-Natal, South Africa: A qualitative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):1–9.

54. Rosenberg S, Callander D, Holt M, Duck-Chong L, Pony M, Cornelisse V, et al. Cisgenderism and transphobia in sexual health care and associations with testing for HIV and other sexually transmitted infections. *Find Aust Trans Gend Diverse Sex Health Surv Plos One*. 2021;16(7):0253589.
55. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Stefenson M, Rodriguez-Wallberg KA. Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: a qualitative study. *Ther Adv Reprod Health*. 2020;14:2633494120911036.
56. Tishelman AC, Sutter ME, Chen D, Sampson A, Nahata L, Kolbuck VD, et al. Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *J Assist Reprod Genet*. 2019;36(3):579—88.
57. Chen D, Kolbuck VD, Sutter ME, Tishelman AC, Quinn GP, Nahata L. Knowledge, practice behaviors, and perceived barriers to fertility care among providers of transgender healthcare. *J Adolesc Health*. 2019;64(2):226—34.
58. Ingraham N, Rodriguez I. Clinic staff perspectives on barriers and facilitators to integrating transgender healthcare into family planning clinics. *Transgender Health*. 2022;7(1):36—42.
59. Johansson M, Wirén AA, Ssempana D, Wells M. A qualitative study of midwives' challenges to support transmen during childbirth: A short report. *Eur J Midwifery*. 2020;4:1—3.
60. Ruderman M, Berro T, Torrey Sosa L, Zayhowski K. Genetic counselors' experiences with transgender individuals in prenatal and preconception settings. *J Genet Couns*. 2021;30(4):1105—18.
61. Ragosta S, Obedin-Maliver J, Fix L, Stoeffler A, Hastings J, Capriotti MR, et al. From 'shark-week' to 'mangina': An analysis of words used by people of marginalized sexual orientations and/or gender identities to replace common sexual and reproductive health terms. *Health Equity*. 2021;5(1):707—17.
62. Porsch LM, Dayananda I, Dean G. An exploratory study of transgender New Yorkers' use of sexual health services and interest in receiving services at planned parenthood of New York City. *Transgender Health*. 2016;1(1):231—7.

REFERENCES

1. Kirey-Sitnikova Y. A Comprehensive HIV Intervention Package for Transgender People in Eastern Europe and Central Asia. Tallinn: ECOM; 2022. (In Russian).
2. Kirey-Sitnikova Y. Transgender men and nonbinary people in the context of HIV: a thematic review. 2022. (In Russian).
3. Bauer GR, Redman N, Bradley K, Scheim AI. Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: results from Ontario, Canada. *Int J Transgenderism*. 2013;14(2):66—74.
4. Kerckhof ME, Kreukels BP, Nieder TO, Becker-Héblly I, Grift TC, Staphorsius AS, et al. Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study. *J Sex Med*. 2019;16(12):2018—29.
5. Lindroth M, Zeluf G, Mannheimer LN, Deogan C. Sexual health among transgender people in Sweden. *Int J Transgenderism*. 2017;18(3):318—27.
6. Pletta DR, White Hughto JM, Peitzmeier S, Deutsch MB, Pardee D, Potter J, et al. Individual-and partnership-level correlates of protective barrier use in a sample of transmasculine adults with diverse sexual partnerships. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(5):237—46.
7. Prasanth BK. Sexual Health Status and Quality of Life among Transgender Population in Chennai. *AMHSR*. 2021;11:1—5.
8. Reisner SL, Perkovich B, Mimiaga MJ. A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS Patient Care STDs*. 2010;24(8):501—13.
9. Warwick RM, Araya AC, Shumer DE, Selkie EM. Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(2):138—46.
10. Andrzejewski J, Pampati S, Johns MM, Sheremenko G, Lesesne C, Rasberry CN. Sexual behaviors, referral to sexual health services, and use of sexual health services among transgender high school students. *J Sch Health*. 2020;90(5):349—57.
11. Gieles NC, Grift TC, Elaut E, Heylens G, Becker-Héblly I, Nieder TO, et al. Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *Int J Transgender Health*. 2022;1—13.
12. Gil-Llario MD, Gil-Julíá B, Giménez-García C, Bergero-Miguel T, Ballester-Arnal R. Sexual behavior and sexual health of transgender women and men before treatment: Similarities and differences. *Int J Transgender Health*. 2021;22(3):304—15.
13. Day S, Smith J, Perera S, Jones S, Kinsella R. Beyond the binary: sexual health outcomes of transgender and non-binary service users of an online sexual health service. *Int J STD AIDS*. 2021;32(10):896—902.
14. Vedovo F, Blas L, Aretusi F, Falcone M, Perin C, Pavan N, et al. Physical, mental and sexual health among transgender women: a comparative study among operated transgender and cisgender women in a national tertiary referral network. *J Sex Med*. 2021;18(5):982—9.
15. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med*. 2009;6(3):752—60.
16. Eiduson R, Murchison GR, Agénor M, Suarez L, Gordon AR. Sexual healthcare experiences of nonbinary young adults. *Cult Health Sex*. 2021;1—17.
17. Cuyper G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005;34(6):679—90.
18. Rosenberg S, Tilley PJ, Morgan J. I couldn't imagine my life without it": Australian trans women's experiences of sexuality, intimacy, and gender-affirming hormone therapy. *Sex Cult*. 2019;23(3):962—77.
19. Blasdel G, Kloer C, Parker A, Castle E, Bluebond-Langner R, Zhao LC. Coming Soon: Ability to Orgasm After Gender Affirming Vaginoplasty. *J Sex Med*. 2022;19(5):781—8.
20. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med*. 2011;8(12):3379—88.
21. Suchak T, Hussey J, Takhar M, Bellringer J. Postoperative trans women in sexual health clinics: managing common problems after vaginoplasty. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015;41(4):245—7.
22. Scheim AI, Bauer GR. Sexual inactivity among transfeminine persons: A Canadian respondent-driven sampling survey. *J Sex Res*. 2019;56(2):264—71.
23. Agénor M, Cottrill AA, Kay E, Janiak E, Gordon AR, Potter J. Contraceptive beliefs, decision making and care experiences among transmasculine young adults: a qualitative analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020;52(1):7—14.
24. Gomez AM, Đó L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J. Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *J Adolesc Health*. 2020;67(4):597—602.
25. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266—9.
26. Jones K, Wood M, Stephens L. Contraception choices for transgender males. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;43(3):239—40.
27. Stark B, Hughto JM, Charlton BM, Deutsch MB, Potter J, Reisner SL. The contraceptive and reproductive history and planning goals of trans-masculine adults: a mixed-methods study. *Contraception*. 2019;100(6):468—73.
28. Fix L, Durden M, Obedin-Maliver J, Moseson H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the US. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2683—702.
29. Cipres D, Seidman D, Cloniger III C, Nova C, O'Shea A, Obedin-Maliver J. Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*. 2017;95(2):186—9.
30. Chen D, Matson M, Macapagal K, Johnson EK, Rosoklija I, Finlayson C, et al. Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. 2018;63(1):62—8.
31. Hague AM, Reynolds-Wright JJ. Sexual behaviour, pregnancy intention and sexually transmitted infection risk varies extensively among transgender and non-binary patients in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(1):71—2.
32. Tornello SL, Bos H. Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*. 2017;4(2):115—20.
33. Morrison A, Oleszki C, Cron J, Kallen AN. A pilot study to assess attitudes toward future fertility and parenthood in transgender and gender expansive adolescents. *Transgender Health*. 2020;5(2):129—37.
34. Insogna IG, Ginsburg E, Srouji S. Fertility preservation for adolescent transgender male patients: a case series. *J Adolesc Health*. 2020;66(6):750—3.

35. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low fertility preservation utilization among transgender youth. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):40—4.
36. Nahata L, Chen D, Quinn GP, Travis M, Grannis C, Nelson E, et al. Reproductive attitudes and behaviors among transgender/non-binary adolescents. *J Adolesc Health*. 2020;66(3):372—4.
37. Charter R, Ussher JM, Perz J, Robinson K. The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *Int J Transgenderism*. 2018;19(1):64—77.
38. Moseson H, Fix L, Ragosta S, Forsberg H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion experiences and preferences of transgender, non-binary, and gender-expansive people in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):376 1—376 11.
39. Moseson H, Fix L, Hastings J, Stoeffler A, Lunn MR, Flentje A, et al. Pregnancy intentions and outcomes among transgender, non-binary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *Int J Transgender Health*. 2022;22(1—2):30—41.
40. Moseson H, Fix L, Gerdtz C, Ragosta S, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion attempts without clinical supervision among transgender, nonbinary and gender-expansive people in the United States. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(e1):22—30.
41. Agénor M, Zubizarreta D, Geffen S, Ramanayake N, Giraldo S, McGuirk A, et al. Making a Way Out of No Way: Understanding the Sexual and Reproductive Health Care Experiences of Transmasculine Young Adults of Color in the United States. *Qual Health Res*. 2022;32(1):121—34.
42. Bradford NJ, DeWitt J, Decker J, Berg DR, Spencer KG, Ross MW. Sex education and transgender youth: Trust means material by and for queer and trans people. *Sex Educ*. 2019;19(1):84—98.
43. Haley SG, Tordoff DM, Kantor AZ, Crouch JM, Ahrens KR. Sex education for transgender and non-binary youth: Previous experiences and recommended content. *J Sex Med*. 2019;16(11):1834—48.
44. Tordoff DM, Haley SG, Shook A, Kantor A, Crouch JM, Ahrens K. Talk about bodies: Recommendations for using transgender-inclusive language in sex education curricula. *Sex Roles*. 2021;84(3):152—65.
45. Hibbert MP, Wolton A, Weeks H, Ross M, Brett CE, Porcellato LA, et al. Psychosocial and sexual factors associated with recent sexual health clinic attendance and HIV testing among trans people in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020;46(2):116—25.
46. Gibson AF, Drysdale K, Botfield J, Mooney-Somers J, Cook T, Newman CE. Navigating trans visibilities, trauma and trust in a new cervical screening clinic. In: *Culture, Health & Sexuality*. 2021. p. 1—14.
47. Pulice-Farrow L, Lindley L, Gonzalez KA. Wait, What Is That? A Man or Woman or What?: Trans Microaggressions from Gynecological Healthcare Providers. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 2022. p. 1—12.
48. Asklöv K, Ekenger R, Berterö C. Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Transgender Health*. 2021;6(6):325—31.
49. Harb CY, Pass LE, Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and barriers to accessing sexual health care services for transgender/genderqueer individuals assigned female sex at birth. *Transgender Health*. 2019;4(1):58—67.
50. Berner AM, Connolly DJ, Pinnell I, Wolton A, MacNaughton A, Challen C, et al. Attitudes of transgender men and non-binary people to cervical screening: a cross-sectional mixed-methods study in the UK. *Br J Gen Pract*. 2021;71(709):614—25.
51. Calderón-Jaramillo M, Mendoza Á, Acevedo N, Forero-Martínez LJ, Sánchez SM, Rivillas-García JC. How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people—a qualitative study in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1—8.
52. Lefkowitz AR, Mannell J. Sexual health service providers' perceptions of transgender youth in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):1237—46.
53. Luvuno ZP, Ncama B, Mchunu G. Transgender population's experiences with regard to accessing reproductive health care in KwaZulu-Natal, South Africa: A qualitative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):1—9.
54. Rosenberg S, Callander D, Holt M, Duck-Chong L, Pony M, Cornelisse V, et al. Cisgenderism and transphobia in sexual health care and associations with testing for HIV and other sexually transmitted infections. *Find Aust Trans Gen Diverse Sex Health Surv Plos One*. 2021;16(7):0253589.
55. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Stefenson M, Rodriguez-Wallberg KA. Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: a qualitative study. *Ther Adv Reprod Health*. 2020;14:2633494120911036.
56. Tishelman AC, Sutter ME, Chen D, Sampson A, Nahata L, Kolbuck VD, et al. Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *J Assist Reprod Genet*. 2019;36(3):579—88.
57. Chen D, Kolbuck VD, Sutter ME, Tishelman AC, Quinn GP, Nahata L. Knowledge, practice behaviors, and perceived barriers to fertility care among providers of transgender healthcare. *J Adolesc Health*. 2019;64(2):226—34.
58. Ingraham N, Rodriguez I. Clinic staff perspectives on barriers and facilitators to integrating transgender healthcare into family planning clinics. *Transgender Health*. 2022;7(1):36—42.
59. Johansson M, Wirén AA, Sempasa D, Wells M. A qualitative study of midwives' challenges to support transmen during childbirth: A short report. *Eur J Midwifery*. 2020;4:1—3.
60. Ruderman M, Berro T, Torrey Sosa L, Zayhowski K. Genetic counselors' experiences with transgender individuals in prenatal and preconception settings. *J Genet Couns*. 2021;30(4):1105—18.
61. Ragosta S, Obedin-Maliver J, Fix L, Stoeffler A, Hastings J, Capriotti MR, et al. From 'shark-week' to 'mangina': An analysis of words used by people of marginalized sexual orientations and/or gender identities to replace common sexual and reproductive health terms. *Health Equity*. 2021;5(1):707—17.
62. Porsch LM, Dayananda I, Dean G. An exploratory study of transgender New Yorkers' use of sexual health services and interest in receiving services at planned parenthood of New York City. *Transgender Health*. 2016;1(1):231—7.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.01.2023; одобрена после рецензирования 30.01.2023; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 25.01.2023; approved after reviewing 30.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.010

Новое штатно-нормативное обеспечение медико-генетических консультаций

Валентина Михайловна Шипова¹, Александра Романовна Малахова^{2✉},
Юлия Сергеевна Сытая³, Гульжан Сакбаева⁴

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

¹vschipova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8957-921X>

²alexmalakhova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1935-4904>

³julia.ss_sechenov_98@list.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2412-5329>

⁴Saguer275@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3651-851X>

Аннотация. В статье представлен сравнительный анализ штатно-нормативного обеспечения медико-генетических консультаций по действующему и новому приказам Минздрава России. Наряду с выявленными положительными изменениями в новом нормативно-правовом документе, авторы отмечают ряд спорных позиций нового приказа, препятствующих его внедрению в практику здравоохранения. В документе приводятся два возможных показателя для установления большинства должностей: численность населения и число родов, — и даются рекомендации по использованию лишь одного из указанных данных. Такие рекомендации не отражают полный объем работы должности и учреждения в целом. Реализация новых норм труда, представленная как на федеральном, так и на региональном уровнях управления, потребует увеличения фактического числа должностей в несколько раз, что свидетельствует об экономической необоснованности нового документа.

Ключевые слова: медико-генетическая консультация, штатно-нормативное обеспечение, врач-генетик, врач — лабораторный генетик

Для цитирования: Шипова В. А., Малахова А. Р., Сытая Ю. С., Сакбаева Г. Новое штатно-нормативное обеспечение медико-генетических консультаций // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 61–66. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.010.

Original article

New staff and regulatory assurance for medical and genetic consultations

Valentina M. Shipova¹, Aleksandra R. Malakhova^{2✉}, Yuliya S. Sytaya³, Gul'zhan Sakbaeva⁴

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

¹vschipova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8957-921X>

²alexmalakhova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1935-4904>

³julia.ss_sechenov_98@list.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2412-5329>

⁴Saguer275@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3651-851X>

Annotation. The article presents a comparative analysis of the standard assurance of medical and genetic consultations according to the current and new orders of the Ministry of Health of Russia. Along with the identified positive changes in the new regulatory document, the authors note a number of controversial positions of the new order that prevent its implementation in healthcare practice. The document provides two possible indicators for establishing the majority of positions: the population and the number of births, and provides recommendations for using only one of these data. Such recommendations do not reflect the full scope of the work of the position and the institution as a whole. The implementation of the new labor standards, presented both at the federal and regional levels of government, will require an increase in the actual number of positions several times, which indicates the economic unreasonableness of the new document.

Key words: medical and genetic consultation, staff and regulatory assurance, geneticist, laboratory geneticist

For citation: Shipova V. M., Malakhova A. R., Sytaya Y. S., Sakbaeva G. New staff and regulatory assurance for medical and genetic consultations. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):61–66. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.010.

Введение

Развитие той или иной службы, вида и профиля медицинской помощи базируется на показателях заболеваемости, внедрениях новых технологий. За последний десятилетний период времени наблюдается снижение общих показателей заболеваемости насе-

ления в числе зарегистрированных заболеваний, в том числе и с диагнозом, установленным впервые в жизни. В то же время по врожденным аномалиям (порокам развития), деформациям и хромосомным нарушениям отмечается рост числа зарегистрированных заболеваний с 694 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 757 в 2020 г., т. е. на 9%, при снижении по-



Рис. 1. Набор исследований в разных группах медицинских организаций

казателя с диагнозом, установленным впервые в жизни с 206,4 в 2010 г. до 165,8 в 2020 г.[1]. В своевременной постановке диагноза и контролю за проведением лечения значительная роль принадлежит медико-генетическим консультациям.

Материалы и методы

Материалами данного исследования являются нормативно-правовые акты Минздрава России, методики нормирования труда в здравоохранении. Использованы методы системного анализа, описательного моделирования.

Обсуждение и результаты

С 31 декабря 2022 г. вступает в силу приказ, предусматривающий новое штатно-нормативное обеспечение медико-генетических консультаций¹. Основные изменения, внесенные приказом № 274н по сравнению с действующим документом², состоят в следующем:

- медико-генетические консультации разделены на типы в зависимости от их функциональных обязанностей, вида проводимых исследований;
- внесены изменения в штатно-нормативное обеспечение медико-генетических консультаций.

На рисунке 1 отражены возможности проведения тех или иных обследований в медико-генетических консультациях разных групп. Цитогенетическая диагностика осуществляется во всех группах медико-генетических консультаций; во второй группе, наряду с цитогенетической диагностикой выполняется пренатальный скрининг и неонатальный скрининг; в третьей группе проведение исследований дополняется предимплантационным генетическим тестированием, селективным скринингом

на наследственные заболевания обмена веществ, расширенным неонатальным скринингом.

Представленная иерархия в оказании населению соответствующей диагностики будет, на наш взгляд, способствовать более рациональному планированию сети медико-генетических консультаций в целом по стране и по регионам.

К положительным изменениям следует отнести приведение названий ряда должностей в соответствие с действующей номенклатурой³. Так, например, отсутствующая в номенклатуре и указанная в приказе № 917н должность врача-лаборанта-генетика переименована в должность врача — лабораторного генетика.

Новизной приказа № 274н является включение в структуру медико-генетической консультации должности врача клинической лабораторной диагностики и установление норматива этой должности в размере, полностью совпадающем с должностью врача — лабораторного генетика [2].

Основное изменение в нормативах численности медицинских работников медико-генетических консультациях состоит во введении в нормативную запись союза «или», что существенно меняет вопросы практического использования норм труда. Нормативное число большинства должностей приказом № 917н устанавливалось на 1 млн. населения и на 10 тыс. родов, а приказом № 274н — на 1 млн. населения **или** на 10 тыс. родов.

В штатных нормативах установление той или иной должности возможно на несколько показателей. В этих случаях численность должностей рассчитывается по каждому из них, а затем расчетное число должностей суммируется. Союз «или» применяется в русском языке, чтобы соединить два или несколько предложений, а также однородных членов предложения, исключаящих друг друга. Таким образом, нормативная запись с союзом «или» предполагает, что нужно выбрать только один из приве-

¹ Приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями»

² Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями»

³ Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников».

денных показателей. Союз «или» в нормативной записи используется в последние годы и в ряде других нормативно-правовых документов. Так, штатные нормативы врачей — патологоанатомов позволяют применять один из 10 вариантов нормативной записи⁴, т. е. либо число случаев прижизненных патологоанатомических исследований первой категории сложности, либо второй категории, либо третьей, либо четвертой, либо пятой, или любой показатель патологоанатомических вскрытий, также распределенных по группам сложности. Совершенно очевидно, что если проводить расчет только на один показатель, то и объем деятельности врача будет состоять только из этой работы.

Другой пример ошибочного введения союза «или» в нормативную запись можно привести по штатным нормативам врачебно-физкультурных диспансеров: в приказе, утвержденном в 2016 году⁵, а затем и в приказе, утвержденном в 2020 г.⁶ В этих документах при установлении должности врача по спортивной медицине определена возможность выбора одного из показателей: числа учащихся специализированных детско-юношеских школ или лиц, занимающихся спортом, или численности городского населения, проживающего на территории обслуживания диспансера или другого из 9 предложенных данных. Однако логика и практика применения норм труда подсказывает, что если должность в одном из диспансеров будет установлена на один из указанных показателей, например, на число лиц, занимающихся спортом, а в другом — на другой показатель, например, на городское население, проживающее на территории деятельности диспансера, то это приведет к разной нормативной численности должностей, не отражающей полный объем работы и нагрузку по обслуживанию всех указанных в документе контингентов населения и спортсменов.

Несмотря на ряд публикаций по ошибочности введения союза «или» в нормативную запись [3,4,5,6,7], это положение в приведенных приказах не исправлено, и теперь список таких документов пополнился и приказом № 274н.

Тем не менее, следуя букве приказа № 274н, нами проведены расчеты нормативной численности

должностей в двух вариантах: по численности прикрепленного населения и отдельно — по числу родов, а для использования применим, как это рекомендуется новым документом, любой, но только один, из итогов расчета.

Покажем такие расчеты на примере двух основных должностей медико-генетической консультации: врача-генетика и врача — лабораторного генетика.

Если ориентироваться на численность населения, то при нормативе, равном 3 должности врача-генетика на 1 млн. населения, для выполнения приказа № 274н в целом по стране необходимо 439 должности этих врачей. Расчет проводился путем умножения нормативного числа должностей на численность населения ($3 \times 146,451 = 439$). При этом использовалась среднегодовая численность населения [8].

Расчеты нормативной численности врачей-генетиков по числу родов проводятся поэтапно. Первоначально определяется число родов в год путем умножения уровня рождаемости, рассчитанного на 1000 населения, на численность населения, также выраженную в тысячах. Расчеты показывают, что общее число родов в стране составляет 1435219 ($9,8 \times 146451 = 1435219$). Уровень рождаемости определен по соответствующему статистическому сборнику [9]. Следующим этапом расчета является определение нормативного числа врачей-генетиков при нормативе, равном 3 должности на 10 тыс. родов в год. Расчет проводится путем умножения норматива на число родов и деления на 10 000. Расчеты показывают, что нормативное число врачей-генетиков составляет в этом случае 431 должность ($3 \times 1435219 : 10000 = 431$).

Таким образом, нормативное число врачей-генетиков, рассчитанное по численности населения (439 должности), и этот показатель, определенный на число родов (431 должность), примерно равны между собой.

Экономическая оценка этих данных проводится путем сравнения с фактической численностью должностей. Число врачей-генетиков в 2019 г. составляло 330 физических лиц [10]. К сожалению, мы не располагаем более свежими данными, так как указанный сборник с 2021 г. не публикуется в открытой печати. Эти 330 физических лиц врачей-генетиков при среднем коэффициенте совместительства, равном 1,2—1,3, могут занять 390—430 должностей. Следовательно, фактическое число врачей-генетиков может обеспечить почти полную выборку рекомендуемого приказом № 294н нормативного числа должностей, рассчитанного либо на численность населения, либо на число родов.

В том случае, если будет ликвидирована ошибка рассматриваемого нормативно-правового документа и союз «или» будет исключен из нормативной записи, то для обеспечения суммарной нормативной численности должностей врачей — генетиков, составляющей 780—860 должностей, необходимо увеличение фактического числа врачей-генетиков в 2 раза.

⁴ Приказ Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патологоанатомических исследований» (с изменениями и дополнениями) (приложение).

⁵ Приказ Минздрава России от 01.03.2016 № 134н «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»

⁶ Приказ Минздрава России от 23.10.2020 № 1144н «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)».

Таблица 1

Расчеты численности должностей врачей-генетиков по приказу № 274н в ряде регионов страны

Регион	Численность населения (в тыс.)	Уровень рождаемости (на 1000 населения)	Расчет числа родов в год	Расчет числа должностей по населению	Расчет числа должностей по родам в год	Фактическое число должностей
Рязанская область	1103,6	7,9	$7,9 \cdot 1103,6 = 8718$	$3,0 \cdot 1,104 = 3,312$	$3,0 \cdot 8718 : 10000 = 2,615$	2,0
Смоленская область	928,0	7,0	$7,0 \cdot 928,0 = 6496$	$3,0 \cdot 0,928 = 2,784$	$3,0 \cdot 6496 : 10000 = 1,949$	3,0
Республика Ингушетия	511,3	16,3	$16,3 \cdot 511,3 = 8334$	$3,0 \cdot 0,511 = 1,533$	$3,0 \cdot 8334 : 10000 = 2,500$	2,0
Республика Тыва	328,9	20,2	$20,2 \cdot 328,9 = 6644$	$3,0 \cdot 0,329 = 0,987$	$3,0 \cdot 6644 : 10000 = 1,993$	1,0

Таблица 2

Нормативное число должностей врачей — лабораторных генетиков по приказу № 917н и по приказу № 274н

№	Приказ № 917н	Приказ № 274н
1	3 на 1 000 000 населения и 10 тысяч родов в год (для обеспечения цитогенетических исследований);	2 должности на 1 млн. населения или 10 тысяч родов в год (для обеспечения цитогенетических исследований)
2	3 на 1 000 000 населения и 10 тысяч родов в год (для обеспечения биохимических исследований по пренатальному и неонатальному скринингу);	2 должности на 1 млн. населения или 10 тысяч родов в год (для обеспечения массового пренатального биохимического скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания)
3	2 на 1 000 000 населения и 10 тысяч родов в год (для обеспечения селективного биохимического скрининга);	1 должность на 1 млн. населения или 10 тысяч родов в год (для обеспечения неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания)
4	2 на 1 000 000 населения и 10 тысяч родов в год (для обеспечения молекулярно-генетических исследований)	1 должность на 1 млн. населения или 10 тысяч родов в год (для обеспечения селективного скрининга на наследственные заболевания обмена веществ)
5	—	2 должности на 1млн. населения или 10 тысяч родов в год (для обеспечения молекулярно-генетических исследований)
		2 должности на 20 тыс. исследований в год (для обеспечения расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания)

Для демонстрации возможности использования норм труда на региональном уровне нами проведены такие расчеты по 4-ем специально выбранным территориям, имеющим разную численность населения и разный уровень рождаемости. Эти данные приведены в табл. 1.

Как видно из данных таблицы, в регионах с относительно большой численностью населения и низким уровнем рождаемости (Рязанская и Смоленская области) расчетное нормативное число по численности населения превышает этот показатель, определенный по числу родов. Напротив, в регионах с небольшой численностью населения и высоким уровнем рождаемости (Республика Ингушетия и Республика Тыва) расчетные данные, основанные на числе родов, превышают таковые по численности населения. Такие соотношения вполне логичны.

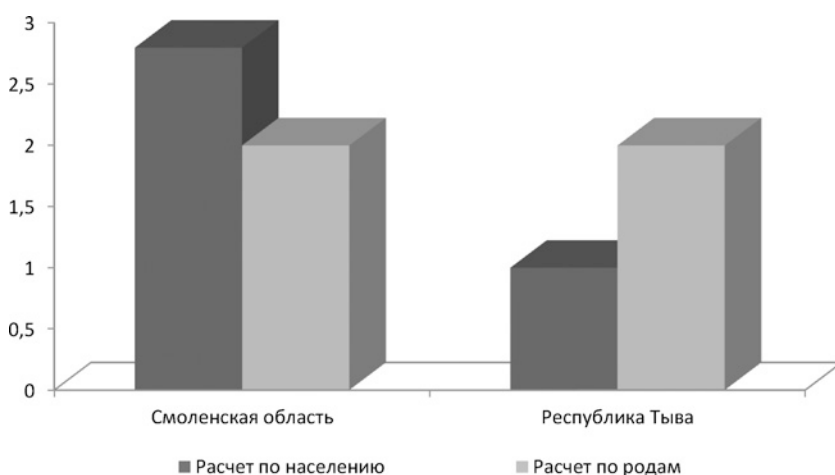


Рис. 2. Сравнительные данные по расчету нормативной численности должностей врачей-генетиков

На рис. 2 для наглядности представлены эти данные по двум территориям, имеющим крайние варианты рождаемости и численности населения.

На рисунке наглядно видно, что при предоставленной приказом № 274н возможности выбора одного из итоговых расчетных данных, для Смоленской области целесообразно принять норматив, рассчитанный по населению, т. е. 3 должности врача-генетика, а в Республике Тыва — по числу родов, т. е. 2 должности. Однако, совершенно очевидно, что в этом случае и работа врача-генетика в Смоленской области будет сосредоточена только на работе с населением, а в Республике Тыва — только по оказанию соответствующей помощи беременным и новорожденным.

Фактическая численность врачей — генетиков примерно совпадает с одним из расчетных данных, но если будет проведено изменение нормативного показателя и будет снят ошибочно введенный в нормативную запись союз «или», то фактическое число врачей-генетиков станет недостаточным для обеспечения приказа № 274н.

Иная ситуация сложилась с численностью должностей врачей — лабораторных генетиков. Нормативное число этих врачей по приказу № 274н устанавливается также, как и число врачей — генетиков, **или** на численность населения **или** на число родов. В таблице 2 представлена нормативная численность врачей — лабораторных генетиков по приказу № 917н и по новому приказу № 274н

Как видно из приведенных в таблице данных, общее число врачей — лабораторных генетиков приказом

Таблица 3

Расчеты нормативной численности врачей — лабораторных генетиков по приказу № 274н в целом по стране

№ п/п	Основания для расчета	Фактические данные	Расчеты
1	Численность населения	146,451 млн.	$8 \cdot 146,451 = 1172$
2	Число родов	1 435 219	$8 \cdot 1\,435\,219 : 10\,000 = 1148$

№ 274н несколько уменьшено: для проведения всех обозначенных в таблице 2 видов исследований приказом № 917н рекомендовалось суммарно 10 должностей врачей — лабораторных генетиков на 1млн. населения и столько же должностей на 10 тыс. родов, а по приказу № 274н — 8 должностей врачей — лабораторных генетиков на 1 млн родов или также 8 должностей на 10 тыс. родов.

Расчеты нормативного числа должностей врачей — лабораторных генетиков по приказу № 274н в целом по стране представлены в таблице 3, они проводятся по тому же алгоритму, как и врачей-генетиков.

При расчетах не был учтен норматив для обеспечения расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания: 2 должности на 20 тыс. исследований в год (п. 5 таблицы 2), который не может быть рассчитан на федеральном уровне ввиду отсутствия данных о числе таких исследований. Итоги расчетов нормативного числа должностей врачей — лабораторных генетиков показывают, что для выполнения приказа № 274н необходимо в целом по стране 1172 должности при расчете на население или 1148 должностей при расчете на число родов.

В стране в 2019 г. было 227 физических лиц врачей — лабораторных генетиков, которые при среднем коэффициенте совместительства, равном 1,2—1,3, могут занять 272—295 должностей. Следовательно, для выполнения приказа № 274н необходимо более чем 4-ех кратное увеличение врачей — лабораторных генетиков даже в том случае, если вопреки здравому смыслу не суммировать число должностей, рассчитанное на разные показатели. Таким образом, щедрость авторов приказа № 274н по установлению новых норм труда оказалась не обеспеченной числом физических лиц врачей — лабораторных генетиков.

В табл. 4 представлен расчет нормативного числа должностей врачей — лабораторных генетиков на региональном уровне по тем же территориям, что и врачей-генетиков, отраженный в табл. 1.

Как видно из данных таблицы, соотношения между показателями нормативной численности врачей — лабораторных генетиков, полученными при расчетах по численности населения и по числу родов такие же, как и соотношения норматива врачей-генетиков.

Таблица 4

Расчеты численности должностей врачей — лабораторных генетиков по приказу № 274н в ряде регионов страны

Регион	Расчет числа должностей по населению	Расчет числа должностей по родам в год	Фактическое число должностей
Рязанская область	$8,0 \cdot 1,104 = 8,832$	$8,0 \cdot 8718 : 10000 = 6,974$	3,0
Смоленская область	$8,0 \cdot 0,928 = 7,424$	$8,0 \cdot 6496 : 10000 = 5,197$	1,0
Республика Ингушетия	$8,0 \cdot 0,511 = 4,088$	$8,0 \cdot 8334 : 10000 = 6,667$	1,0
Республика Тыва	$8,0 \cdot 0,329 = 2,632$	$8,0 \cdot 6644 : 10000 = 5,315$	—

Что касается сравнения величин нормативного показателя и фактической численности врачей — лабораторных генетиков, то разрыв в этих данных весьма значителен. Так, в Рязанской области работает 3 врача — лабораторных генетиков, а по нормативам положено 8,75 и 7,0 должностей; в Республике Тыва вообще отсутствует должность врача — лабораторного генетика, в то время как по нормативам положено 2,5 и 5,25 должности соответственно.

На рис. 3 представлено расчетное нормативное число должностей врачей — лабораторных генетиков по двум территориям с крайними вариантами численности населения и уровнями рождаемости из четырех территорий, данные по которым отражены в таблице 4.

Соотношения между представленными показателями по территориям соответствуют рис. 2 по врачам-генетикам.

Формирование нормативной численности медицинских работников основывается на двух показателях: объеме и структуре работы и нормах времени на единицу работы. Сопоставление нормативной численности должностей и расчетной по объему работы, проводимое как на федеральном уровне, так и в конкретных медицинских организациях, является одним из аспектов экономической оценки нормативно-правового документа по труду. Методика таких расчетов достаточно полно отражена в соответствующей литературе [11, 12, 13]. Проведение таких

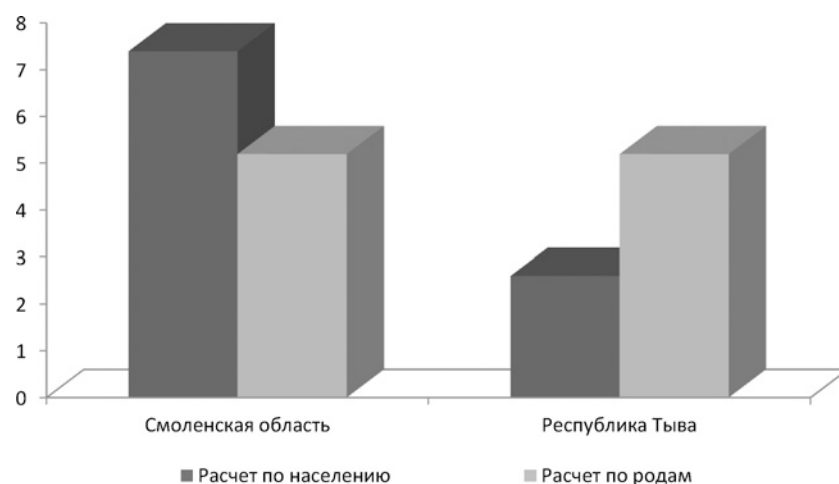


Рис. 3. Сравнительные данные по расчету нормативной численности должностей врачей — лабораторных генетиков

работ в медико-генетических консультациях в настоящее время невозможно из-за отсутствия норм времени на посещение врача-генетика, а также на отдельные исследования (группы исследований), осуществляемые в лабораториях на современной аппаратуре. Нерешенность этого главного вопроса в нормировании труда медицинских работников лаборатории (не только в медико-генетической консультации, но и в целом в лабораторной службе страны) делает непрозрачным формирование численности должностей и не позволяет в полной мере провести экономический анализ деятельности подразделений лабораторной диагностики.

Заключение

Приказ № 274н в части, касающейся штатно-нормативной обеспеченности медико-генетической консультации, не может быть внедрен в практику здравоохранения по следующим причинам:

- ошибочности нормативной записи с возможностью альтернативного способа расчета, не соответствующего полному объему деятельности медицинских работников медико-генетической консультации;
- экономической необоснованности новых норм труда, представленных в нормативно-правовом документе.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб. Росстат. М.; 2021. С. 29.
2. Шипова В. М. Минздрав изменил штатные нормативы медико-генетических консультаций. Что нового для лаборатории. *Справочник заведующего КДЛ*. 2022;(9):26—30.
3. Шипова В. М. Кто проверит здоровье граждан, готовящихся к труду и обороне? *Правовые вопросы в здравоохранении*. 2016;(9):80—83.
4. Р. У. Хабриев, В. М. Шипова, С. М. Гаджиева. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. С. 31.
5. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правых актов с комментариями. В. М. Шипова; под ред. Р.У.Хабриева. — 3-е издание, перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. С. 98.
6. Шипова В. М., Миргородская О. В. Новые нормы труда по спортивной медицине и лечебной физкультуре. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2021;7(2):77—85.
7. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правых актов с комментариями. В. М. Шипова; под ред. Р.У.Хабриева. — 4-е издание, перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2021. С. 30—31, С. 89.
8. Регионы России. Социально-экономические показатели, 2021; Стат. сб. Росстат. М.; 2021. С.45—46.
9. Демографический ежегодник России, 2021: Стат. сб. Росстат. М.; 2021. С. 15, 37.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 06.12.2022; одобрена после рецензирования 31.01.2023; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 06.12.2022; approved after reviewing 31.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

10. Ресурсы и деятельность медицинских организаций 1 часть Медицинские кадры. Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. М.; 2020. С. 22—23, С. 36—37.
11. Штатное расписание медицинской организации. В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. С. 66—80.
12. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении. В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. С. 201—211.
13. Расчет численности должностей медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы: Учебное пособие. В. М. Шипова, Е. А. Берсенева, К. В. Кириллов и др. М.: ООО «Светлица»; 2019. 108 с.

REFERENCES

1. Healthcare in Russia 2021. Moscow: Rosstat; 2021. (in Russian).
2. Shipova V. M. The Ministry of Health has changed the staffing standards of medical and genetic consultations. What's new for the laboratory. *Directory of Head of the CDL. [Spravochnik zaveduyushchego KDL]*. 2022;(9):26—30. (in Russian).
3. Shipova V. M. Who will check the health of citizens preparing for labor and defense? *Legal issues in healthcare. [Pravovye voprosy v zdravoohranenii]*. 2016;(9):80—83. (in Russian).
4. Khabriev R. U., Shipova V. M., Gadzhieva S. M. *Kommentarii k normam truda v zdravoohranenii [Comments on labor standards in health care]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017: 144. (in Russian).
5. Shipova V. M. Regulation of labor relations in health care. Collection of legal acts with comments *[Regulirovanie trudovykh otnosheniy v zdravookhramenii. Sbornik normativno-pravovykh aktov s kommentariyami]*. 3th ed. Ed. R. U. Khabriev. Moscow: GEOTAR-Media; 2020:98. (in Russian).
6. Shipova V. M., Mirgorodskaya O. V. New labor standards in sports medicine and physical therapy. *GORZDRAV: news, opinions, training. Bulletin of the HSHOM. [GORZDRAV: news, opinions, training. Vestnik VShOUZ]*. 2021;7(2):77—85. (in Russian).
7. Shipova V. M. Regulation of labor relations in health care. Collection of legal acts with comments *[Regulirovanie trudovykh otnosheniy v zdravookhramenii. Sbornik normativno-pravovykh aktov s kommentariyami]*. 4th ed. Ed. R. U. Khabriev. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. 89 p. (in Russian).
8. Regions of Russia. Socio-economic indicators 2021. Moscow: Rosstat; 2021. (in Russian).
9. Demographic Yearbook of Russia 2021. Moscow: Rosstat; 2021. (in Russian).
10. Resources and activities of medical organizations. Part 1. Medical personnel. Ministry of Health of the Russian Federation Department of Monitoring, Analysis and Strategic Development of Healthcare of the Federal State Budgetary Institution «Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare» of the Ministry of Health of the Russian Federation. М.; 2020:22—23, 36—37. (in Russian).
11. V. M. Shipova. Staffing of a medical organization. Ed. R. U. Khabriev. Moscow.: GEOTAR-Media; 2015:66—80. (in Russian).
12. V. M. Shipova. Organization and technology of labor rationing in healthcare. Ed. R. U. Khabriev. Moscow.: GEOTAR-Media; 2018:201—211. (in Russian).
13. V. M. Shipova, E. A. Berseneva, K.V.Kirillov. Calculation of the number of positions of medical workers of the auxiliary medical diagnostic service. Moscow: LLC «Svetlitsa»; 2019:108. (in Russian).

История медицины

Научная статья

УДК 93/94

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.011

Классик отечественной педиатрии Ю. Ф. Домбровская

Армен Суменович Саркисов

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

as.sar@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0059-2558>

Аннотация. На основании архивных исследований и литературных публикаций составлена творческая биография российской педиатра Юлии Фоминичны Домбровской, оценены ее достижения в науке, клинической медицине, организации здравоохранения и, прежде всего, в становлении службы охраны материнства и младенчества в Москве. Указаны имена педиатров, представителей отечественной медицины, которые оказали существенное воздействие на профессиональное формирование и становление Ю. Ф. Домбровской. В статье обозначены некоторые этапы развития педиатрии в 1-м Московском медицинском институте имени И. М. Сеченова (ныне Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова) в годы советской власти. Отмечена роль Ю. Ф. Домбровской в воздвижении в Москве памятника основателю русской педиатрической школы Н. Ф. Филатову, а также в сохранении за кафедрой детских болезней 1-го Московского медицинского института им. И. М. Сеченова старого здания клиники после завершения строительства нового здания.

Ключевые слова: педиатрия; педиатр; детские болезни; детская клиническая больница; охрана материнства и младенчества.

Для цитирования: Саркисов А. С. Классик отечественной педиатрии Ю. Ф. Домбровская // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 67–71. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.011.

History of medicine

Original article

The classic of Russian pediatrics Yu. F. Dombrovskaya

Armen S. Sarkisov

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

as.sar@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0059-2558>

Abstract. Based on archival research and literary publications, a creative biography of the Russian pediatrician Yulia Dombrovskaya was compiled, her achievements in science, clinical medicine, healthcare organization and, above all, in the formation of the maternity and infancy protection service in Moscow were evaluated. The names of pediatricians, representatives of domestic medicine who had a significant impact on the professional formation and formation of Yu. F. Dombrovskaya are indicated. The article outlines some stages of the development of pediatrics at the 1st Moscow Medical Institute named after I. M. Sechenov (now the First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov) during the Soviet era. The role of Yu. F. Dombrovskaya in the erection of a monument to the founder of the Russian pediatric school N. F. Filatov in Moscow, as well as in the preservation of the old clinic building at the Department of Children's Diseases of the 1st Moscow Medical Institute named after I. M. Sechenov after the completion of the construction of the new building, was noted.

Key words: pediatrics; pediatrician; pediatric diseases; children's clinical hospital; protection of motherhood and infancy.

For citation: Sarkisov A. S. The classic of Russian pediatrics Yu. F. Dombrovskaya. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):67–71. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.011.

Юлия Фоминична Домбровская родилась 11 декабря 1890 г. в Ельце, в семье ветеринарного врача и медицинской сестры¹ [1, 2].

В 1907 г., после окончания с золотой медалью гимназии, по призванию поступила Женский меди-

цинский институт в Петербурге и в 1912 г., Ю. Ф. Домбровская, студентка четвертого курса, прилагая энергичные усилия, добилась откомандирования в Кронштадтскую лабораторию Императорского института экспериментальной медицины («Чумный форт»), где проводились исследования возбудителей чумы и холеры². Результатом этой командировки стала ее первая научная работа, выпол-

¹ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 5.

ненная под руководством профессора Д. К. Заболотного «Особенности вибрио № 2», которая была опубликована во Франции³ [2; 3, с. 6; 4, с. 3].

В 1913 г., окончив медицинский институт и получив диплом врача, Ю. Ф. Домбровская переехала в Москву и в качестве экстерна, затем врача-интерна Софийской больницы (ныне детская больница им. Н. Ф. Филатовская детская больница)⁴ приступила к работе под руководством старшего ординатора, доктора медицины, педиатра И. М. Рахманинова⁵. В это же время была референтом журнала «Медицинское обозрение». И. М. Рахманинов состоял членом редколлегии журнала «Медицинское обозрение», и мы полагаем, что именно по его предложению и рекомендации Ю. Ф. Домбровская в качестве референта стала сотрудничать с этим изданием⁶ [3, с. 6; 4, с. 6; 5, с. 3; 6, с. 105; 7, с. 251].

В 1916 г. Ю. Ф. Домбровская перешла работать в качестве ординатора в бывшую Хлудовскую детскую больницу⁷, на базе которой была организована клиника детских болезней медицинского факультета Императорского Московского университета. В то время клинику возглавлял профессор Н. С. Корсаков [8], ученик основателя русской педиатрической школы Н. Ф. Филатова [9; 10; 11, с. 647]. Клиника и кафедра детских болезней, в 1919 г. отделённая от кафедры акушерства и женских болезней⁸, вошли в состав Московского Государственного университета. Здесь бережно хранили и развивали традиции, заложенные Н. Ф. Филатовым. Ближайшие ученики и последователи Н. Ф. Филатова Г. Н. Сперанский [12, 13] и В. И. Молчанов [14, 15] оказали самое непосредственное влияние на формирование Ю. Ф. Домбровской как детского врача [3, с. 6—7; 6, с. 105].

Отдавая должное учителям и наставникам Ю. Ф. Домбровской, не следует забывать о роли молодого советского государства, которое объявило своим стратегическим приоритетом охрану материнства и младенчества. Эта грандиозная задача требовала беспрецедентных, новаторских преобразований в системе здравоохранения. «Очерки истории отечественной педиатрии» свидетельствуют: «Ни в одной области медицины не произошло за сравнительно короткий срок такой коренной ломки учреждений, такого быстрого расширения кругозора, такого переворота во взглядах на свое дело, свои обязанности, как у педиатров» [11, с. 654—655]. В

² Супотницкий М. В., Супотницкая Н. С. Очерки истории чумы. Available at: <http://supotnitskiy.ru/book/book3-30.htm>

³ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 5—9.

⁴ Софийская больница. Available at: https://ru-wiki.ru/wiki/Софийская_больница

⁵ Иван Михайлович Рахманинов. Available at: <https://ok.ru/group/53851371667599/topic/131118388147599>.

⁶ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 5—9.

⁷ Детская хлудовская больница. Available at: <https://moscowwalks.livejournal.com/595321.html>.

⁸ История Университетской детской клинической больницы МГМУ им. Сеченова. Available at: https://news_enc.academic.ru/7269/История_Университетской_детской_клинической_больницы_МГМУ_им._Сеченова

1916—1920 гг. Ю. Ф. Домбровской довелось под руководством Н. А. Семашко [16] и А. И. Коллонтай [17] принимать деятельное участие в организации первых женских и детских консультаций, яслей, детских садов, вести врачебные приемы детей грудного возраста в учреждениях Общества борьбы с детской смертностью, возглавлять Московский городской отдел охраны материнства и младенчества⁹ [2; 4, с. 6; 6, с. 105].

В 1921 г. Ю. Ф. Домбровская была утверждена в должности ассистента детской клиники медицинского факультета Московского государственного университета (с 1930 г. — 1-го Московского медицинского института)¹⁰ [18]. Развивая идеи Г. Н. Сперанского и В. И. Молчанова, добилась устройства в клинике молочной кухни, организации в 1925 г. детской консультации и в 1927 г. стационарного отделения для детей грудного возраста [4, с. 3].

Проблема снижения детской смертности, особенно при заболеваниях органов дыхания находилась под постоянным вниманием Ю. Ф. Домбровской на протяжении всей её научно-практической деятельности. Совместно с В. И. Молчановым, который в ее лице нашёл талантливого энергичного соратника, она разработала клиническую классификацию пневмоний [2; 3, с. 7; 4, с. 4; 19, с. 4]. Всесторонние исследования Ю. Ф. Домбровской вопросов возникновения, развития и лечения пневмоний у детей раннего периода жизни привели ее к убеждению, что не возбудитель болезни, а реактивность и состояние организма ребенка, его иммунобиологический статус определяют развитие и исход этой патологии. Результаты многолетних научных изысканий и клинических наблюдений были обобщены в докторской диссертации, которую Ю. Ф. Домбровская защитила в 1936 г.¹¹ [4, с. 4; 19, с. 3].

Еще в 1936 г. Домбровская, под руководством В. И. Молчанова, наряду с другими сотрудниками кафедры, принимала участие в составлении учебника «Пропедевтика детских болезней» [20]. С 1952 г. учебник, неизменно востребованный студентами медицинских вузов, педиатрами, врачами других специальностей, выдержавший пять изданий, переведенный на иностранные языки, издавался тремя соавторами — В. И. Молчановым, Ю. Ф. Домбровской, Д. Д. Лебедевым. В 1953 г. учебнику Министерством здравоохранения СССР была присуждена премия имени Н. Ф. Филатова [21].

С 1926 г. доцент детской клиники, Ю. Ф. Домбровская в 1936 г. была избрана профессором, а в 1939 г. — заведующей кафедрой детских болезней санитарно-гигиенического факультета. С 1951 г., после объединения кафедр двух факультетов, становится заведующей кафедрой детских болезней лечебного факультета 1-го Московского медицинского института¹² [2; 18].

⁹ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 5.

¹⁰ Там же. — Л. 10.

¹¹ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 16.

¹² Там же. — Л. 10.

Для Ю. Ф. Домбровской не существовало малозначимых тем в педиатрии. В 1943 г. она выступила не только редактором, но и одним из авторов «Справочника для сестер, работающих в детских лечебных и профилактических учреждениях» [22]. В этом небольшом практическом пособии, целью которого было изложить особенности подхода медицинской сестры к пациентам детского возраста, первостепенное внимание уделялось тому, что «работа сестры в детских учреждениях гораздо напряженнее, чем работа в больницах для взрослых, особенно в лечебных и профилактических учреждениях для грудных детей» [22, с. 2.]. Ценность такого пособия была тем более очевидна, потому что сестра по уходу за здоровым и больным ребенком являлась «новым типом работника для детских учреждений», чего не было в дореволюционной России [11].

В годы Великой Отечественной войны, оставаясь в Москве, Ю. Ф. Домбровская глубоко изучала развитие патологии у детей, переживших временную оккупацию или находившихся в прифронтовых районах. Впервые в отечественной медицине она описала нефриты военного времени. В этот период под ее руководством и при непосредственном участии в клинике детских болезней проводились исследования остеопатии и дискинетических расстройств желудочно-кишечного тракта, были выделены в отдельную группу нарушений здоровья «вторичные эндокринопатии», установлены особенности течения ревматизма и рахита у детей войны [2; 3, с. 7; 4, с. 4; 19, с. 5].

Широкую известность получила изданная в 1948 г. монография Ю. Ф. Домбровской «Витамины в педиатрии», в которой обобщены наблюдения за детьми, находившимися в 1941—1943 гг. в клинике детских болезней [23]. В работе не только подробно описаны известные нарушения, но и стертые формы недостаточности витаминов, а также ранее неизвестные формы авитаминозов у детей. Дальнейшее развитие тема значения витаминов в детском возрасте получила в монографии «Витаминная недостаточность у детей» [24], которая была отмечена премией имени Н. Ф. Филатова [4, с. 4].

В 1945 г. Ю. Ф. Домбровская была избрана членом-корреспондентом, а в 1953 г. действительным членом АМН СССР¹³.

В послевоенные годы исследования патологии органов дыхания у детей были значительно расширены и получили дальнейшее развитие. Этому также способствовало завершение в 1960 г. строительства нового здания детской клиники, что позволило увеличить коечный фонд до 210 коек и предусмотреть создание новых стационарных отделений¹⁴.

Исследования Ю. Ф. Домбровской и ее сотрудников обогатили педиатрию использованием бронхоскопии в качестве не только диагностического, но

и лечебного метода. Признание получило применение в развернутом специализированном бронхологическом отделении электроаэрозолей отрицательного заряда ряда лекарственных веществ для лечения больных пневмонией и бронхиальной астмой [2; 3, с. 8—9; 5, с. 4; 19, с. 4]. Результаты многолетних исследований проблемы возникновения и развития легочных поражений у детей Ю. Ф. Домбровской обобщены в монографии «Клиника и патогенез гипоксемии растущего организма» [25], которая была отмечена почетным дипломом ВДНХ СССР в 1965 г. [8, с. 4]. В 1968 г. работы Ю. Ф. Домбровской по изучению болезней органов дыхания, в которых она впервые установила и описала процесс формирования легочного сердца у детей при хронической пневмонии, были вновь отмечены этой наградой [2; 3, с. 8; 5, с. 4; 19, с. 4].

С организацией новых специализированных отделений — диффузных болезней соединительной ткани и ювенального ревматоидного артрита — появилась возможность углубленного изучения коллагенозов, прежде всего, ревматоидного артрита, системной красной волчанки, склеродермии [3, с. 9; 5, с. 4; 6, с. 106].

Неустанный труд Ю. Ф. Домбровской достойно оценен советским народом, правительством государства. Лауреат Ленинской премии (1970), депутат Верховного Совета РСФСР (1951—1959), она была награждена тремя орденами Ленина, орденом Трудового Красного Знамени. Ю. Ф. Домбровская возглавляла правление Всесоюзного и Московского обществ детских врачей, была экспертом ВАК, состояла почетным членом ряда зарубежных научных медицинских обществ¹⁵ [2; 3, с. 9; 4, с. 6; 5, с. 5; 6, с. 106; 7, с. 251; 19, с. 6].

Авторитет Ю. Ф. Домбровской был высок. Ей удалось отстоять за кафедрой детских болезней старое здание клиники, которое после завершения строительства нового здания должно было перейти в другие руки. Благодаря ее заботливому вниманию, настойчивости, в Москве, на Большой Пироговской улице был воздвигнут памятник «другу детей» — Н. Ф. Филатову¹⁶ [6, с. 106].

Оглядываясь на пройденный путь, Ю. Ф. Домбровская однажды заметила, что после окончания медицинского института «посвятила себя педиатрии»¹⁷. Это очень точно передает ответственное отношение Ю. Ф. Домбровской к делу всей своей жизни: она рассматривала работу врача не как работу и исполнение обязанностей, а именно как служение. Профессор М. А. Жуковский, оценивая ее вклад в развитие медицины, имел самые веские основания утверждать: «Ю. Ф. Домбровская принадлежит к той небольшой группе ученых, которые создавали специальность» [3, с. 5.].

¹³ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 10.

¹⁴ История Университетской детской клинической больницы МГМУ им. Сеченова. Available at: https://news_enc.academic.ru/7269/История_Университетской_детской_клинической_больницы_МГМУ_им._Сеченова

¹⁵ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 24.

¹⁶ Колесов Д. В. Устойчивая доминанта моего внутреннего мира (к 110-летию со дня рождения Ю. Ф. Домбровской). Available at: <http://rl-online.ru/articles/1-02/35.html>.

¹⁷ Домбровская Ю. Ф. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 4.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Жуковский М. А. Домбровская Юлия Фоминична. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1977; т. 7: 463.
2. Домбровская Юлия Фоминична. В кн.: 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. 1-е изд. М.: Шико; 2008: 184—185.
3. Жуковский М. А. Творческий путь действительного члена Академии медицинских наук СССР профессора Ю. Ф. Домбровской. (К 50-летию научной деятельности). В кн.: Аллергия в патологии детства. М.: Медицина; 1969: 5—10.
4. Профессор Юлия Фоминична Домбровская. (К 80-летию со дня рождения). *Вопросы охраны материнства и детства*. 1972;17(2):3—6.
5. Академик Ю. Ф. Домбровская. (К 80-летию со дня рождения). *Педиатрия*. 1972;(1):3—5.
6. Шахбазян Е. Е. Юлия Фоминична Домбровская (1891—1976). *Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского*. 2002;(3):105—107.
7. Микиртичан Г. Л. Классики советской педиатрии Юлия Фоминична Домбровская и Александр Фёдорович Тур. *Российский педиатрический журнал*. 2017;20(4):250—256.
8. Корсаков Николай Сергеевич. В кн.: 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. 1-е изд. М.: Шико; 2008: 275.
9. Таболин В. А. Филатов Нил Федорович. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е издание. М.: Советская энциклопедия; 1985; т. 26: 320.
10. Филатов Нил Федорович. В кн.: 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. 1-е изд. М.: Шико; 2008: 574—575.
11. Сперанский Г. Н., Домбровская Ю. Ф., Жуковский М. А. Очерки истории отечественной педиатрии. В кн.: Многотомное руководство по педиатрии. Ред. Ю. Ф. Домбровская, Г. Н. Сперанский. М.: Медицина; 1965; т. 10: 623—719.
12. Таболин В. А. Сперанский Георгий Нестерович. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1985; т. 24: 89—90.
13. Сперанский Георгий Нестерович. В кн.: 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. 1-е изд. — М.: Шико; 2008: 529—530.
14. Тюрин Н. А. Молчанов Василий Иванович. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1981; т. 15: 429.
15. Молчанов Василий Иванович. В кн.: 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. 1-е изд. М.: Шико; 2008: 377—378.
16. Семашко Николай Александрович. В кн.: 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. 1-е изд. М.: Шико; 2008: 499—500.
17. Коллонтай Александра Михайловна. В кн.: Большая советская энциклопедия. 2-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1953; т. 22: 12—13.
18. Петров В. И. Московский 1-й медицинский институт. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1981; т. 15: 468—471.
19. Академик АМН СССР проф. Ю. Ф. Домбровская и ее вклад в развитие пульмонологии. *Педиатрия*. 1978;(4):3—6.
20. Молчанов В. И. Пропедевтика детских болезней (Введение в педиатрическую клинику). М.-Л.: Биомедгиз; 1936.
21. Молчанов В. И., Домбровская Ю. Ф., Лебедев Д. Д. Пропедевтика детских болезней. Под ред. проф. В. И. Молчанова. 3-е изд. М.: Медгиз; 1953.
22. Справочник для сестер, работающих в детских лечебных и профилактических учреждениях. Под ред. проф. Ю. Ф. Домбровской. М.: Медгиз; 1943.
23. Домбровская Ю. Ф. Витамины в педиатрии. М.: Издательство Академии медицинских наук СССР; 1948.
24. Домбровская Ю. Ф. Витаминная недостаточность у детей. М.: Медгиз; 1963.
25. Домбровская Ю. Ф. Клиника и патогенез гипоксемии растущего организма. М.: Медгиз; 1961.

REFERENCES

1. Zhukovsky M. A. Dombrovskaya Yulya Fominichna. In: Big medical encyclopedia. [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Sov. entsiklopediya; 1977; vol. 7: 463. (in Russian).
2. Dombrovskaya Yulya Fominichna. In: Figures of medical science and health care — employees and Pets of the Moscow medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdavookhraniya — sotrudniki i pitomtzy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar'*]. Ed. by M. A. Palcev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008: 184—185. (In Russian).
3. Zhukovsky M. A. The creative path of a full member of the Academy of Medical Sciences of the USSR, professor Yu. F. Dombrovskaya. In: Allergy in the pathology of childhood. [*Allergii v patologii detstva*]. Moscow: Meditsina; 1969. (in Russian).
4. Professor Yulia Fominichna Dombrovskaya. (To the 80th anniversary of his birth). *Questions of protection of motherhood and childhood*. [*Voprosy ohrany materinstva i detstva*]. 1972;17(2):3—6. (in Russian).
5. Academician Yu. F. Dombrovskaya. (For the 80th anniversary of her birth). *Pediatrics*. [*Pediatriya*]. 1972;(1):3—5. (in Russian).
6. Shahbazyan E. E. Yulia Fominichna Dombrovskaya (1891—1976). *Pediatrics. The journal named after G. N. Speransky*. [*Pediatriya. Zhurnal imeni G. N. Speransky*]. 2002;(3):105—107. (in Russian).
7. Mikirtichan G. L. Classics of Soviet pediatrics Yulia Fominichna Dombrovskaya and Alexander Fedorovich Tur. *Russian pediatric journal*. [*Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*]. 2017;20(4): 250—256. (in Russian).
8. Korsakov Nikolay Sergeevich. In: Figures of medical science and health care — employees and Pets of the Moscow medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdavookhraniya — sotrudniki i pitomtzy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar'*]. Ed. by M. A. Palcev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008: 275. (in Russian).
9. Tabolin V. A. Filatov Nil Fiodorovich. In: Big medical encyclopedia [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Sov. entsiklopediya; 1985; vol. 26: 320. (in Russian).
10. Filatov Nil Fiodorovich. In: Figures of medical science and health care — employees and Pets of the Moscow medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdavookhraniya — sotrudniki i pitomtzy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar'*]. Ed. by M. A. Palcev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008: 574—575. (in Russian).
11. Speransky G. N., Dombrovskaya Yu. F., Zhukovsky M. A. Essays on the history of domestic pediatrics. In: Multi-volume guide to pediatrics [*Mnogotomnoe rukovodstvo po pediatrii*]. Ed. Yu. F. Dombrovskaya, G. N. Speransky. Moscow: Meditsina; 1965; vol. 10: 623—719. (in Russian).
12. Tabolin V. A. Speransky Georgiy Nesterovich. In: Big medical encyclopedia. [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Sov. entsiklopediya; 1985; vol. 24: 89—90. (in Russian).
13. Speransky Georgiy Nesterovich. In: Figures of medical science and health care — employees and Pets of the Moscow medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdavookhraniya — sotrudniki i pitomtzy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar'*]. Ed. by M. A. Palcev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008: 529—530. (in Russian).
14. Tyurin N. A. Molchanov Vasilii Ivanovich. In: Big medical encyclopedia. [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Sov. entsiklopediya; 1981; vol. 15: 429. (in Russian).
15. Molchanov Vasilii Ivanovich. In: Figures of medical science and health care — employees and Pets of the Moscow medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdavookhraniya — sotrudniki i pitomtzy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar'*]. Ed. by M. A. Palcev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008: 377—378. (in Russian).
16. Semashko Nikolay Aleksandrovich. In: Figures of medical science and health care — employees and Pets of the Moscow medical

- Academy named after I. M. Sechenov: Biographical dictionary. [*Deyateli meditsinskoj nauki i zdravookhraneniya — sotrudniki i pitomtsy Moskovskoj meditsinskoj akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskij slovar'*]. Ed. by M. A. Palcev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008: 499—500. (in Russian).
17. Kollontay Aleksandra Michaylovna. In: Big Soviet encyclopedia. [*Bol'shaya sovetskaya entsiklopediya*]. 2nd ed. Moscow: Sov. entsiklopediya; 1953; vol. 22: 12—13. (in Russian).
 18. Petrov V. I. Moscow 1st Medical Institute. Big medical encyclopedia. [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Sov. entsiklopediya; 1981; vol. 15: 468—471. (in Russian).
 19. Academician of the USSR Academy of Medical Sciences, Professor Yu. F. Dombrovskaya and her contribution to the development of pulmonology. *Pediatrics*. [*Pediatrics*]. 1978;(4):3—6. (in Russian).
 20. Molchanov V. I. Propaedeutics of children's diseases (Introduction to the pediatric clinic). [*Propedevtika detskih bolezney (Vvedenie v pediatricheskuyu kliniku)*]. Moscow-Leningrad: Biomedgiz; 1936. (in Russian).
 21. Molchanov V. I., Dombrovskaya Yu. F., Lebedev D. D. Propaedeutics of children's diseases. [*Propedevtika detskih bolezney*]. Ed. by prof. V. I. Molchanov. 3rd ed. Moscow: Medgiz; 1953. (in Russian).
 22. Handbook for nurses working in children's medical and preventive institutions. [*Spravochnik dlya sesteor rabotayuschih v detskih lechebnyh i profilakticheskikh uchrezhdeniyah*]. Ed. by prof. Yu. F. Dombrovskaya. Moscow: Medgiz; 1943. (in Russian).
 23. Dombrovskaya Yu. F. Vitamins in pediatrics. [*Vitaminy v pediatrii*]. Moscow: Publishing House of the Academy of Medical Sciences of the USSR, 1948. (in Russian).
 24. Dombrovskaya Yu. F. Vitamin deficiency in children [*Vitaminnaya nedostatochnost' u detey*]. Moscow: Medgiz; 1963. (in Russian).
 25. Dombrovskaya Yu. F. Clinic and pathogenesis of hypoxemia of a growing organism [*Klinika i patogenez gipoksemii rastushego organizma*]. Moscow: Medgiz; 1961. (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.07.2022; одобрена после рецензирования 29.09.2022; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 25.07.2022; approved after reviewing 29.09.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614.2:613:616.936-08-084(091)«19»(470.44)(045)

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.012

Вклад Дома санитарного просвещения и малярийной станции в профилактику и борьбу с малярией в Саратовской области в 20-е годы XX века

Аркадий Иванович Завьялов¹✉, Светлана Владимировна Райкова²,
Вячеслав Викторович Петров³, Юрий Владимирович Ищенко⁴

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

²Саратовский МНЦ гигиены ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», 410022, г. Саратов, Российская Федерация;

^{3,4}Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, 410012, г. Саратов, Российская Федерация

¹ark.zavyalow@yandex.ru. <https://orcid.org/0000-0003-3982-6013>

²matiz853@endex.ru. <https://orcid.org/0000-0001-5749-2382>

³vyacheslav.petrov62@mail.ru. <https://orcid.org/0000-0003-0668-9665>

⁴ishenko1978@yandex.ru. <https://orcid.org/0000-0002-4259-5423>

Аннотация. В статье представлен научно-практический вклад Дома санитарного просвещения и малярийной станции в организацию борьбы и профилактики малярии в Саратовской области в 20-е годы XX века. Рассмотрены основные формы и методы санитарно-просветительной работы сотрудников Дома санитарного просвещения, малярийной станции, врачей-лекторов, организаторов выставок, направленные на повышение гигиенических знаний и санитарной культуры среди городских и сельских жителей региона.

Ключевые слова: санитарное просвещение, малярия, Саратовская область.

Для цитирования: Завьялов А. И., Райкова С. В., Петров В. В., Ищенко Ю. В. Вклад Дома санитарного просвещения и малярийной станции в профилактику и борьбу с малярией в Саратовской области в 20-е годы XX века // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 72—77. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.012.

Original article

Contribution of the House of health education and malaria station to the prevention and control of malaria in the Saratov region in the 20-s of the twentieth century

Arkady I. Zavyalov¹✉, Svetlana V. Raikova², Vyacheslav V. Petrov³, Yuriy V. Ishchenko⁴

¹FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation;

²Saratov Hygiene Medical Research Center of the FBSI «FSC Medical and Preventive Health Risk Management Technologies», 410022, Saratov, Russian Federation;

^{3,4}Saratov State Medical University, 410012, Saratov, Russian Federation,

¹ark.zavyalow@yandex.ru. <https://orcid.org/0000-0003-3982-6013>

²matiz853@endex.ru. <https://orcid.org/0000-0001-5749-2382>

³vyacheslav.petrov62@mail.ru. <https://orcid.org/0000-0003-0668-9665>

⁴ishenko1978@yandex.ru. <https://orcid.org/0000-0002-4259-5423>

Abstract. The article presents the scientific and practical contribution of the Sanitary House and malaria station to the organization of malaria control and prevention in the Saratov region in the 20s of the twentieth century. There are considered forms and methods of sanitary and educational work of employees of the House of Sanitary Education and doctors-lecturers aimed at improving hygienic knowledge and sanitary culture among urban and rural residents of the region.

Key words: health education, malaria, Saratov region.

For citation: Zavyalov A. I., Raikova S. V., Petrov V. V., Ishchenko Yu. V. Contribution of the House of Health Education and malaria station to the prevention and control of malaria in the Saratov region in the 20-s of the twentieth century. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):72–77. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.012.

В годы гражданской войны в Саратовской области на фоне экономической разрухи, голода, низкой санитарной культуры среди населения, эпидемий

сыпного и возвратного тифов, дифтерии, трахомы и чесотки значительно увеличился уровень заболеваемости малярией. Об этом свидетельствуют непол-

Показатели заболеваемости малярией среди населения в губерниях европейской части РСФСР на 10 000 человек

Наименование губерний	1913 год	1922 год
Московская	128	183
Саратовская	462,5	357,2
Симбирская	454,2	408,3
Самарская	513,3	639,8
Астраханская	449,1	956,1

ные и разрозненные отчеты врачей того времени. Так, проведенные статистические исследования И. А. Добрейцера о заболеваемости малярией среди жителей губерний европейской части РСФСР накануне первой мировой и после окончания гражданской войн на 10 000 населения наглядно свидетельствуют, что наибольшее число больных отмечалось в регионах Среднего и Нижнего Поволжья. Особенно неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сложилась в 1922 г. в Самарской и Астраханской губерниях, где заболеваемость увеличилась в 1,25—2,1 раза (соответственно) по сравнению с 1913 годом [1].

В таблице представлены показатели заболеваемости малярией среди населения в губерниях европейской части РСФСР до начала первой мировой (1913 г.) и окончания гражданской войн (1922 г.) на 10 000 человек.

В сложившейся неблагоприятной эпидемиологической ситуации в Саратовской области городской отдел здравоохранения 26 февраля 1919 г. принял постановление об организации в Саратове Дома санитарной культуры, переименованного в дальнейшем в Дом санитарного просвещения (ДСП). Его основная деятельность была направлена на проведение санитарно-просветительной работы среди населения по предупреждению и борьбе с инфекционными заболеваниями. Администрацией города для ДСП было выделено отдельное здание, в котором имелись аудитория для чтения лекций, помещения для создания санитарно-гигиенического музея и проведения в нем выставок, а также библиотеки, читального зала, мастерской по изготовлению диапозитивов и наглядных пособий.

В первые годы работы штат сотрудников ДСП состоял из 6 человек: руководителя учреждения (врач С. А. Степанов — крупный специалист по санитарному просвещению, впоследствии возглавлял отдел санитарного просвещения Наркомздрава РСФСР), двух врачей-лекторов, инструктора и двух лаборантов. В составе ДСП были организованы три отдела: издательское бюро, отдел по изготовлению наглядных пособий и лекционный.

Первоначально санитарно-просветительная работа сотрудников ДСП заключалась в чтении лекций и проведении бесед среди населения с обязательной демонстрацией диапозитивов, плакатов, лозунгов, посвященных организации и проведению мер борьбы и профилактики острых инфекционных заболеваний, в том числе и малярии¹.

В деятельности Дома санитарного просвещения важное место занимало привлечение в широкомасштабную санитарно-просветительную работу общественных организаций (Всероссийский профессиональный союз работников лечебно-санитарного дела, общества Красного Креста и Красного Полумесяца), трудящихся промышленных предприятий, школьников и студентов университета. Умело организованная методическая и санитарно-просветительная работа с участием в ней большого числа людей, позволили в ближайшие годы снизить уровень по ряду инфекционных заболеваний (сыпной и брюшной тифы, дифтерии, трахомы), а также и малярии. Одним из направлений в деятельности санитарного просвещения было проведение так называемых санкультипоходов в городах и сельских населенных пунктах с целью повышения санитарной грамотности среди широких масс населения. Руководство всей работой санкультипоходов в каждом районе осуществлялось штабами в составе 5—7 врачей и 3—5 студентов медицинского факультета университета. Участвовали в проведении санкультипоходов рабочие, служащие и сануполномоченные, прошедшие специальные курсы и получившие знания по формам и методам проведения санитарно-просветительной работы².

Деятельность санкультипоходов на местах строилась с учетом методов и форм организации работы по ликвидации безграмотности населения на основании Декрета Совета Народных Комиссаров (СНК) «О ликвидации безграмотности среди населения РСФСР» от 26 декабря 1919 г.³

С 1920 г. на основании постановления Саратовского губздравотдела начал издаваться медицинский журнал: «Саратовский вестник здравоохранения», на страницах которого освещались наиболее актуальные вопросы здравоохранения по организации борьбы и мер профилактики инфекционных заболеваний в регионе. Новое периодическое медицинское издание в дальнейшем сыграло важную роль в своевременном проведении комплексных мероприятий, направленных на улучшение эпидемиологической ситуации и снижение уровня инфекционных заболеваний среди населения области.

Организация борьбы с малярией на государственном уровне началась после принятия Постановления «Об организации малярийных станций в губерниях с высокой заболеваемостью малярией» на съезде бактериологов эпидемиологов (1921), что явилось основанием для открытия малярийной станции в Саратове в сентябре 1922 года.

Сотрудники малярийной станции под руководством проф. медицинского факультета Саратовского университета Н. Е. Кушева осуществляли не только лечебно-диагностическую деятельность, но и проводили совместно с ДСП большую санитарно-просветительную работу среди населения. Только за первый год работы сотрудниками станции было

¹ Государственный архив Саратовской области (ГАСО), ф. 226, оп. 1, ед. хр. 1, лл. 1-4.

² ГАСО, ф. 226, оп. 1, ед. хр. 17, лл. 3—4.

³ Государственный архив Российской Федерации, ф. Р-130, оп. 2, д. 1, лл. 38—40.

написаны многочисленные листовки, лозунги, изготовлены плакаты, которые были отпечатаны в типографии и распространены среди жителей региона.

Санитарно-просветительная работа, проводимая среди городских сельских жителей, включала в себя чтение лекций и проведение бесед с демонстрацией диапозитивов и плакатов. Сотрудники малярийной станции и ДСП принимали активное участие в организации и работе передвижных выставок в сельской местности, посвященных клинике заболевания, путям передачи инфекции, методам диагностики и лечения, а также мерам профилактики. Кроме того, руководители ДСП и малярийной станции в весенне-летний период для обследования и проведения профилактических мер привлекали школьников старших классов, которые занимались поиском мест размножения (на водоемах) и зимовок комаров с целью их дальнейшего уничтожения [2].

15 сентября 1922 г. в нашей стране Советом Народных Комиссаров РСФСР был принят Декрет «О санитарных органах республики», который положил начало организации в нашей стране единой государственной санитарной службы. В нем были сформулированы основные задачи по санитарной охране воды, воздуха, почвы, пищевых продуктов, сохранению эпидемиологического благополучия, организации борьбы и профилактики инфекционных и социальных болезней, сохранению здоровья детей, ведению санитарной статистики и проведению различных форм санитарного просвещения среди населения.

Для санитарной организации Саратовской области в 20-е годы одним из направлений работы совместно с Домом санитарного просвещения и малярийной станции стали организация и проведение комплексных мер, направленных на профилактику и борьбу с малярией.

В 1923 г. практикующими врачами в Саратовской области было зарегистрировано 369 906 больных малярией, что составляло 13,4% к общему числу населения. Показатель заболеваемости малярией в среднем в регионе составлял 1281 случай на 10 000 жителей. Наиболее высокий уровень заболеваемости малярией среди населения отмечался в Саратовском, Новоузенском, Дергачевском и Вольском районах, в которых жители в летний сезон работали на сенокосе вблизи водоемов, заливных лугов и заболоченных мест. Противоэпидемиологическая работа по малярии постоянно проводилась органами практического здравоохранения и санитарной службой не только в Саратовской области, но и в приграничных с ней регионах, неблагоприятных в эпидемиологическом плане.

Так, в 1923 г. заведующий кафедрой патологической физиологии проф. А. А. Богомолец с сотрудниками медицинского факультета университета проф. Э. А. Гранстремом и врачом-эпидемиологом И. К. Сухоставом приняли участие в работе экспедиции в Западный Казахстан, граничащий с заволжскими степями Саратовской области, с целью изучения эпидемиоло-



Рис. 1. Плакат посвящен опасности малярии для человека (1920 год). Из собрания Российского музея медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

гической ситуации по малярии. Полученные результаты исследований ученых позволили органам здравоохранения и санитарной службе своевременно разработать и принять ряд противоэпидемиологических мер, направленных на снижение распространения малярии в приграничных районах Саратовской области [3].

Одним из важнейших методов в санитарно-просветительной работе стала организация в помещении музея ДСП стационарной выставки, посвященной малярии. На стендах были отражены вопросы этиологии, пути передачи, клиники, методы лечения и меры борьбы и профилактики заболевания. Музей располагал муляжами, рисунками, диаграммами, фотоснимками, плакатами. Только за первый год работы выставки общее количество посетителей (вместе со 116 экскурсиями) составило 43 678 человек. Кроме того, в пригородах Саратова было организовано 14 передвижных выставок, которые посетили 16 550 человек. Представленные плакаты на рис. 1 и рис. 2 широко использовались в санитарно-просветительной работе, на которых наглядно показана роль переносчика болезни и проведение мер, направленных на борьбу с ним.

В последующие годы интерес среди жителей Саратова ознакомиться с материалами и экспонатами,

Цена 60 коп.

3

Все на борьбу с малярией

УНИЧТОЖАЙТЕ ЛИЧИНОК КОМАРОВ НЕФТЕВАНИЕМ и ОПЫЛЕНИЕМ ВОДОЕМОВ ПАРИЖСКОЙ ЗЕЛЕНЬЮ.



Личинки комара погибают, заглатывая ПАРИЖСКУЮ ЗЕЛЕНЬ РАСПЫЛЕННУЮ ПО ВОДЕ.

БОЛЬШЕ ВОДНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ
МОЖНО ОПЫЛЯТЬ САМОЛЕТОМ.

НЕФТЕВАНИЕ И ОПЫЛЕНИЕ НЕОБХОДИМО ПОВТОРЯТЬ КАЖДЫЕ 10-15 ДНЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ЛЕТА.



ТОНКАЯ ПЛЫВУЩАЯ БУДКА НЕФТИ НА ПОВЕРХНОСТИ
ВОДЫ УБИВАЕТ ЛИЧИНОК.

Для обработки одного гектара водной поверхности требуется:		
СПОСОБ ОБРАБОТКИ	МАТЕРИАЛ	КОЛИЧЕСТВО
НЕФТЕВАНИЕ	НЕФТЬ	0,25-0,5 ТОН.
РУЧН. ОПЫЛЕНИЕ	ПАРИЖСКАЯ ЗЕЛЕНЬ	1,0 КЛГ.
ОПЫЛЕНИЕ С САМОЛЕТОВ	ПАРИЖСКАЯ ЗЕЛЕНЬ	0,4-0,5 КЛГ.

РАСЧЕТ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБРА-
БОТКИ 1 ГА ВОДНОЙ ПОВЕРХНОСТИ.

НЕФТЕВАНИЕ И ОПЫЛЕНИЕ ВОДОЕМОВ — ОДНО ИЗ ВАЖНЕЙШИХ СРЕДСТВ В ДЕЛЕ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ

Издание № 142 / 4402 Лазо-Чайковский Кривая Копировальство. Ал.-Чер. Край. Забр. Ал.-Чер. Троицкий Иллюстр. Ростокич И.Д. 1955 г.
Отв. редактор М. Г. Давыдов. Составил А. А. Литовкин. Художник М. М. Лавин.

АКЦИПТ. Государоиздательство им. Ильича. Ростокич И.Д. Удобритель № Ф-02873 Тираж 50000 экз. Заказ № 103 Ст. ф-т. А-2.

Рис. 2. Плакат, на котором показаны меры профилактики малярии в 20-е годы: нефтевание и опыление Парижской зеленью водоемов. Из собрания Российского музея медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

представленными на выставке, сохранился на высоком уровне. Только за первые три месяца работы стационарной выставки в 1924 г. ее посетителями стали 13 125 человек. Сотрудниками выставки было организовано и проведено 90 групповых экскурсий для разных категорий граждан⁴.

На состоявшемся 1-ом поволжском съезде по борьбе с малярией (Саратов, 1923 г.) директор Дома санитарного просвещения Г. А. Лапидус в своем докладе: «Борьба с малярией и санитарное просвещение» подробно осветил вопросы о формах и методах организации многогранной и массовой санитарно-просветительной работы среди жителей Саратовской области за первые четыре года (с 1919 по 1922 гг.).

Заведующий саратовской малярийной станцией проф. Н. Е. Кушев в своем выступлении обратил особое внимание делегатов съезда на влияние водоемов, заливных лугов, расположенных в пойме рек, и заболоченных территорий, которые могут служить местом для размножения личинок переносчиков болезни — комаров.

Для уничтожения личинок комаров в весенне-летний период на поверхности водоемов он предло-

жил использовать метод опыления Парижской зеленью [4].

Из всех 1864 лекций, прочитанных врачами-лекторами ДСП населению области в 1923 г., более 10% из них были посвящены мерам борьбы и профилактики малярии. В дальнейшем количество лекций и бесед для жителей постепенно увеличивалось. Только за первые 4 месяца 1924 г. из 898 всех прочитанных лекций в Саратове — 80 касались вопросов организации методов и форм борьбы и профилактике малярии. Основную группу лекторов ДСП составляли санитарные врачи г. Саратова — П. Н. Соколов, С. О. Романов. Н. И. Матвеев и преподаватели медицинского факультета Саратовского университета: заведующий кафедрой гигиены проф. В. А. Арнольдов, заведующий кафедрой госпитальной хирургии проф. С. И. Спасокукоцкий, приват-доценты кафедры социальной гигиены Г. М. Желябовский и Г. А. Лапидус⁵.

В летний период 1924 г. сотрудники ДСП совместно со студентами 5 курса медицинского факультета организовали работу передвижной выставки по малярии для сельских жителей Вольского и Петровского районов. С экспозицией выставки по-

⁴ ГАСО, ф. 226, оп. 1, ед. хр. 19, лл. 7—11.

⁵ ГАСО, ф. 226, оп. 1, ед. хр. 24, лл. 7—8.



Рис. 3. Плакат, отражающий статистику острых инфекционных заболеваний в РСФСР в 1925—1926 гг., в том числе малярию (1926—1927 гг.). Из собрания Российского музея медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

знакомились 36 317 человек. Работа выставки параллельно совмещалась с чтением лекций и проведением бесед, что вызывало живой интерес у слушателей [5].

Передовой опыт работы Саратовского дома санитарного просвещения по организации, методам и формам санитарно-просветительной деятельности среди населения был представлен в виде двух докладов на VIII Всесоюзном съезде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей (20—26 мая 1924 г. в Ленинград). С первым докладом: «Об участии трудящихся в оздоровительных мероприятиях и связь их с санитарными органами» выступил заведующий областной санитарной организацией А. А. Мальков, а со вторым Г. А. Лапидус — директор ДСП и по совместительству приват-доцент кафедры социальной гигиены медицинского факультета Саратовского университета: «Пять лет санитарно-просветительной работы в Саратовской губернии и роль кафедры социальной гигиены в деле санитарного просвещения». Представленная информация в докладах А. А. Малькова и Г. А. Лапидуса о передовом опыте санитарно-просветительной работы, получила положительную оценку участников научного форума и постановлением съезда была рекомендована к внедрению в повседневную практику в других субъектах страны⁶.

Новый импульс в проведении санитарно-просветительной работы в Саратовской области придало Постановление Наркомздрава РСФСР «О совместной санитарно-просветительной работе» от 21.01.1925 г., в котором указывались основополагающие направления совместной деятельности по санитарной пропаганде домов санитарного просвещения, медицинской общественности, а также врачей и средних медицинских работников лечебных учреждений⁷.

Несмотря на проведение широкомасштабных мер по профилактике и борьбе с малярией в Саратовской области в первой половине 20-х годов, заболеваемость сохранялась на высоком уровне. Лишь в 1927 г. в результате многолетней и напряженной работы ДСП, малярийной станции, органов практического здравоохранения и общественности наметилась отчетливая тенденция к снижению количества больных (с 667 случаев в 1926 г. до 444 в 1927 г. на 10 000 населения). Так, данные статистики, представленные на плакате рис.3, свидетельствуют, что регион по количеству заболевших малярией в середине 20-х годов занимал 5 место среди других областей РСФСР.

Улучшение эпидемиологической ситуации по малярии в Саратовской области в конце 20-х годов позволило Дому санитарного просвещения расши-

⁶ ГАСО. Ф. 226, оп.2, ед. хр. 4, лл. 9—11.

⁷ Постановление Наркомздрава РСФСР «О совместной санитарно-просветительной работе» от 21.01.1925 года.

рительности и предложить общественности создавать советы санитарной культуры, деятельность которых заключалась в привлечении широких масс населения к участию в проведении санитарно-оздоровительных мероприятий и занятию физической культурой и спортом [6].

Таким образом, совместно хорошо организованная многогранная работа по борьбе и профилактике малярии в 20-е годы XX века в Саратовской области Домом санитарного просвещения, малярийной станцией, санитарной службой, органами практического здравоохранения и участием медицинской общественности сыграла важную роль в снижении уровня заболеваемости и улучшении эпидемиологической ситуации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Добрейцер И. А. Малярия в СССР. М.; 1924. С. 3.
2. Нюрин Н. Д. О новых формах и методах работы в области здравоохранения. *Вестник здравоохранения Нижне-Волжского края*. 1930;(7—8):7—11.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 15.11.2022; одобрена после рецензирования 21.12.2022; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 15.11.2022; approved after reviewing 21.12.2022; accepted for publication 17.02.2023.

3. Кушев Н. Е. Эндемия малярии в Поволжье. Саратов; 1928. С. 7—11.
4. Труды 1-го Поволжского малярийного съезда в Саратове. Саратов; 1924. С. 3—53.
5. Кушев Н. Е. Итоги 5-летней деятельности Саратовской малярийной станции. Саратов; 1928. С. 5—21.
6. Вершинина К. И., Резников Б. Д., Чистопольская В. В. Санитарное просвещение в Саратовской области за 60 лет. Саратов: Изд-во Саратов. мед. ин-та; 1981. 37 с.

REFERENCES

1. Dobreytser I. A. Malaria in USSR, M.; 1924. P. 3 (in Russian).
2. Nyurin N. D. On new forms and methods of work in the field of health care. *Bulletin of Health of the Lower Volga Territory*. 1930;(7—8):7—11 (in Russian).
3. Kushev N. E. Endemic malaria in the Volga region. Saratov; 1928. pp.7—11 (in Russian).
4. Proceedings of the 1st Volga Malaria Congress in Saratov. Saratov; 1924. pp. 3—53 (in Russian).
5. Kushev N. E. Results of 5-year activity of Saratov malaria station. Saratov; 1928. pp.5—21 (in Russian).
6. Vershinina K. I., Reznikov B. D., Chistopolskaya V. V. Sanitary education of the Saratov region for 60 years. Saratov: Publishing house of Saratov Medical Institute; 1981. 37 p. (in Russian).

Научная статья (обзорная статья)

УДК [615.838:93/94] (470.6)

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.013

К вопросу об использовании Кавказских Минеральных Вод при лечении женских болезней в XIX — начале XX веков

Анна Владимировна Григориадис

Клинический центр МЦ «Юность» ФФГБУ СК ФНКЦ ФМБА России, Ессентуки, Российская Федерация
grigoriadis.anna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4879-2361>

Аннотация. В статье на основе научных трудов врачей-бальнеологов и ученых-медиков, статистических отчетов представлены подходы к лечению женских болезней в XIX — начале XX вв. Показана картина эволюции методов лечения от употребления неограниченного количества минеральной воды внутрь и в виде ванн до научно обоснованного комбинированного лечения женщин в специализированных лечебницах с применением вспомогательных методов грязе-, свето-, электролечения, массажа.

Ключевые слова: история медицины, Кавказские Минеральные Воды, женские болезни

Для цитирования: Григориадис А. В. К вопросу об использовании Кавказских Минеральных Вод при лечении женских болезней в XIX — начале XX веков // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 78—83. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.013.

Original article (review article)

To the question of the use of Caucasian Mineral Waters in the treatment of women's diseases in the XIX — beginning of the XX centuries

Anna V. Grigoriadis

North Caucasian Federal Scientific and Clinical Center, Essentuki, Russia
grigoriadis.anna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4879-2361>

Abstract. The article presents approaches to the treatment of women's diseases in the XIX — early XX centuries based on scientific works of balneologists and medical scientists, statistical reports. The picture of the evolution of treatment methods is shown from the use of unlimited amounts of mineral water inside and in the form of baths to scientifically based combined treatment of women in specialized hospitals using auxiliary methods of mud-, light-, electrotherapy, massage.

Key words: history of medicine, Caucasian Mineral Waters, women's diseases

For citation: Grigoriadis A. V. To the question of the use of Caucasian Mineral Waters in the treatment of women's diseases in the XIX — beginning of the XX centuries. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):78–83. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.013.

Репродуктивное здоровье нации во все времена было и остается предметом особого внимания системы здравоохранения. Методы и способы лечения женских болезней формировались по мере развития медицины. С открытием минеральных источников и организацией курортного лечения в России для лечения разных заболеваний женской половой сферы стали широко использоваться минеральные воды. В 1719 г. был основан первый курорт — Марциальные воды, в 1803 г. статус курорта получили Кавказские Минеральные Воды (КМВ), отличающиеся широким спектром своих целебных свойств. Эти и другие курорты очень активно посещали больные с расстройствами женской половой сферы. Но, несмотря на столь богатый опыт лечения, до сих пор считаются наиболее важными для врачей «вопросы персонифицированного подбора комбинации лечебных физических факторов, сочетающихся друг с другом и не противопоказанных при конкретном

гинекологическом заболевании» [1, с.109]. Нам представляется, что успешное решение этих вопросов невозможно без ретроспективного анализа подходов, которые существовали в прошлом при использовании курортного фактора в лечении женских болезней. В качестве базы исследования выбраны Кавказские Минеральные Воды, так как здесь использовалось сочетанное применение (наиболее сложное) различных типов минеральных вод, а сам регион отличался более мягким климатом, чем другие курорты России. Следует отметить, что на данный момент в отечественных исследованиях по истории медицины комплексного анализа этих подходов не проводилось. В этой связи целью настоящей статьи является восполнение исторических знаний по использованию Кавказских минеральных вод при лечении женских болезней в XIX — начале XX веков. Для исследования применены специальные исторические методы: историко-системный,

историко-сравнительный, историко-типологический, историко-генетический, в сочетании с методами медицинской статистики. В качестве исторических источников в работе выступают труды врачей и ученых-медиков соответствующего периода, практиковавших на КМВ, а также статистические отчеты управляющего КМВ, протоколы заседаний Русского бальнеологического общества (РБО) в Пятигорске.

Среди посетителей КМВ даже в первые годы существования курорта было немало женщин. Так в сезон 1827 г., несмотря на идущую на Кавказе войну, из общего числа посетителей-господ (314 чел.) было 76 женщин, из числа прислуги (572 чел.) — 82 женщины. Без сопровождения мужей из Москвы прибыла «генерал-майорша» Марья Ивановна Корсакова с дочерьми Александрой и Марьей, и «компаньонкой» Елизаветой; жена полковника Астраханского казачьего войска Анна Акимовна Петрова с детьми, включая двух дочерей, и другие. Много женщин приезжало вместе с мужьями, в большинстве своем военными чинами, и детьми, среди которых было немало девочек [2, с. 480—502].

Исследователи свидетельствовали о том, что первые годы на курорте методики лечения водами если и существовали, то редко соблюдались. Об этом говорят такие факты. В курортные сезоны на КМВ кроме главного врача квартировали военные врачи. Тем не менее, пациенты редко прибегали к их советам, придерживаясь в лечении своих методик. Отдельные больные могли выпивать за сутки до полутора ведер минеральной воды. Другие стремились принимать натуральные ванны с высокой температурой, оставаясь в них до изнеможения [3, с.34—35].

Одним из первых фундаментальных трудов, посвященных лечению болезней на КМВ, была работа профессора Императорской медико-хирургической академии А. П. Нелюбина, работавшего на Водах в 1823 году. Он довольно подробно на тот момент рассмотрел заболевания женской половой сферы, поддающиеся лечению минеральными водами с указанием схем их применения. В качестве первого недуга автор отметил бели — заболевание, часто встречающееся у рожавших и нерожавших женщин разного возраста, и даже невинных девиц любого возраста. В начале XIX в. их было принято делить на доброкачественные, злокачественные, бели маточного рукава и матки. Частыми причинами этого заболевания были холодный климат, слабость организма, частые роды и выкидыши. Лечение зависело от основной причины болезни. При этом требовалось ее устранение методами обычной терапии, а серные, щелочно-железные и углекислые воды играли хорошую вспомогательную роль. Профессор Нелюбин в 1823 г. наблюдал 9 пациенток с таким заболеванием. Из этого числа 5 полностью излечились, 3 уехали с улучшением самочувствия, и только одна не получила облегчения. Все они употребляли сначала кисло-серную, а потом кислую воду непосредственно у источников. Согласно рекомендациям А. П. Нелюбина, кисло-серная вода употреблялась внутри в количестве 6 стаканов утром и 3 стаканов

после обеда. Кроме питья минеральной воды назначались ванны. Ванны нужно было употреблять с температурой воды 28°R (1 градус Реомюра = 1,25 градуса Цельсия), постепенно уменьшая температуру до 22°R. Если через 4 недели самочувствие пациентки не улучшалось, то она отправлялась лечащим врачом на железно-щелочные воды в Железноводск. Ванны в Железноводске нужно было употреблять той же температуры. Вода для ванн использовалась из источников № 1 и № 2. Для питья использовалась вода источника № 8, смешанная с кислой водой (Нарзаном) в равных долях, по два стакана утром и одному после обеда. Постепенно количество выпиваемой воды увеличивалось до шести стаканов утром и трех — после обеда. Некоторые пациентки уезжали сразу в Кисловодск, где пили до восьми стаканов кислой воды по утрам и четырех после обеда, параллельно принимая нарзанские ванны с температурой 22—16°R [4, с.411—417].

Белям уделил внимание в своей книге (1848 г.) доктор К. Норман, практиковавший на КМВ к этому времени 6 лет. По его мнению, бели серными водами совершенно не излечивались, а лишь меняли свое качество: выделения делались не столь едкими, их цвет менялся от зеленого к желтому и даже белому, объем их становился меньше. Лучшим средством лечения белей К. Норман считал Елизаветинские ванны (кислосерный источник). После приема Сабанеевских ванн и воды Елизаветинского источника внутрь в течение двух недель состояние одной из пациенток К. Нормана улучшилось: бели уменьшились, лицо стало свежее. Она перестала чувствовать ослабление от горячих ванн, которые сначала имели температуру воды 28—29°R, а затем охлаждались до 26°R [5, с.75—78].

Спустя 45 лет, в 1883 г., доктор медицины О. А. Халецкий утверждал, что Fluor albus (бели), возникшие от продолжительного воздействия холодного или сырого воздуха, часто полностью вылечиваются после употребления серных ванн. В то же время бели, зависящие от застаревшего катара слизистой оболочки влагалища, могут лишь улучшиться от приема серных ванн вследствие воздействия как самой теплой ванны, так и составных частей серной воды, устраняющих старые воспаления слизистой оболочки [6, с.248—249].

Особое внимание в лечении белей О. А. Халецкий отводил железным водам, хотя не все формы белей, по его мнению, излечивались ими. Этот тип вод назначался при белях, возникших на основе малокровия, упадка общего питания, вялости и рыхлости слизистой оболочки. Не подлежали лечению железными водами бели, имевшие причиной возникновения местное раздражение, климатические условия, застой венозного кровообращения. Ванны железных вод принимались умеренной температуры и могли доводиться до очень низкой температуры — 15 и 12°R, если этому не препятствовало общее состояние пациентки. Вследствие укрепляющего воздействия железных вод местные симптомы исчезали, отделения прекращались или значительно уменьшались. При местной раздражительности,

полнокровии и застоях употребление железных ванн не применялось, а назначалось лечение теплыми, разрешающими, соляными или индифферентными известковыми водами — в Эссентуках источник № 17, в Пятигорске — теплосерный [6, с.368—369].

Также показанием к лечению на Водах, по мнению профессора А. П. Нелюбина, было неправильное месячное очищение (слишком раннее, слишком позднее, малое и редкое, чрезмерно болезненное). Для лечения этих заболеваний также рекомендовались серные, железные, углекислые воды. Теплые серные ванны с успехом применялись особенно при сокращении деятельности маточной системы или при отвердении ее волокон. Применяемые не во время менструального цикла, такие ванны были особенно эффективны, когда не было надлежащего месячного кровоотделения, или оно сопровождалось болезненными ощущениями, особенно спазмами или коликой. Серные ванны назначались, если болезни произошли астении, гипотрофии, застой крови в брюшных органах и в системе воротной вены. Вместе с приемом Сабанеевских ванн в Пятигорске больные могли пить Эссентукскую щелочную воду. Щелочные воды употреблялись при неправильном месячном очищении у женщин в том случае, если причиной были тучность, переизбыток, сидячий образ жизни, предрасположенность к кровотечениям и чахотке. Этим пациенткам назначалась щелочная вода из источников № 5 и 6. Воду необходимо было смешивать в пропорции 1:2, а затем 1:1 с Нарзаном и пить два стакана утром и один после обеда, а затем 4 стакана утром и 2 стакана после обеда. В 1823 г. у профессора А. П. Нелюбина наблюдались три пациентки, из которых две полностью выздоровели [4, с. 445—446, 435—452].

Доктор К. Норман ничего не сообщал по поводу лечения *Menses anormalae* с помощью серных и щелочных источников. Зато считал весьма полезным использование железистых вод в случаях, зависящих от слабости и вялости волокон всего организма, особенно маточной системы, а Нарзана, когда раздражительность маточной системы уменьшена, и ее деятельность требует больше стимуляции, чем укрепляющего лечения. Автор подробно описал условия применения железных и кислых вод, указав при этом отличия: железные воды не так способствуют месячному циклу, как Нарзан, применение которого требует особой осторожности в ряде случаев. У одной пациентки в результате опущения матки было закрыто маточное отверстие. Доктор К. Норман рекомендовал носить ей повязку для поддержания матки и употреблять внутрь и снаружи воду Елизаветинского источника. После нескольких недель лечения состояние больной улучшилось, но месячные крови стали правильными только от принятия нарзанских ванн и употребления Нарзана внутрь [5, с. 241—243].

Примечательно, что и А. П. Нелюбин, и К. Норман не выделили женские болезни в отдельный раздел курортного лечения. Профессор Нелюбин отнес бели к разряду болезней, происходящих от непра-

вильного очищения и отделения, наряду с запорами живота. В своей работе К. Норман обратил внимание на неправильность месячного очищения (*Menses anormalae*), девичью немочь (*Chlorosis*) и выпадение матки (*Prolapsus uteri*). Он отнес их к категории заболеваний, которые лечатся при помощи железных и кислых вод. В отличие от своих предшественников во второй половине XIX в. доктор О. А. Халецкий выделил группу болезней женского полового аппарата. Он свидетельствовал об успешном лечении серными водами различных форм хронического воспаления матки, яичников и прилежащих частей. Полному излечению с помощью серных ванн, как правило, поддавались хронические метриты, дисменорейные припадки, *fluor albus* (бели), задержание регул из-за переохлаждения или продолжительного воздействия сырого воздуха. Серные ванны назначались для применения, начиная с температуры 28°R, с постепенным повышением до 30 и 32°R, если общее состояние больной позволяло это. Употребление воды внутрь было показано только в случаях «брюшного полнокровия» и при крепкой конституции пациентки. Обычно назначалась вода Эссентукская, щелочная № 17 или № 6. Полезными считались души во влагалище. Считалось, что они способствовали приливу крови, ускорению кровообращения и «всасыванию болезненных продуктов». Курс лечения, как правило, состоял из приема 20—30 ванн. Противопоказанием к такому лечению было плохое питание (пониженный аппетит), истощение организма, ослабленное самочувствие и склонность к метроррагии. В подобных случаях назначалось при «разрешающем, еще и укрепляющем лечении». Если причинами катара влагалища были полнокровие и застой, то для лечения их доктор Халецкий назначал тепло-серные воды Пятигорска или воду источника № 17 в Эссентуках [6, с.247—249].

В своей работе доктор Халецкий отмечал, что на всех железных водах большинство лечущихся составляют женщины. Связывал он это с тем, что женский организм, склонный к анемии, требует укрепляющего лечения, и это служит поводом к назначению железных вод при большинстве хронических заболеваний женщин. Этим пациенткам назначались сначала ванны умеренных температур, а затем температура постепенно уменьшалась до 15—12°R. Кроме этого назначались инъекции или души во влагалище из железных вод. Минеральная вода принималась и во внутрь по стандартным схемам: утром определенное количество стаканов и после обеда половина количества стаканов, выпитых утром [5, с. 241—243].

Как видно, во второй половине XIX в. подход к лечению женских болезней получает научно-практический фундамент. Врачи, работающие на Водах, изучают и систематизируют клинические случаи, делают выводы и дают более обоснованные рекомендации по лечению заболеваний. Например, в «Сборнике материалов для изучения Кавказских Минеральных Вод» [7, с.216—229], изданном А. М. Байковым в 1873 году, была опубликована

статья доктора медицины М. Д. Пономарева «Наблюдения над действием Эссентукских минеральных вод при страданиях женского полового аппарата». Автор, работая в Эссентукской группе, наблюдал пациенток, страдающих от заболеваний женской половой сферы. Эти болезни были как предметом основных жалоб, так и сопутствующими недугами, возникшими на фоне других заболеваний. Доктор Пономарев заметил, что дисменорея, аменорея, эндометриоз быстро излечиваются, как только основная болезнь отступает под действием минеральных вод. В этот сезон для лечения перегибов матки, одновременно с механическим лечением, врачами рекомендовалось употребление внутрь эссентукских (железисто-щелочных) вод и души из солено-щелочных вод (№ 17). При сниженном питании и анемии, возникших на фоне неправильного месячного очищения, считалось целесообразным назначение железисто-щелочной воды № 18. При воспалительных заболеваниях яичников незначительно помогали воды №№ 17 и 18. При опухолях яичников хорошо влияла на течение заболевания вода № 6, содержащая йод и бром, от которых, по мнению акушеров, всегда ожидали пользы при лечении кист яичников. Доктором Пономаревым описывается клинический случай, когда пациентка возраста 30 лет, прибыла в Эссентуки с жалобами на слабость. Нерегулярные менструации, увеличение живота. При осмотре и исследовании живота была выявлена опухоль величиной с головку доношенного новорожденного ребенка. Доктор Пономарев осматривал пациентку несколько раз, и для подтверждения диагноза проводил совместный осмотр с профессором Кремьянским. Пациентке был поставлен диагноз — киста правого яичника — и назначено лечение. Женщина пробыла на Водах 11 недель. Она приняла 100 стаканов воды № 6. Через 2 месяца киста стала подвижной, уменьшилась в два раза, живот уменьшился в объеме, прекратились боли. На долечивание пациентка отправилась в Кисловодск, где получала душ с Нарзаном для лечения появившихся белей. Выводы доктора Пономарева для специалистов состояли в том, что эссентукская вода № 6 заслуживает внимание при лечении хронических воспалений и доброкачественных опухолей яичников. Эссентукские воды (железисто-щелочные) рекомендовались внутрь для лечения хронических воспалительных заболеваний паренхимы матки, для лечения уклонения матки и перегибов эти воды советовалось назначать внутрь и в виде душа [7, с.216—229].

Интересны выводы доктора медицины П. И. Скловского о действии Нарзана при лечении женских болезней. В своей практической работе врач замечал, что при лечении хронических белей, метроррагий, дряблости матки после выкидышей, воспаления яичников применение Нарзана давало хорошие результаты. Доктором описан клинический случай, наглядно демонстрировавший методы и результаты лечения. Пациентка 32 лет длительно страдала белями после выкидыша. Кроме этого, ее беспокоили обильные, длительные менструации, боли в области

яичников и симптомы малокровия (худоба, астенция). Больная пила 2—3 стакана Нарзана в сутки, принимала общие ванны Нарзана температурой 26—22 градуса и один раз в день влагалитный душ с теплым Нарзаном. Курс лечения продолжался чуть меньше 4 недель. К концу лечения бели почти прекратились, боли в области яичников пропали, регулы стали умеренными и продолжались всего 4 дня. Общее самочувствие улучшилось, вес увеличился на 4.5 фунта [7, с. 287—288].

Контрагент КМВ А. М. Байков в своем отчете за период с 1 декабря 1870 по 1 октября 1871 г. отмечал, что для курортов в этот сезон был приглашен ряд специалистов. В частности, в Железноводск, где лечение получали преимущественно дамы, приехала первая в России женщина-врач, доктор медицины В. А. Кашеварова-Руднева. Вместе с ней прибыл муж — профессор Медико-хирургической академии М. М. Руднев. Его задачей была помощь супруге в ее практической работе и научных изысканиях относительно лечебных свойств минеральных вод [8, с. 18].

В этот же период проводится техническая модернизация лечебной базы Кавказских Минеральных Вод, позволяющая улучшить качество предоставляемого лечения. В сезон 1870—1871 гг. женские отделения ванн в Железноводске были снабжены стенными маточными душами [8, с.11]. В отчете управления КМВ за следующий сезон есть информация о том, что на всех группах Вод все женские ванны снабжены стенными душами Кивиша [9, с.25].

В конце XIX в. показаниями для лечения в Железноводске были «некоторые страдания женской половой сферы (катар, воспаление матки и ее придатков, экссудаты, расстройство менструаций)» [10, с. 94]. Еще более обширными были показания для лечения пациенток в Эссентуках. Автор путеводителя Святловский В. В. упоминает заболевания женского полового аппарата (воспалительные явления в области матки и ее придатков, воспалительные выпоты в область брюшины), заболевания женской половой сферы зависимые от страдания желудочно-кишечного тракта и печени, заболевания женской половой сферы, зависимые от хлороза и ожирения [10, с. 94—115].

В начале XX века все научные идеи, изыскания и новые предложения по лечению заболеваний на КМВ обсуждались на заседаниях Русского Бальнеологического Общества (РБО) в Пятигорске. На заседании РБО, проходившем 2 февраля 1900 г., доктором Е. А. Лариным отмечалось, что КМВ приобрели славу целебной силы при целой серии разных болезней, в том числе и гинекологических. К этому году наибольшей известностью пользовались серные источники Пятигорска и щелочные воды Эссентуков. В докладе Е. А. Ларина отмечалось, что в XX веке кроме эксплуатации минеральных источников в курсе лечения заболеваний стали активно использоваться души с пресной водой (дождевой, круговой, восходящий, душ Шарко), грязевые ванны, рассольные ванны, электрические ванны, гимнастика, массаж, токи, светолечение, лечебная гимнастика и

прогулки [11, с.346—276]. Эти дополнительные элементы лечения стали использоваться и при лечении гинекологических заболеваний.

В «Медицинском указателе Кавказских Минеральных Вод» (1908 г.) авторы отметили, что главные источники Эссентуков №№ 4, 17, 18 и 20 «с громадной пользой применяются при лечении женских болезней». В Эссентуках открылось специализированное медицинское учреждение — акушерско-гинекологическая лечебница доктора И. И. Радецкого. Лечебница имела стационар для беременных, рожениц и больных женскими болезнями. Среди врачей, практиковавших в Эссентуках во время лечебного сезона, появились специалисты по женским болезням и акушерству. Но по праву гинекологическим курортом к 1908 г. считался Железноводск. Две трети его посетителей составляли женщины с сочетанной гинекологической патологией. С успехом в начале XX в. лечились бели, расстройства менструального цикла и даже бесплодие. Железисто-землистые минеральные воды назначались внутрь и в виде ванн. На курорте практиковали врачи, специализацией которых были женские болезни. Так, например, лечебница доктора С. В. Тер-Микаэлянца предназначалась только для женщин, и кроме лечения минеральной водой предлагала массаж, электропроцедуры, души [12, с. 84, 111—113, 151—152].

Таким образом, можно утверждать, что методы лечения гинекологических заболеваний на КМВ за рассматриваемый период эволюционировали вместе с развитием медицины: значительно расширился спектр женских заболеваний, подлежавших лечению на Водах. Назначения изменились от простых рекомендаций по употреблению внутрь большого объема минеральной воды и ванн при любых расстройствах женской половой сферы до комбинированного лечения на базе специализированных профильных клиник с применением вспомогательных методов — грязе-, свето- и электролечения, массажа, гимнастики. На смену эвристическому подходу и опоре на личный опыт врача приходили более обоснованные методы лечения. Врачи, практиковавшие на КМВ в XIX — начале XX вв., основываясь на своих наблюдениях за пациентками и делая выводы, пытались индивидуально подбирать питьевое лечение и лечение минеральными ваннами. Уже тогда они назначали минеральные воды различной степени минерализации в зависимости от фазы заболевания, степени активности патологического процесса и сопутствующей патологии. Опыт лечения женских болезней на КМВ учит тому, как тщательно подходили врачи той эпохи к анамнезу, с каким вниманием относились к пациенту, насколько индивидуальными были их назначения и, наконец, как шел процесс накопления знаний, как внедрялись новые методы лечения. Этот опыт продолжает быть актуальным и в наши дни, когда питьевое и бальнеологическое лечение минеральными водами в терапии гинекологических заболеваний остаются незаменимыми факторами сохранения женского здоровья.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Куреленок С. А., Гордон К. В. Санаторно-курортное лечение гинекологических больных с сочетанной патологией репродуктивной системы. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2012;(1):109.
2. Список посетителям Кавказских Минеральных Вод в течение курса 1827 года, по сентябрь месяц. *Отечественные записки*. 1828. Ч. 34, № 99. С. 480—502.
3. Кулибин С. Очерк истории развития Кавказских минеральных вод. СПб., 1896. С. 34—35.
4. Нелюбин А. П. Полное историческое, медико-топографическое, физико-химическое и врачебное описание Кавказских минеральных вод. Книга вторая. СПб., 1825 С. 411—417
5. Норман К. Кавказские Минеральные воды, описанные доктором Карлом Норманом, по шестилетнем испытании их целебного действия. СПб., 1848.
6. Кавказские минеральные воды в медицинском отношении. Часть I. Пятигорск и Железноводск. О. А. Халецкого доктора медицины, практикующего врача в Пятигорске. СПб., 1883
7. Сборник материалов для изучения Кавказских Минеральных Вод. Т. I. Год 1873, Санкт-Петербург, 1873, 436с.
8. Отчет по управлению Кавказскими Минеральными Водами: С 1-го декабря 1870 по 1-е октября 1871 года. 31с.
9. Отчет по управлению Кавказскими Минеральными Водами: год второй: с 1-го октября 1871 по 1-е октября 1872 года., 1874, Тифлис: Тип. Главного Управления Наместника Кавказского, 43с.
10. Святловский В. В. Путеводитель по Кавказским Минеральным Водам, 1897, Пятигорск: Тип. А. М. Мануйлова, 310с.
11. Записки Русского Бальнеологического Общества том II № 6 1899—1900 год, Пятигорск, Типография А. М. Мануйлова, 1900 Медицинский указатель Кавказских Минеральных Вод, 1908, Харьков: Тип. Г. Б. Молчадского 288с
12. Медицинский указатель Кавказских Минеральных Вод, 1908, Харьков: Тип. Г. Б. Молчадского.

REFERENCES

1. Kurelonok S. A., Gordon K. V. Sanatorium-resort treatment of gynecological patients with combined pathology of the reproductive system. *Bulletin of new medical technologies. Electronic edition*. [Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoe izdanie]. 2012;(1):109 (in Russian).
2. List of visitors to the Caucasian Mineralnye Vody during the course of 1827, until the month of September. *Otechestvennye zapiski*. 1828. Ch. 34, No. 99. S. 480—502 (in Russian).
3. Kulibin S. Essay on the history of the development of Caucasian mineral waters. SPb., 1896. S. 34—35 (in Russian).
4. Nelyubin A. P. Complete historical, medical-topographic, physico-chemical and medical description of the Caucasian mineral waters. Book two. SPb., 1825 S. 411—417 (in Russian).
5. Norman K. Caucasian Mineral Waters, described by Dr. Carl Norman, after a six-year trial of their healing effect. SPb., 1848 (in Russian).
6. Caucasian mineral waters in medical terms. Part I. Pyatigorsk and Zheleznovodsk. O. A. Khaletsky doctor of medicine, a practicing physician in Pyatigorsk. SPb., 1883 (in Russian).
7. Collection of materials for the study of the Caucasian Mineral Waters. T. I. Year 1873, St. Petersburg, 1873, 436s (in Russian).
8. Report on the management of the Caucasian Mineral Waters: From December 1, 1870 to October 1, 1871. 31s (in Russian).
9. Report on the management of the Caucasian Mineral Waters: the second year: from October 1, 1871 to October 1, 1872. , 1874, Tiflis: Type. Head Office of the Viceroy of the Caucasus, 43s (in Russian).

10. Svyatlovsky V. V. Guide to the Caucasian Mineral Waters, 1897, Pyatigorsk: Type. A. M. Manuilova, 310s (in Russian).
11. Notes of the Russian Balneological Society, volume II No. 6 1899—1900, Pyatigorsk, Printing house of A. M. Manuylov, 1900
- Medical index of the Caucasian Mineral Waters, 1908, Kharkov: Type. G. B. Molchadsky 288s (in Russian).
12. Medical index of the Caucasian Mineral Waters, 1908, Kharkov: Type. G. B. Molchadsky (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 14.10.2022; одобрена после рецензирования 25.10.2022; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 14.10.2022; approved after reviewing 25.10.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 61(093):340.6(470.63)

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.014

Судебно-медицинская экспертиза «тайны Марухского ледника» в исторических источниках

Светлана Михайловна Дугинец^{1✉}, Елена Васильевна Свиридова²

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, 355017, г. Ставрополь, Российская Федерация

¹bondarenko25@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1195-1277>

²elena.sviridova99@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6730-3231>

Аннотация. В годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. судебные медики принимали активное участие в работе по расследованию фашистских злодеяний — проводили обследование массовых захоронений, мест казни, концентрационных лагерей и др. Но и после окончания войны судебно-медицинские эксперты сталкивались в своей работе с определением останков советских военнослужащих. Со спецификой исследования останков, которые в большинстве были не захоронены, а погребены подо льдом, пришлось столкнуться судебно-медицинским экспертам Ставропольского края. Члены судебно-медицинской экспертизы выезжали на Марухский перевал — место обнаружения останков — для осмотра их на месте обнаружения и проводили экспертизу в целях установления количества погибших советских солдат и определения причин их гибели.

Ключевые слова: медицинская комиссия, Марухский перевал, битва за Кавказ, судмедэкспертиза, исследование останков.

Для цитирования: Дугинец С. М., Свиридова Е. В. Судебно-медицинская экспертиза «Тайны Марухского ледника» в исторических источниках // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 84—89. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.014.

Original article

Forensic medical examination of the «secrets of the Marukhsky Glacier» in historical sources

Svetlana M. Duginets^{1✉}, Elena V. Sviridova²

Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 355017, Stavropol, Russian Federation

¹bondarenko25@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1195-1277>

²elena.sviridova99@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6730-3231>

Abstract. During the Great Patriotic War of 1941—1945, forensic doctors took an active part in the investigation of fascist atrocities — conducted a survey of mass graves, places of execution, concentration camps, etc. But even after the end of the war, forensic medical experts encountered in their work the identification of the remains of Soviet servicemen. Forensic medical experts of the Stavropol Territory had to face the specifics of the study of the remains, which in most cases were not buried, but buried under ice. Members of the forensic medical examination went to the Marukhsky Pass — the place of discovery of the remains — to inspect them at the place of discovery and conducted an examination in order to establish the number of dead Soviet soldiers and determine the causes of their deaths.

Key words: medical commission, Marukhsky pass, battle for the Caucasus, forensic examination, research.

For citation: Duginets S. M., Sviridova E. V. Forensic medical examination «Secrets of the Marukhsky glacier» in historical sources. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):84–89. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.014.

Великая Отечественная война оставила нам богатый опыт в области медицины: лечения больных и раненых, примеры подвигов медицинских работников и многое другое. Однако есть такая сторона медицины, которая позволяет даже много лет спустя после окончания войны восполнить картину происшедших событий — это судебно-медицинские исследования.

О битве за Кавказ — одном из крупнейших эпизодов Великой Отечественной войны — написано большое количество трудов. Немало работ посвящено и защите перевалов Главного Кавказского хребта [1—4]. В ряде работ ставропольских ученых

рассматриваются вопросы состояния медицинской сферы региона, эвакуации и лечения раненых в горных условиях в ходе битвы за Кавказ, но в них отсутствует информация о работе судебно-медицинской экспертизы в этот период [5—7].

В 1963 году была издана книга В. Гнеушева и А. Попутько «Тайна Марухского ледника», которая впоследствии неоднократно переиздавалась. Это повествование строго документально, там нет вымышленных имен и фактов. Авторы повествуют о боях за перевалы, о тех, кто выжил, кто погиб в бою, умер от голода и ран, но сделал все, чтобы отстоять родную землю. Из книги становится известно, что в



Рис. 1. Группа врачей во главе с профессором Литваком А. С. (второй справа) обследуют район боевых действий на Марухском перевале. 28 сентября 1962 г.

1962 году на Марухском леднике работала специальная комиссия, в состав которой входили и врачи-эксперты. На леднике члены комиссии обнаружили останки советских бойцов, которые к концу второго дня работы были вынесены оттуда для проведения экспертизы и захоронения в станицу Зеленчукскую. Медицинскими экспертами во главе с профессором А. С. Литваком был составлен соответствующий акт о результатах работы. Но к каким выводам пришли эксперты, в книге не говорится [8, с. 18].

В брошюре, посвященной начальнику бюро судебно-медицинской экспертизы Ставропольского края, заслуженному деятелю науки РСФСР, профессору, заведующему кафедрой судебной медицины Ставропольского медицинского института Александру Самойловичу Литваку, рассказывается о том, что в 1962 году по ходатайству Карачаево-Черкесского обкома КПСС Ставропольский крайисполком создал комиссию из военных специалистов, врачей-экспертов, представителей общественности и направил ее к Марухскому леднику для исследования останков солдат, защищавших перевалы Кавказа во время Великой Отечественной войны. Нужно было установить количество погибших воинов и причину их гибели. Группа судебно-медицинских экспертов под руководством А. С. Литвака помогла установить, что здесь оборонялось не менее стрелкового батальона, что советские воины держались на пере-

вале до последнего вздоха, что они отдавали свои жизни недешево. Это и вся информация о работе медицинской комиссии, представленная в данном издании [9, с. 29, 31].

Цель исследования

Работа судебно-медицинских экспертов, которые исследовали останки советских воинов и результаты их исследований оказались недостаточно освещены в историко-медицинской науке. В связи с этим целью данной статьи является восполнение исторических знаний о деятельности судебно-медицинской комиссии на Марухском перевале и установление результатов ее работы в 1962 году.

Материалы и методы исследования

Статья построена на материалах архивных источников из фондов Государственного архива Ставропольского края, а также воспоминаниях очевидцев описываемых событий.

Кроме общенаучных методов и принципов, в числе которых использован метод сравнительного анализа изучаемых данных, в статье использован также специальный метод исторического исследования — историко-системный.

Результаты исследования

Военные историки свидетельствуют, что в 1942—1943 годах на перевалах Северного Кавказа военнослужащие Красной армии, неподготовленные специально для ведения боев в горной местности, столкнулись с хорошо обученными немецкими горными стрелками, остановили врага ценой больших потерь. Одним из таких перевалов стал Марухский, который находится на высоте 2748 метров над уровнем моря. Тяжелые бои за перевал начались в конце августа 1942 года. В работе А. В. Карташева «Бои на Ставрополье: противостояние (сентябрь—декабрь 1942 года)» подробно описаны боевые действия советских войск на Марухском направлении. Большой интерес представляют опубликованные в монографии воспоминания офицера 808 стрелкового полка А.-К. Г. Шуаева, который участвовал в обороне прохода между горами Марух-Баши и Кара-Кая. Он вспоминал, что, когда от ранений скончался его товарищ, с другим офицером они оттащили труп под глыбу льда и укрепили его [10, с. 180]. Инженер 810-го стрелкового полка С. М. Малюгин вспоминал, что остатки подразделений и штаб полка вели бой находясь в полуокружении на одном небольшом плато, погибших хоронили тут же, у подножия, обкладывая трупы кусками льда и крупными плитами скальных пород [8, с. 38]. Эти описания очевидцев позволяют понять, что происходило с телами погибших на леднике. Всего только в течении сентября 1942 года 46-я армия в районе Марухского перевала потеряла 424 убитыми, 376 ранеными и 409 человек пропавшими без вести. За этот же период потери немецкой 1-й горнострелковой дивизии составили: 44 убитых, 133 раненых и 6 пропавших без вести на всех перевалах Главного Кавказского хребта одновременно. При этом в период с 13 по 26 сентя-



Рис. 2. Останки одного из советских воинов: нижние конечности с обувью.

бря эта дивизия убитых вообще не имела [10, с. 186]. Таким образом, на Марухском направлении могли находиться останки нескольких сотен военнослужащих обеих сторон.

Жаркое лето 1962 года вызвало таяние льда на Марухском перевале. Чабан колхоза «Заря коммунизма» Карачаево-Черкесской автономной области М. У. Кочкаров 21 сентября обнаружил на морене ледника останки советских воинов. На безымянном хребте чабан нашел огневые ячейки, сложенные из камней, человеческие кости, стреляные гильзы, гранаты, мины. О своей находке он рассказал в ближайшем сельском совете. Комиссия из военных специалистов, судебно-медицинских экспертов, научных сотрудников краевого музея, представителей общественности, созданная Ставропольским крайисполкомом 24 сентября 1962 года, направилась на Марухский перевал.

В Государственном архиве Ставропольского края в «Коллекции документов о Великой Отечественной войне 1941—1945 годов» хранится дело «Документы о результатах обследования района боевых действий подразделений Советской армии в 1942 году на леднике Марухского перевала». В нем представлено решение Ставропольского крайисполкома от 24 сентября 1962 года об организации похорон военнослужащих, погибших в период Великой Отечественной войны 1941—1945 годов. Именно в этом документе говорится о том, что краевой судебно-медицинский эксперт края А. С. Литвак и заведующий отделом здравоохранения крайисполкома М. П. Кальной назначены ответственными за определение причин гибели военнослужащих. Для обеспечения работы комиссии и команды по извлечению трупов были выделены два врача, средний медицинский персонал, медикаменты и две санитарные машины, одна из них повышенной проходимости ГАЗ-69. Всего к работе от краевого бюро судебно-медицинской экспертизы были привлечены 6 человек¹.

Также в деле имеются документы, рассказывающие о конфигурации линии обороны, наличии большого числа позиций, обнаружении останков погибших воинов и предметов вооружения и эки-

пировки на фронте 2,5 км и в глубину до 1,5 км. Кроме того, представлена схема обороны подразделений Красной армии в районе ледника Марухский в период август—ноябрь 1942 года, на которой показаны позиции, где были обнаружены указанные предметы; останки советских воинов в различном состоянии; склад химических снарядов противника; разбитая немецкая кухня; позиция батареи вражеских войск и т. д.

В упомянутом архивном деле находится акт судебно-медицинской экспертизы на 18 листах с описанием и заключением судебно-медицинских экспертов — доктора медицинских наук, профессора А. С. Литвака и заведующего отделом по исследованию трупов краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, ассистента кафедры судебной медицины Ставропольского медицинского института Р. Л. Вартанова².

К акту приложены 17 фотографий, на которых изображены члены комиссии во время работы на леднике; останки погибших воинов на огневых позициях в том виде, в котором они находились в момент обнаружения; а также специально сделанные для акта судебной экспертизы снимки останков по отделам скелета человека (череп, берцовые кости и т. п.).

Большое количество останков воинов было обнаружено в виде костей скелетов на всем фронте обороны и непосредственно на огневых позициях, а также на Марухском леднике. Часть этих останков находилась на поверхности льда и в течение 20 лет подвергалась атмосферным воздействиям, другая — оказалась вмерзшей в лед на глубину 1—1,5 м.³

Перед экспертами был поставлен вопрос о количестве погибших воинов и причине их гибели. Экспертиза проводилась с 27 по 30 сентября 1962 года в районе Марухского ледника и станицы Зеленчукской Ставропольского края. Фактически судмедэкспертам пришлось работать в полевых условиях. В составе комиссии судмедэксперты обследовали район реки Хачега (высота 3020,0), ледник «Марухский» (высота 3893,3 — гора Кара-Кая) и высота 3029,5. Все обнаруженные останки воинов на этом участке были собраны и вынесены вручную из этого района. Экспертами были проведены исследования останков трупов людей с сохранившимися мягкими тканями, исследования черепов и других костей скелета.

В отчете представлен подробный анализ частей одного из трупов с сохранившимися мягкими тканями, вырубленного изо льда Марухского ледника и доставленного на экспертизу в плащ-палатке. Описаны останки частей скелета, сохранившиеся мягкие ткани — их состояние, цвет. Указано, что от тканей трупа исходит гнилостный запах. Мягковатые мылоподобные мягкие бесформенные ткани лежали также отдельно от костей, были смешаны с кусками льда. Однако среди всех этих тканей эксперты находили и отдельные эластичные куски ко-

¹ Государственный архив Ставропольского края (далее — ГАСК). Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 8.

² ГАСК. Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 53—71.

³ ГАСК. Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 55.

жи. Кожа головы сохранилась во многих участках и местами была покрыта русыми волосами длиной до 2—2,5 см. Также эксперты отметили в костях свода черепа на уровне чешуи левой височной кости дырчатый перелом размерами 4 на 5 см неопределенной формы с неровными краями. Члены комиссии описали и сохранившиеся на трупе остатки хлопчатобумажной ткани и манжеты трикотажных кальсон⁴.

На экспертизу в мешке были доставлены отдельные части другого трупа, представляющие собой костные образования, местами покрытые плотными темно-коричневыми пергаментного вида сухими мягкими тканями. Две нижние конечности (правая и левая) представлены бедренными костями, костями голеней и стоп, на которых одеты кожаные, распоротые по швам, ношенные, подбитые железными подковами ботинки с кожаными ремешками вместо шнурков. Также в акте указано клеймо, нанесенное на берцы ботинок и представлено фото вышеуказанных конечностей. Судебно-медицинские эксперты дали описание состояния мягких тканей стоп после снятия ботинок⁵.

Судебно-медицинскими экспертами было произведено исследование найденных черепов (всего 21), причем каждый изучался в отдельности. Состояние половины из них было хорошее, в акте фигурирует описание 11 черепов. Десять других сохраняется в виде отдельных костей свода. У многих черепов наблюдалось расхождение швов, наиболее выраженное в области чешуйчатых (у пяти из 11 описанных). Было обнаружено 17 нижних челюстей без повреждений. Сохранившиеся на них зубы, как и на верхних, были легко подвижны и свободно вынимались. Коронки зубов всюду хорошо сохранились, имели белый цвет, гладкую блестящую зубную эмаль, рельефные бугорки на зубах. Альвеолярные отростки челюстей были хорошо выражены, зубные лунки глубокие. В акте содержится также указания материала и размеров имеющихся зубных пломб. Они были металлическими и зубоцементными⁶.

Комиссия исследовала также и другие кости скелета. Обнаруженные кости сортировались по видовой принадлежности. При их подсчете оказалось: черепов — 21, нижних челюстей — 17, плечевых костей — 41, локтевых — 16, лучевых — 14, бедренных — 65, большеберцовых — 55, малоберцовых — 21, лопаток — 18, ключиц — 6, позвонков — 9, ребер — 64, тазовых — 47, крестцов — 7, небольшое количество костей стоп и кистей. Подавляющее большинство костей имели известково-белый цвет, легко ломались, а более тонкие из них крошились в руках. На небольшом количестве тазовых костей и ключиц имелись повреждения. Почти все лопатки и ребра имели повреждения, причем некоторые ребра были разделены на несколько частей⁷.



Рис. 3. Члены комиссии изучают останки воинов 810 стрелкового полка, погибших в 1942 г. на северных скатах горы Кара-Кая. 28 сентября 1962 года.

В акте представлены данные вычислений роста и длины трупов по длине плечевых, локтевых, лучевых, а также бедренных, большеберцовых и малоберцовых костей по таблицам Ролле, Мануврие и Тельккя. Часть костей не измерялась, т. к. они сохранились частично⁸. В методическом письме «Об определении роста по костям скелета взрослого человека» Министерства здравоохранения СССР (1958 г.) говорилось о том, что определение роста по костям скелета базируется на том, что между размерами длинных трубчатых костей и ростом человека существуют определенные закономерные соотношения. На основании этих соотношений оказывается возможным определять рост человека по величине отдельных, преимущественно, длинных трубчатых костей [11]. При этом, способы определения роста, предложенные Е. Ролле, базировались на изучении скелетов людей небольшого роста. А. Тельккя использовал для разработки своего способа трупы людей, рост которых, определенный при жизни, был равен 169,3 см у мужчин и 156,8 у женщин, т. е. был несколько больше, чем в данных Е. Ролле. Таблицы Л. Мануврие рассчитаны на колебания длины тела в пределах 153—183 см у мужчин и 140—171,5 см у женщин [12, с. 221, 223, 227]. Однако в выводах комиссии результаты этого анализа не отражены.

⁴ ГАСК. Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 55—58.

⁵ ГАСК. Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 58—59.

⁶ ГАСК. Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 60—62.

⁷ ГАСК. Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 59, 62—63, 65—68.

⁸ ГАСК. Ф.Р-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 59.

На основе данных судебно-медицинского обследования комиссия пришла к следующему заключению:

1. Несмотря на наличие черепов — 22 человек (именно эта цифра указана в акте — *авт.*), необходимо считать, что в вышеуказанном месте находилось не менее 40 человек, так как среди других костей скелета было обнаружено 40 левых бедренных костей.

2. Анализ совокупности показателей, полученных при исследовании костей, с учётом других признаков, позволяющих судить о возрастных особенностях, даёт основание полагать, что в указанном месте находились трупы взрослых людей, преимущественно молодого возраста.

3. Отсутствие мягких тканей, органов и одежды на останках трупов, а также многих костей скелетов не даёт возможности высказаться о причине гибели и характере имевшихся повреждений у большинства из найденных трупов. Повреждения на отдельных костях скелетов могли произойти от механических воздействий, в том числе и огнестрельных, прижизненно или посмертно⁹.

Таким образом в анализируемом документе описано количество и состояние найденных останков. Однако обращает внимание то, что при исследовании не были установлены половая и расовая принадлежность обнаруженных лиц, хотя такая возможность имела. Также эксперты дали заключение, что найденные останки принадлежат взрослым людям, преимущественно молодого возраста, но «костный возраст» ими установлен не был. На основании воспоминаний очевидцев можно говорить, что, помимо гибели от ранений, часть советских бойцов умерла от холода, часть — погибли в результате схода снежных лавин [8, с. 108, 113, 125, 157]. Учитывая, что останки 20 лет находились в зоне отрицательных температур, установленные экспертами расхождение швов черепа характерны при промерзании головы.

В то же время в книге «Тайна Марухского ледника» ее автор В. Гнеушев как один из членов комиссии упоминает, что в «одном месте видели, по всей вероятности, полевой лазарет: несколько солдат, скорее всего умерших от ран, остатки бинтов». Были ли эти останки подвергнуты судебно-медицинской экспертизе, неизвестно. На леднике на поверхности льда, вмёрзшие наполовину, придавленные камнями, были найдены останки советских бойцов, одетые в полуистлевшие армейские шинели в ботинках с обмотками. При спуске к морене ледника были найдены останки офицера с рукой в гипсе. Также был найден подо льдом труп солдата, на спине которого просматривался вещевой мешок. Но в анализируемом нами акте судебно-медицинской экспертизы нет упоминания наличия у трупов остатков армейских шинелей, не зафиксировано наличие гипса у исследуемых останков. В тоже время В. Гнеушев повествует, что к концу второго дня работы комиссии все останки погибших воинов были вынесены

через хребет Марухского перевала и доставлены в станицу Зеленчукскую [8, с. 16—18].

Все найденные останки 1 октября 1962 года были захоронены в станице Зеленчукской Карачаево-Черкесской автономной области Ставропольского края со всеми воинскими почестями. В похоронах приняло участие несколько тысяч человек.

К сожалению, перед членами комиссии не стояла задача идентификации останков и все были захоронены в братской могиле. Сегодня требования к проведению судебно-медицинской экспертизы при обнаружении останков советских военнослужащих предполагают проведение экспертизы для установления количества скелетов, определения расы, пола, возраста и роста индивидов, определения давности их пребывания на месте обнаружения. Для удовлетворения социального запроса в ходе проводимых исследований по возможности решаются дополнительные задачи, направленные на получение информации для последующей идентификации личности конкретного военнослужащего: выявление особенностей строения скелета (аномалий развития, врожденных и приобретенных деформаций костей; патологических процессов; следов медицинского вмешательства); выявление особенностей стоматологического статуса; установление характера и механизма образования повреждений. Обнаруженные вместе с останками фрагменты личных вещей и амуниции (обувь, ремни, одежда, боеприпасы и т. д.) также помогают решить вопросы идентификации.

В 1962 году научно-технический отдел Управления внутренних дел исполкома Ставропольского краевого совета депутатов трудящихся провел экспертизу документов и предметов, найденных на Марухском перевале¹⁰. По частично восстановленному номеру и имени в Центральном архиве Министерства обороны в книге учета комсомольских документов было установлено, что данный билет принадлежал Коптеву Петру Кирилловичу, военнослужащему 810 стрелкового полка, обороняющего Марухский перевал [8, с. 50].

Среди вещей, обнаруженных в вещевом мешке на одном из трупов, были найдены парикмахерские принадлежности и баночка с надписью «Андронов». Авторы книги «Тайна Марухского ледника» получили письмо от П. И. Зильберман, которая предположила, что найденный на леднике солдат с комплектом парикмахерских принадлежностей ее мужа, который служил в 808 стрелковом полку и в конце августа 1942 года находился на перевале. Она обратилась к членам комиссии с просьбой вспомнить его внешность и описала своего мужа. На страницах книги В. Гнеушев и А. Попутько рассказывают, что осмотренные останки подходят под описание П. И. Зильберман, но однозначно установить этот факт невозможно [8, с. 28].

Заключение

Таким образом, комиссия судебно-медицинских экспертов, изучавшая останки воинов на Марух-

⁹ ГАСК. Ф.П-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 70—71.

¹⁰ ГАСК. Ф.П-1060. Оп. 1. Д. 2. Л. 73—77.

ском перевале, дала достаточно подробное описание состояния останков, найденных на перевале и вывезенных для дальнейшего захоронения. На поставленные перед комиссией вопросы о количестве погибших и причинах их смерти эксперты дали ответ с учетом того, что экспертиза останков производилась спустя 20 лет после гибели советских военнослужащих и условий, в которых на протяжении этого времени сохранялись останки. Но в то же время, результаты работы судебно-медицинских экспертов не позволили идентифицировать останки найденных военнослужащих, вследствие чего все они были захоронены в братской могиле. Акт, составленный 20 лет спустя после военных событий 1942 года, является историческим источником, приоткрывающим «тайну Марухского ледника». Со времени его написания прошло 60 лет. И теперь сам акт представляет историческую ценность уже для истории медицины и судебно-медицинской экспертизы.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Алиев К.-М.И. В зоне «Эдельвейса». М.: Илекса; Ставрополь: Сервисшкола; 2005. 386 с.
- Ибрагимбейли Х. М. Битва за Кавказ. Крах операции «Эдельвейс». М.: Веч; 2012. 413 с.
- Медвенский Н. И. Боевые операции на перевалах Абхазии в ходе битвы за Кавказ 1942—1943 гг. Сухум; 2012. 96 с.
- Мирзонов А. Р. Битва за Кавказ. Другой взгляд. 2018. 492 с.
- Карташев А. В. Особенности эвакуации и лечения раненых в горных условиях в ходе битвы за Кавказ. Труды по истории медицины. Opera medica historica: альманах. Российское общество историков медицины; отв. ред. К. А. Пашков. М.: М-Принт; 2022. Вып. 6. С. 454—460.
- Ованесов Б. Т., Судавцов Н. Д. Здравоохранение Ставрополя (1918—2005 гг.). Ставрополь; 2007. 544 с.
- Ставропольский край в период Великой Отечественной войны (1941—1945 гг.). Коллективная монография. Под ред. С. И. Линца, А. А. Аникеева, Г. И. Кольги. Ставрополь-Пятигорск: Пятигорский государственный университет; 2018. 498 с.
- Гнеушев В., Попутко А. Тайна Марухского ледника. Ставрополь: Кн. изд-во; 1981. 560 с.
- Первущин Ю. В., Копылов А. В. Александр Самойлович Литвак. Ю. В. Копылов; под общей редакцией В. Н. Муравьевой. Ставрополь: СтГМУ; 2014. 73 с.
- Карташев А. В. Бои на Ставрополье: противостояние (сентябрь—декабрь 1942 года): монография. Ставрополь: Изд-во СтГМУ; 2022. 252 с.
- Об определении роста по костям скелета взрослого человека. В. И. Прозоровский: Методическое письмо. М.; 1958.
- Алексеев В. П. Остеометрия: методика антропологических исследований. Москва; 1966. 251 с.

REFERENCES

- Aliyev K.-M. I. In the zone of «Edelweiss». Moscow: Ilex; Stavropol: Service School; 2005. 386 p. (in Russian).
- Ibragimbayli H. M. The Battle for the Caucasus. The collapse of Operation Edelweiss. Moscow: Veche; 2012. 413 p. (in Russian).
- Medvensky N. I. Combat operations on the passes of Abkhazia during the Battle for the Caucasus 1942—1943. Sukhum; 2012. 96 p. (in Russian).
- Mirzonov A. R. The Battle for the Caucasus. Another view. 2018. 492 p. (in Russian).
- Kartashev A. V. Features of evacuation and treatment of the wounded in mountainous conditions during the battle for the Caucasus. Proceedings on the history of medicine. Opera medica historica: almanac. Russian Society of Medical Historians; ed. by K. A. Pashkov. M.: M-Print; 2022. Issue 6. pp. 454—460. (in Russian).
- Ovanesov B. T., Sudavtsov N. D. Health care of Stavropol (1918—2005). Stavropol; 2007. 544 p. (in Russian).
- Stavropol Territory during the Great Patriotic War (1941—1945). Collective monograph. Edited by S. I. Lintz, A. A. Anikeev, G. I. Koldgi. Stavropol-Pyatigorsk: Pyatigorsk State University; 2018. 498 p. (in Russian).
- Gneushev V., Poputko A. The mystery of the Marukhsky glacier. Stavropol: Publishing House; 1981. 560 p. (in Russian).
- Pervushin Yu. V., Kopylov A. V. Alexander Samoilovich Litvak. Yu. V. Kopylov; under the general editorship of V. N. Muravyeva. Stavropol: StGMU; 2014. 73 p. (in Russian).
- Kartashev A. V. Battles in Stavropol: confrontation (September—December 1942): monograph. Stavropol: Publishing House of StGMU; 2022. 252 p. (in Russian).
- On the determination of growth by the bones of the skeleton of an adult. V. I. Prozorovsky: Methodical letter. M.; 1958. (in Russian).
- Alekseev V. P. Optometry: methodology of anthropological research. Moscow; 1966. 251 p. (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 01.11.2022; одобрена после рецензирования 31.01.2023; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 01.11.2022; approved after reviewing 31.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 61 и 9.908

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.015

Н. В. Слюнин о медицине и здравоохранении Камчатки в конце XIX в.

Яна Альбертовна Маврина^{1✉}, Татьяна Викторовна Давыдова²

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

¹ya.mavrina@gmail.com

²t-davydova@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена изучению проблемных и перспективных аспектов развития медицины и здравоохранения Камчатки в конце XIX в. в трудах доктора медицины Н. В. Слюнина; рассмотрена актуальность данной темы для современной медицины и здравоохранения российских окраин.

Ключевые слова: Камчатка, Дальний Восток, народная медицина, официальная медицина, здравоохранение.

Для цитирования: Маврина Я. А., Давыдова Т. В. Медицина и здравоохранение камчатки в конце XIX в. (на примере монографии Н. В. Слюнина «Охотско-Камчатский край (с картой). Естественно-историческое описание») // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 90—84. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.015.

Original article

Nikolai Slyunin on medicine and healthcare in Kamchatka in the late XIX century

Yana A. Mavrina^{1✉}, Tatiana V. Davydova²

Academician I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russian Federation

¹ya.mavrina@gmail.com

²t-davydova@mail.ru

Annotation. The article is devoted to the study problematic and perspective aspects of medicine and healthcare development of Kamchatka in the end of the XIX century in works of Doctor of Medicine N. V. Slyunin; considered the relevance of this topic for contemporary medicine and healthcare of Russian outskirts.

Key words: Kamchatka, Far East, traditional medicine, official medicine, healthcare.

For citation: Mavrina Y. A., Davydova T. V. Medicine and healthcare of Kamchatka in the end of the XIX century (on the example of N. V. Slyunin's monograph «Okhotsk-Kamchatka territory (with a map). Natural-historical description»). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):90–94. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.015.

В последние годы в России резко возрос интерес к Камчатке как к уникальному этно-туристическому региону не только с удивительной природой, но историей, культурой, медициной. В связи с этим особую актуальность приобретает обращение к самобытной и малоизученной истории медицины и здравоохранения полуострова, насчитывающей более двух столетий.

Становление здравоохранения Камчатки было обусловлено геополитическим заказом Российской империи, освоением Северо-Востока России морскими научными экспедициями XVIII–XIX вв. Участники экспедиций — русские лекари, помимо своих прямых обязанностей, занимались изучением географии, флоры и фауны, природных богатств, климата, народонаселения полуострова, собирали первые сведения о болезнях и методах врачевания у местных этносов, оказывали им посильную помощь.

Важно отметить, что вклад участников Камчатских экспедиций В. Й. Беринга XVIII в. в исследование медицины Камчатки уже достаточно освещался в современной историографии. Однако медицина и состояние здравоохранения полуострова в XIX в. являются малоизученными в истории края в виду отсутствия целостных работ по данной проблеме.

Источниковую базу данного исследования составили работы лекаря Н. В. Слюнина, исследователя Дальнего Востока России, вклад которого в изучение Северной Пацифики трудно переоценить. В 2020 г. отмечалось 170-летие ученого. Однако до настоящего времени результаты его работ, особенно в области медицины и здравоохранения края на конец XIX в., почти не освещались в литературе [1].

Итак, актуальность и новизна данного исследования заключается в том, что труды Н. В. Слюнина ранее не изучались как историко-медицинские источники Камчатки.

Николай Васильевич Слюнин (1850—1926) закончил Санкт-Петербургский университет, затем Императорскую Военно-медицинскую академию в 1882 г. [2]. Его врачебная карьера сложилась в качестве судового врача и натуралиста на судах морских экспедиций на Северо-Восток России. Одна из таких — Охотско-Камчатская экспедиция под руководством горного инженера К. И. Богдановича 1895—1898 гг., организованная Правительством России по инициативе министра финансов С. Ю. Витте в связи с началом строительства Транссибирской железной дороги и необходимостью изучения экономики Дальнего Востока. В ее задачу входило всестороннее географическое, биологическое, этнографическое и хозяйственно-экономическое изучение края, выявление золотоносных месторождений, установление оптимального пути прокладки железной дороги [3].

Масштаб экспедиции помогает понять ее география. 1 октября 1895 г. Н. В. Слюнин прибыл в Николаевск-на-Амуре, далее на судне «Якут» перешёл в село Аян, где встретился с остальными участниками экспедиции. Далее ученый по воде отправился в Охотск. После этого, с середины ноября по апрель, исследователь добирался по берегу Охотского моря от Охотска до Петропавловска-Камчатского с заездами в глубь Камчатки (Авачинскую губу, Усть-Камчатск, селение Еловское и др.). Затем ученый добрался до устья р. Тигиль, откуда в связи с болезнью его доставили на пароходе «Котик» в Петропавловск-Камчатский. После выздоровления ученый в мае 1898 г. на судне «Хабаровск» отбыл с Камчатки во Владивосток. За время своих путешествий Николай Васильевич прошел и проехал по суше около 4,5 тыс. км, морем на пароходах и шлюпках — почти 3,5 тыс. км, посетил 85 селений [4].

Николай Васильевич не ограничился задачами Министерства финансов и провел широкомасштабное исследование, включающие в себя историко-культурные, социально-демографические и медицинские аспекты. Результаты работы он представил в двухтомном энциклопедическом труде «Охотско-Камчатский край (с картой). Естественно-историческое описание» (1900 г.). Особое внимание в данной монографии уделяется проблемам здравоохранения края, а также возможным способам их решения.

За этот фундаментальный труд в 1901 г. Н. В. Слюнин был награжден Большой медалью отделений этнографии и статистики Императорского Русского Географического Общества (она приравнивалась к Малым золотым медалям РГО и являлась наградой за изучение народов, населяющих Россию и сопредельные государства, а также географии их деятельности), орденом Святого Станислава 2-й степени и переведен в 7-й флотский экипаж на Балтику, где в 1899 г. служил судовым врачом сначала на броненосце «Севастополь», а затем на крейсере «Минин» [2].

В начале монографии Н. В. Слюнин отмечает проблемы исследования исследований на полуострове, включающие в себя скудную источниковую базу по истории региона, изолированность его гео-

графического положения, сложности климата и местной флоры [5]. Ученый упоминает о непроходимости этих мест, что становится препятствием не только для приезжих, но и для местных жителей, что негативно влияет на доступность медицинской помощи. Организация официальной медицины, как пишет Н. В. Слюнин, находится в катастрофическом состоянии: населенные пункты разбросаны на тысячи километров, а окружной врач проживает в порту, т. е. на краю округа, так что в случае необходимой скорой помощи добраться до больного в срок оказывается невозможным [5]. В связи с этим врач не занимается не только срочными случаями, но и хроническими больными, а единичные разъезды с раздачей медикаментов оказываются бессмысленными в масштабах проблемы. Даже то, что у врача есть помощники-фельдшеры, живущие в различных пунктах края, не делает официальную медицину более доступной. Ученый пишет, что эти специалисты имеют крайне низкую квалификацию и по большей части получили свою должность «по наследству» [5].

Другой важной проблемой организации здравоохранения на Камчатке, по мнению ученого, является недоступность медицинского просвещения: «Санитарная часть и врачебная помощь в крае находится ещё в более печальном положении, — и только отдаленная изолированность и большой простор до некоторой степени спасают население от вымирания» [5]. Такие неблагоприятные условия для здоровья населения ученый объясняет не только отсутствием государственной политики, но и особенностями быта аборигенов. Некоторые традиции и обычаи коренного населения, обусловленные укладом жизни, пагубны для аборигенов — например, широко распространенные глазные болезни вызваны дымом в юртах, а наличие в каждодневном рационе сухой юколы (сушено-вяленого мяса рыбы или северного оленя) приводит к постоянной «боли под ложечкой» Ученый видит решение проблемы в осовременивании средств к существованию — по примеру глазных болезней костер в юрте можно заменить якутским камином.

При этом, как пишет Н. В. Слюнин, убедить местного жителя отказаться от традиций крайне сложно. Потому исследователь утверждает, что здравоохранение края напрямую обусловлено уровнем образования и культуры аборигенов.

Среди привычек и обычаев, интересных с точки зрения медицины, особое внимание стоит уделить жеванию мухомора. Это не связано с гастрономическими предпочтениями жителей, т. к. другие грибы они не собирают — интерес к мухомору вызван его наркотическим действием. Торговля грибом у коряков представляет большой нелегальный бизнес, т. к. торговля ядовитыми грибами запрещена законом. Государство, не имея реальной возможности контролировать этот процесс, ограничивается просветительской работой среди населения о вреде мухоморов на организм [5].

Ученый отмечает, что действие мухомора схоже с действием опия и проявляется в виде бреда и галлю-

цинаций. Противоядием против мухоморного опьянения является водка — малая доза за короткий срок возвращает человека в обычное состояние [5].

Корякский рецепт приготовления мухоморов сводится к следующему: «...чтобы добиться желаемого эффекта, мухомор необходимо долго сушить на солнце, потом в юрте над костром, и после коряк может жевать его, запивая водой» [5]. Сами коряки уверяли ученого, что жевание мухомора безвредно, но Н. В. Слюнин в этом сомневается, т. к. замечал, что любители гриба имеют исхудалый вид, желтый цвет кожи и расшатанную походку, что могло бы быть приписано действию алкалоида этого гриба.

Но катастрофа организации официальной медицины не сводится к проблеме нераспространенности научного метода.

Существенный недостаток здравоохранения, по мнению Н. В. Слюнина, — это недостаток медикаментов и полное отсутствие больниц. Единственная больница в селе Ямск содержится на пожертвования, а в селах Аян и Чумикан нет ни фельдшеров, ни поставок медикаментов. Жалобы на недостаток лекарств ученый слышал в каждом доме — ученый часто встречал тех, кто остро нуждался в медикаментозной помощи: «...а между тем в юртах и избушках бедняков мы нашли детей, юношей и взрослых с такими обширными язвами и такими глубокими поражениями организма (Lues), что один вид их бередил нервы даже врача» [5].

Участники экспедиции пытались помочь своими силами. Выдвигаясь из Охотска, они взяли с собой большой запас лекарственных средств и перевязочных материалов, но из-за оказания помощи в каждом селении запасы быстро кончились.

Что касается аптек, Н. В. Слюнин указывает на наличие трех в крае. Они снабжаются всем необходимым из Областного управления, причем для лечения казаков Иркутского полка Охотска и Гижиги медикаменты присылаются бесплатно из Иркутского интендантства, в то время как остальные жители приобретают лекарства за свои средства по установленной цене. В платности медикаментов Н. В. Слюнин видит особую проблему. Финансы большинства населения крайне малы, так что позволить покупку лекарств могут лишь 20—30 семей на полуострове [5].

Кроме больниц, отсутствуют и изоляторы для разных больных (кроме народных лепрозориев).

Такие условия идеальны для эпидемий. Н. В. Слюнин подробно описывает лишь некоторые из них, но этого достаточно, чтобы увидеть критичность положения туземцев.

Самыми распространенными инфекционными заболеваниями являются венерические. Правительство в 1875—1878 гг. выделяло специалистов для борьбы с ними, но лечение больных не довели до конца, и потому эпидемия не исчезла. Аналогичные меры государство предпринимало для борьбы с оспой (1883 г., 1887—1888 гг., 1896—1897 гг.), сифилисом и тифом («сомовским поветрием»). Кроме этого, были построены больницы и созданы оспенные комитеты.

Во времени экспедиции Н. В. Слюнина эти мероприятия не проводились, поэтому в 1890-е гг. вспышки тифа стали частыми. Положение населения представляется ученому совершенно беспомощным: эпидемии производят большие опустошения, но нет доступа ни к специалистам, ни к медикаментам. Масштаб опустошений виден в статистике сифилиса: в каждом округе больных исчисляются сотнями. Н. В. Слюнин приводит отчет доктора, занимавшегося больными только долины р. Камчатки: из 1691 человека (мужчин и женщин) 170 оказались больными — 10,05% (зарегистрированы случаи и большего процента, например, в Охотских поселках). В связи с этим некоторые села (например, Ямск и Армань) имеют непривлекательную репутацию, и девушек этих сел не берут замуж, заранее считая зараженными [5].

Не менее распространена и проказа. Кроме сводок по эпидемиям, Н. В. Слюнин приводит историческую справку распространения заболевания. В последней ученый освещает современный взгляд на болезнь и описывает две её формы: узловатую (в виде бугорков на коже) и анестетическую, нервную (в виде розовато-красных или бледно-розовых пятен с более светлым центром). Во время экспедиции ученый наблюдал обе формы и отметил, что обе имеют широкий диапазон продолжительности жизни: в то время как некоторые больные умирали спустя 1—2 года после появления симптомов, зарегистрирован случай девушки 37 лет, которая была больна с пяти лет [5].

Но имеется закономерность между формой и продолжительностью. Н. В. Слюнин пишет, что при узловатой форме заболевания ухудшение общего состояния происходит быстрее и потому смерть наступает раньше; при анестетической форме симптомы оказываются латентными довольно долго.

Кроме этих замечаний, ученый пишет и о других симптомах проказы. Образованиям кожных узлов всегда предшествует появление темно-красных пятен или плотных отеков с полной потерей болевой чувствительности [5].

Исследования показали, что проказа встречается везде вне зависимости от климата и почвы. Тем не менее наблюдается четкая зависимость между этнической принадлежностью человека и его иммунитетом к проказе — чистокровные камчадалы и коряки никогда ей не болеют, в то время как пришлое население (русские, якуты и отчасти тунгусы) восприимчивы к заболеванию. Это наблюдение крайне интересно в перспективе лечения проказы и понимания особенностей ее патогенеза.

Н. В. Слюнин отдельно рассматривает этиологию проказы. Ученый предлагает отойти от бактериальной теории для изучения возможной причины заболевания, скрывающейся в рационе аборигенов. В некоторых реках местных побережий встречается больная рыба, называемая жителями «саранной», внешне отличающаяся образованиями в мышцах, размером с конопляное зерно. Появление этой рыбы не постоянно и не имеет периодов. По рассказам аборигенов, «саранная» рыба в один год могла часто

встречаться в улове, а в другой — не быть вовсе. Но существуют реки, где она появляется постоянно и где, по воспоминаниям стариков, не было ни одной. Сопоставляя ареал «саранной» рыбы с регионами распространения проказы, Н. В. Слюнин выводит, что прокаженные наблюдаются только там, где есть «саранная» рыба. Тем не менее ученый не берется решать, является ли это наблюдение закономерностью или просто совпадением, но приводит исследования, по результатам которых в шарообразных возвышениях «саранной» рыбы нашли паразита из рода *Mухosporidiae*, сем. *Sporozoa*. В качестве примера одного из болезнетворных *Mухosporidiae* приводится вид *Mixololus Pfeifferi*, вызывающий тяжелые эпидемии у рыб [5].

Правительство выработало некоторые меры против распространения заразы, которые Н. В. Слюнину кажутся бесполезными ввиду их непригодности для окраин. Положение прокаженных на Камчатке представляется ученому безнадежным в плане лечения. Из-за отсутствия государственных лепрозориев больным приходится уходить в отдаленные места, где провизию они получают только от родственников или других сострадающих людей [5].

В итоге масштаб эпидемий Н. В. Слюнин объясняет несколькими факторами. Кроме катастрофического состояния официальной медицины, к ним относится антисанитария быта аборигенов. Ученый приводит яркий пример: корячка считает неприемлемыми мытье рук и лица и в случае необходимости протирает себя такой жидкостью, название которой «вызывает у европейца чувство брезгливости» [5].

Следующий фактор связан с колонизацией полуострова. Н. В. Слюнин указывает на то, что повальные болезни пришли к жителям от иностранцев и русских, и поэтому они не знакомы организму туземца. При этом самыми устойчивыми к заболеваниям оказались те, в родословной которых меньше остальных встречались другие этносы [5].

Отдельно Н. В. Слюнин описывает и неинфекционные болезни — наиболее распространены среди них заболевания желудочно-кишечного тракта. Ученый предполагает, что это связано с питанием инородцев, а именно со скудностью рациона, обилием сухой, жесткой пищи и плохим питанием в детстве. В связи с обилием рыбы в рационе часто встречается солитер, настолько распространенный, что местные врачи не вносят эту болезнь в отчеты [5].

Также повсеместными являются глазные заболевания. Н. В. Слюнин пишет: «Мы не видали ни одной юрты и семьи, где бы не было несколько случаев тяжелого поражения век и даже всего глаза (катаракта)» [5]. Главной причиной недуга служит задымленность помещений, антисанитария и сильное светоотражение от снега весной. Глазные заболевания делают довольно большую часть трудоспособного населения инвалидами.

Не менее широко распространены нервные заболевания — во врачебных отчетах они обозначаются большим количеством случаев. Наиболее распространена неустойчивость нервной системы, а также

связанные с этим нервные припадки. Симптомами выступают мучительные головные боли, из-за которых человек впадает в истерию и может даже прибегнуть к суициду: «...он бежит в лес, скачет по тундре, забирается на хребты, ища облегчения, и иногда покушается на самоубийство» [5].

Ученый описывает уникальные болезни, названия которых существуют исключительно в языке камчадалов. Например, между аянскими тунгусами известна болезнь «ана», которой страдают преимущественно женщины. Н. В. Слюнин пишет, что припадки этой болезни напоминают кликушество и проявляются внезапно: больная начинает кричать, бегать и бредить; лицо и глаза становятся красными; появляются тики мимических мышц, судороги в руках (отмечается, что больные в этот момент обладают большой физической силой) и в конце больная теряет сознание и запрокидывает голову [5]. Лучшим лекарством против недуга аборигены считают щипание шеи и переносицы или натирание краем медной (лучше старой) монеты локтевого сгиба с внутренней стороны до синяков и ран. После таких процедур больная приходит в себя, но весь оставшийся день чувствует себя разбитой и вздрагивает при малейшем стуке — тогда про неё тунгусы говорят «анала-быть».

Эту болезнь, пишет Н. В. Слюнин, не стоит путать с другой, более распространенной по всему Северо-Востоку, известной как «мерячество», «мерячки», «эмиряк» и «эмюрях». Перед появлением этой болезни человек находится в угнетенном состоянии — он как будто не замечает ничего вокруг, мало говорит и выглядит грустным. Внезапно, после случайного звука, больной приходит в состояние крайнего возбуждения: он начинает что-то искать, прислушиваться к несуществующим звукам; движения становятся порывистыми, сильными. На вопросы такой больной или не реагирует, или отвечает невпопад. Следующая стадия часто проявляется в криках, слезах, повторениях чужих слов и подражании каким-либо звукам. Н. В. Слюнин описывает, что от русской женщины слышна смесь когда-то услышанной якутской, чукотской, английской и другой речи, которые в обычном состоянии ей совершенно неизвестны. Дальнейшее состояние больной варьируется. Она может сконцентрироваться на каком-либо объекте: если на предмете, то она будет требовать его принести или сломать; если на живом объекте (например, на собаке) — то даже убить. В другом случае, при неумелом или даже преднамеренном обращении с больной, последняя теряет волю и входит в каталептическое состояние. Суеверия гласят, что в этот момент в больную входит злой дух, у которого можно узнать ответы на интересующие вопросы, — больная же отвечает бессвязные фразы и делает всё, что ей приказывают. Н. В. Слюнин пишет, что якуты часто устраивают себе зрелища с такими больными [5].

Подобные истерические явления очень распространены, и зачастую припадок у одного человека провоцирует его у других. Н. В. Слюнин пишет, что его экспедиция не раз наблюдала, что среди празд-

ника или мирного семейного разговора один приступ провоцирует истерию у всех остальных.

Ученый приводит демографическую справку и отмечает высокую детскую смертность, к которой приводят вынужденный ранний детский труд и плохое питание. У тунгусов 20,2% от всех родившихся не доживает до 5-ти летнего возраста, а 6%, пережив этот возраст, не достигает 20 лет, что крайне негативно влияет на общую статистику. Также необходимо учитывать эпидемии сифилиса, которые напрямую влияют как на численность населения детородного возраста, так и на репродуктивную способность жителей. Ученый отмечает, что такие показатели не уникальны для России — они в целом характерны для слоев населения, находящихся в неблагоприятных экономических условиях и ведущих кочевой образ жизни [6].

Но при этом, как ни парадоксально, обширная статистика показывает, что инородцы перспективны в демографическом плане. Это объясняется тем, что даже в крайне неблагоприятных условиях тунгусы, коряки и камчадалы дают значительный прирост, что говорит о больших репродуктивных возможностях женщин местных этносов [6].

Таким образом, в данном исследовании проведен историографический анализ состояния медицины и здравоохранения Камчатки в конце XIX в. на примере монографии Н. В. Слюнина «Охотско-Камчатский край (с картой). Естественно-историческое описание». Это одна из первых монографий в истории полуострова, где автор обозначил проблемы организации здравоохранения на Северо-Востоке России и предложил пути их решения.

Н. В. Слюнин тесно связывает состояние официальной медицины с экономикой края. Ученый показывает, что развитие промысла невозможно без развития медицины и улучшения качества жизни, что требует грамотной государственной политики с учетом особенностей полуострова. В этой связи, изучение истории медицины и здравоохранения национальных окраин России актуально и в настоящее время.

Н. В. Слюнин одним из первых поставил в Русском Географическом Обществе вопрос о разработке особого медицинского законодательства для Северо-Восточных окраин страны и даже многих

стран мира. Как отмечал Николай Васильевич, основой такого международного законодательства должно стать медико-биологическое и клинко-гигиеническое, а не коммерческое обоснование правового регулирования в здравоохранении.

В заключение следует отметить, что, по мнению некоторых ученых, вклад Н. В. Слюнина в исследование Камчатки можно сравнить только с таковым участников Второй Камчатской экспедиции под руководством В. И. Беринга (1737—1742 гг.) С. П. Крашенинникова и Г. В. Стеллера [1].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Токранов А. М. Известный исследователь природы Камчатки и Дальнего Востока Н. В. Слюнин (к 170-летию со дня рождения). «Гордиться славою своих предков...»: Материалы XXXVI Крашенинниковских чтений, Петропавловск-Камчатский, 15 октября 2020 г. Петропавловск-Камчатский: Камчатская краевая научная библиотека им. С. П. Крашенинникова; 2020. С. 206—209.
2. Алексеев А. И. Сыны отважные России. Магадан: Магадан. кн. изд-во; 1970. 368 с.
3. Слюнин Н. В. Промысловые богатства Камчатки, Сахалина и Командорских островов: отчет за 1892—1893 гг. (по поручению М-ва гос. имуществ). СПб.: Тип. В. Киршбаума; 1895. 117 с.
4. Слюнин Н. В. Народные лекарства на Дальнем Востоке. [Соч.] Мл. судового врача Н. В. Слюнина. СПб.: Тип. Мор. м-ва; 1889. 44 с.
5. Слюнин Н. В. Охотско-Камчатский край (с картой). Естественно-историческое описание: в 2 т. СПб.: Тип. А. С. Суворина; 1900. Т. 1. 694 с.
6. Слюнин Н. В. Охотско-Камчатский край (с картой). Естественно-историческое описание: в 2 т. — СПб.: Тип. А. С. Суворина; 1900. Т.2: Приложения. 166 с.

REFERENCES

1. Tokranov A. M. N. V. Slyunin — the famous investigator of Kamchatka and Far Eastern nature. Materials of the XXXVI Krasheninikov's readings. Materyaly XXXVI Krasheninikovskikh chteniy. 2020. pp. 206—209 (in Russian).
2. Alekseev A. I. Courageous sons of Russia. Magadan: Publishing House of Magadan; 1970. P. 368 (in Russian).
3. Slyunin N. V. Natural riches of Kamchatka, Sakhalin and the Commander islands: report for 1892—1893 years. St. Petersburg: Type. V. Kirshbaum; 1895. P. 117 (in Russian).
4. Slyunin N. V. The folk medicine in the Far East. Junior ship's doctor's composition. St. Petersburg: Type. More. Mr.; 1889. P. 44 (in Russian).
5. Slyunin N. V. Okhotsk-Kamchatka territory (with a map). Natural-historical description. St. Petersburg: Type. A. S. Suvorin; 1900. V.1. P. 694 (in Russian).
6. Slyunin N. V. Okhotsk-Kamchatka territory (with a map). Natural-historical description. St. Petersburg: Type. A. S. Suvorin; 1900. V.2. P. 166 (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 20.12.2022; одобрена после рецензирования 29.01.2023; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 20.12.2022; approved after reviewing 29.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 930.1

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.016

Научная школа Л. И. Фогельсона: вклад и особенности научных исследований в сфере биотелеметрии (1960—1970-е гг.)

Антон Вячеславович Владзимирский

ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация;
ФГБУН «Институт истории естествознания и техники им. С. И. Вавилова РАН», г. Москва, Российская Федерация

a.vladzimirsky@npcmr.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2990-7736>

Актуальность. В середине XX века интенсивно развивается биотелеметрия — отдельное научное направление, обеспечившее качественный переход в биомедицинских науках. Становление и масштабное применение биотелеметрии связано с именами значительного количества учёных. Предварительные исследования позволили выявить значительный вклад, внесенный научной школой профессора Л. И. Фогельсона в части научного развития методологий дистанционной трансляции по радио электрокардиографии.

Задача исследования: детально изучить и систематизировать вклад научной школы Л. И. Фогельсона в развитие биотелеметрии в СССР в 1960—1970-х гг.

Результаты. Л. И. Фогельсон известен как лидер научной школы в сфере электрофизиологии, кардиологии, врачебно-трудовой экспертизы. Тематика научных трудов школы достаточно обширна. В 1960—1970-х гг. в составе школы формируется отдельная научная группа, сфокусировавшаяся на исследованиях в сфере биотелеметрии. Усовершенствована и внедрена в качестве метода научного познания методика радиоэлектрокардиографии. Формальное структурирование этих исследований включало, в том числе, организацию и финансирование отдельной научно-исследовательской работы, взаимодействие научно-медицинского центра и промышленного предприятия, подготовку научных кадров. Результаты многолетних исследований отражены в ряде статей и четырех диссертациях. Примечателен процесс генерации двух поколений учеников.

Заключение. Благодаря научным исследованиям под руководством Л. И. Фогельсона стало возможным сравнительно изучить деятельность сердца у человека, страдающего теми или иными болезнями, в процессе нагрузочных проб, физического труда. Биотелеметрический подход привел к качественным изменениям в клинической медицинской науке.

Ключевые слова: биотелеметрия, Л. И. Фогельсон, радиоэлектрокардиография, телемедицина, радио, история науки

Для цитирования: Владзимирский А. В. Научная школа Л. И. Фогельсона: вклад и особенности научных исследований в сфере биотелеметрии (1960—1970-е гг.) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 95—104. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.016.

Original article

Scientific school of L. I. Fogelson: contribution and peculiarities of scientific research in the field of biotelemetry (1960—1970s)

Anton V. Vladzimirsky

Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department, Moscow, Russian Federation;

S. I. Vavilov Institute for the History of Science and Technology, RAS, Moscow, Russian Federation

a.vladzimirsky@npcmr.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2990-7736>

Background. In the middle of the 20th century, biotelemetry was intensively developing. It was a separate field of science, which ensured a qualitative transition in the biomedical sciences. The formation and large-scale application of biotelemetry is associated with the names of a significant number of scientists. Preliminary studies revealed a significant contribution made by the scientific school of Professor L. I. Fogelson in terms of scientific development of methodologies for electrocardiography telemetry via radio.

Objective: to study in detail and systematize the contribution of the scientific school of L. I. Fogelson in the development of biotelemetry in the USSR in the 1960s–1970s.

Results. L. I. Fogelson is known as the leader of the scientific school in the field of electrophysiology, cardiology, medical and labor expertise. The scope of scientific works of the school is quite extensive. In the 1960s–1970s a separate scientific group is being formed within the school, focusing on research in the field of biotelemetry. The technique of radioelectrocardiography has been improved and introduced as a method of scientific knowledge.

The formal structuring of these researches included, among other things, the organization and financing of a separate research work, the interaction of a scientific and medical center and an industrial enterprise, and the training of scientific personnel. The results of many years of research are reflected in a number of articles and four dissertations. The process of generating two generations of disciples is noteworthy.

Conclusion. Thanks to scientific research led by L. I. Fogelson, it became possible to comparatively study the activity of the heart in a person suffering from certain diseases, in the process of stress tests, physical labor. The biotelemetric approach has led to qualitative changes in clinical medical science.

Key words: *biotelemetry, L. I. Fogelson, radioelectrocardiography, telemedicine, radio, history of science*

For citation: Vladzimirskyy A. V. Scientific school of L. I. Fogelson: contribution and peculiarities of scientific research in the field of biotelemetry (1960–1970s). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):95–104. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.016.

Введение

Развитие физиологии и ряда иных биомедицинских дисциплин в середине XX века неразрывно связано с прогрессом биотелеметрии — отдельного научного направления, посвященного изучению состояния и функционирования свободно движущегося биологического объекта в режиме реального времени. Классическая биотелеметрическая система состоит из «прибора пациента» (совокупности датчиков, усилителей и радиопередатчика, укрепляемых на обследуемом), односторонней линии радиосвязи, «прибора исследователя» (радиоприемник, средства отображения и фиксации принимаемых данных) [1–3]. С одной стороны, биотелеметрия полностью изменила подходы к классическому физиологическому эксперименту. Если ранее лабораторное животное фиксировалось в специальных установках, создавались искусственные условия (шумоподавление, звукоизоляция, иммобилизация), то теперь появилась возможность необременительно фиксировать нужные физиологические параметры у животного в состоянии естественной активности. С другой стороны, были получены принципиально новые знания о физиологии человека, сформировались новые научные дисциплины (космическая, спортивная медицина, медицина труда). Фактически, в середине XX века биотелеметрия обеспечила качественный переход в биомедицинской науке.

Ранее нами изучена сравнительная история развития радиоэлектрокардиографии (РЭКГ) — биотелеметрического метода фиксации у свободно движущегося человека и передачи по радиосвязи электрокардиосигнала. РЭКГ обеспечила получение новых знаний о функционировании сердечно-сосудистой системы в процессе произвольной деятельности субъекта наблюдения (трудовой, повседневной, спортивной, экспериментальной). Нами изучена история научных исследований, связанных со становлением этого метода, систематизирована деятельность основных научных объединений [4]. В рамках этой работы установлено, что в СССР особый вклад в научное развитие биотелеметрии электрокардиографии (ЭКГ) был внесен научной школой профессора Лазаря Израилевича Фогельсона. Однако, детали соответствующей деятельности, аспекты формального структурирования научных исследований не изучены.

Цель исследования — детально изучить и систематизировать вклад научной школы Л. И. Фогельсона в развитие биотелеметрии в СССР в 1960–1970-х гг.

Материал и методы

Хронологические рамки исследования: период 1960-х—1970-х гг. Территориальные границы: СССР.

Историография по теме исследования отличается односторонностью. Научная биография самого Л. И. Фогельсона — как «классика советской кардиологии» — стала предметом нескольких исследований, в том числе диссертационных. Достаточно подробно изучен вклад его научной школы в становление клинических научных дисциплин, исследована история становления кафедр под руководством профессора Фогельсона. На этом фоне, исследования в сфере биотелеметрии упоминаются лишь вскользь [5–9].

Источниковая база исследования представлена совокупностью опубликованных и неопубликованных документов, а именно — научных трудов, публицистических и фотоматериалов (в том числе из фондов ФГБУ «Российская государственная библиотека»), документов из ФКУ «Российский государственный архив научно-технической документации» (РГАНТД).

Методологическая основа работы — системный подход, научная объективность и историзм; применялись общеисторические проблемно-хронологический и историко-генетический методы исследований.

Результаты и обсуждение

Лазарь Израилевич Фогельсон (17.07.1890—10.06.1979) — выдающийся учёный, врач-терапевт, доктор медицинских наук по совокупности научных трудов (1935 г.), профессор, Заслуженный деятель науки РСФСР (1962 г.). Л. И. Фогельсон окончил Московский университет в 1913 г. (диплом № 19012¹), в качестве ординатора продолжил обучение в клинике профессора Д. Д. Плетнёва. Во время Первой мировой и Гражданской войн был на военно-медицинской службе (от младшего врача до начальника госпиталя Воронежского гарнизона). Трудился на медицинском факультете Воронежского университета, а позднее, в 1923 г., перевелся в Москву. Здесь он работал в Первом коммунистическом госпитале, стал ассистентом кафедры Государственной высшей медицинской школы. В период 1924—1936 гг. работал в НИИ функциональной диагностики и экспериментальной терапии (организованном профессором В. Ф. Зелениным), где прошел путь от ординатора до заместителя директора. 20 октября 1943 г. он возглавил терапевтическое отделение Центрального НИИ экспертизы трудоспособ-

¹ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1 Д. 141.Л. 21.

ности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН)²; эта должность и стала его основным местом работы до выхода на пенсию в 1971 г. Параллельно, с 1937 г. Лазарь Израилевич заведовал терапевтическими кафедрами в Московском стоматологическом институте.

Под руководством Л. И. Фогельсона сложилась и интенсивно развивалась научная школа, основные тематики которой были связаны с электрокардиографией, экспериментальной и клинической кардиологией, патологической физиологией сердечно-сосудистой системы, научными основами врачебно-трудовой экспертизы. Профессор Фогельсон — автор первого отечественного руководства по практическому использованию ЭКГ «Основы клинической электрокардиографии» (1929 г.), неоднократно переизданного; руководитель свыше 40 диссертационных работ; автор многочисленных статей, методических изданий; владел немецким, английским и французским языками³. По выражениям коллег, Лазарь Израилевич Фогельсон создал «основы электрокардиографии, которыми пользуются все врачи» и «науку о врачебно-трудовой экспертизе»⁴.

В контексте нашего исследования, конечно же, необходимо отметить, что отдельной научной школы в сфере биотелеметрии под руководством проф. Фогельсона не существовало. Однако, в течение ряда лет биотелеметрическая тематика интенсивно и своеобразно развивалась «в стенах» научной школы Л. И. Фогельсона; отличительной чертой этой деятельности стала генерация двух поколений учеников.

Новизна нашего исследования связана с тем, что детального изучения истории научных исследований Л. И. Фогельсона и его учеников в сфере биотелеметрии не проводилось. Соответствующая тематика упоминается лишь как факт, к тому же с некорректной датировкой [5].

Поэтому история научных исследований в сфере биотелеметрии, проводимых в научной школе Л. И. Фогельсона, изучена нами подробно.

Как уже было сказано выше, ключевой период трудовой и научной деятельности Л. И. Фогельсона связан с его работой на посту руководителя терапевтическим отделением в ЦИЭТИН — Центральном НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (1935—1971 гг.). Именно на базе этой организации и велись исследования в сфере биотелеметрии с применением радиоэлектрокардиографии (РЭКГ).

В изучаемый период времени ЦИЭТИН имеет следующую структуру⁵:

1. Дирекция.
2. Клинико-экспертный отдел, в составе которого: терапевтическое, неврологическое, хирургическое, психиатрическое, глазное, рентгено-

логическое отделения, отделение трудоспособности и экспертизы больных туберкулезом, отдел физиологии с кабинетом функциональных методов исследования, клинико-биохимическая лаборатория, лаборатория ЭКГ и ЭЭГ, организационно-методический отдел, отдел организации труда и трудового устройства инвалидов, отделение организации социального обеспечения.

3. Административно-хозяйственный отдел.

Возглавляет учреждение директор, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Иванович Грицкевич⁶. Общее число научных и научно-педагогических сотрудников составляет в среднем 70 человек, из которых только 5 докторов наук, зато 30 имеют кандидатскую степень⁷.

Штат терапевтического отделения состоит из заведующего (Л. И. Фогельсон), двух старших научных сотрудников (к. м. н. Меламед Соломон Борисович, 1921 года рождения, к. м. н. Лебедева Ольга Васильевна, 1917 года рождения⁸), одного младшего научного сотрудника, врачей-экспертов (в 1964 г. — их 7 и 4 соответственно), среднего и младшего медицинского персонала. Вне штата в отделении работают ординаторы и аспиранты⁹.

С учётом довольно скромного кадрового обеспечения вполне очевидно, что именно ординаторы и аспиранты становились основным источником «рабочих рук» для научных исследований. При этом, старшие научные сотрудники выполняют собственные докторские диссертации (в контексте общей тематики отделения и учреждения, конечно же), а врачи-эксперты более всего вели практическую работу (непосредственно лечение в отделении ежегодно проходили более 900 пациентов). Также, Л. И. Фогельсон официально возглавляет подготовку аспирантов-терапевтов в ЦИЭТИН¹⁰.

В исследованиях, посвященных профессору Фогельсону, говорится о том, что он был «научным руководителем» терапевтического отделения ЦИЭТИН. Однако, согласно штатному расписанию учреждения, Л. И. Фогельсон занимал должность заведующего этим отделением¹¹, то есть выполнял функции не только руководителя научной деятельности, но и организатора административной, лечебно-диагностической, профилактической работы подразделения. Он лично ведет консультативную работу, в том числе — в Московской областной врачебно-трудовой экспертной комиссии, обеспечивает загрузку клиники, выезжает в командировки «по оказанию практической помощи», для повышения

⁶ РГАНТД Ф. 141. Оп 1—6. Д. 340. Л. 1—2. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 365. Л. 17.

⁷ РГАНТД Ф. 141. Оп 1—6. Д. 360. Л. 3. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 328. Л. 12.

⁸ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 328. Л. 34.

⁹ РГАНТД Ф. 141. Оп 1—6. Д. 340. Л. 1—2. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 28. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 359. Л. 2. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 322а. Л. 23. РГАНТД Ф. 141. Оп 1—6. Д. 364. Л. 2.

¹⁰ РГАНТД Ф. 141 Оп. 1—6. Д. 354. Л. 2.

¹¹ РГАНТД Ф. 141. Оп 1—6. Д. 340. Л. 1—2. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 359. Л. 2.

² РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 365. Л. 17. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 328. Л. 34.

³ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 328. Л. 34.

⁴ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 297. Л. 1—2.

⁵ РГАНТД Ф. 141. Оп 1—6. Д. 364. Л. 2.

квалификации сотрудников организует и проводит конференции внутри отделения, а один раз в месяц — для всего института; конечно же ведет научно-организационную работу, формируя план научно-исследовательских работ отделения¹².

В реализации программы научных исследований ЦИЭТИН руководствовался стратегической задачей, поставленной в решениях XXII съезда КПСС — «завоевать передовое положение в мировой науке». Для этого велись научно-исследовательские работы по тематикам теории врачебно-трудовой экспертизы, трудового устройства инвалидов, совершенствования методов диагностики и определения трудоспособности, пенсионирования колхозников, а также — создавались научные основы для совершенствования законодательства в сфере труда и утраты трудоспособности¹³.

Необходимо подчеркнуть, что медицина труда была одним из приоритетных направлений развития всей биомедицинской науки в СССР [10].

В первой половине 1960-х гг. под руководством Л. И. Фогельсона выполняется НИР «Трудоспособность и показания к трудоустройству больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы» (1962—1963 гг.). Также он руководит профильным направлением в сквозной общеинститутской теме «Теоретическое обоснование критериев определения инвалидности в современных условиях» (1963—1965 гг.)¹⁴.

Очевидно, что в этот период проблематика объективизации критериев оценки уровня утраты трудоспособности находится в центре внимания Фогельсона как учёного и организатора научных исследований. Необходимо изучить физиологию сердечно-сосудистой системы (как в норме, так и на фоне хронических заболеваний) и создать систему оценки трудоспособности человека.

При этом, как следует из выводов научных работ под руководством Фогельсона, именно электрокардиография (ЭКГ) имеет наибольшее значение для определения степени снижения трудоспособности¹⁵. Необходимо и далее изучать электрофизиологию сердца. Оптимальным представляется провести такое изучение не в лабораторных условиях и не в отделении больницы, а непосредственно на производстве, в процессе трудовой деятельности.

Здесь биотелеметрия — как метод изучения биологического объекта в условиях естественной активности — представляется единственным подходом. Однако, методика РЭКГ (как и приборы для ее реализации) еще очень мало знаком медицинскому научному сообществу, его возможности не изучены.

Необходимо отметить, что впервые биотелеметрическая тематика в ЦИЭТИН появляется в 1960 г. В этом году руководитель структурного подразделения учреждения (лаборатории электрокардиографии и электроэнцефалографии) к. м. н. Рафаил Яковлевич Письменный¹⁶ получает задачу «в порядке предварительных изысканий» провести за 1 год научную работу «Разработка методик функционального исследования с применением электрокардиографии непосредственно во время работы на производстве — на заводе имени Лихачева»¹⁷.

Если руководствоваться отложившимися архивными материалами и научными публикациями Р. Я. Письменного, то эта задача не была выполнена.

Тематика научных работ Письменного довольно широка, в арсенале лаборатории современные для изучаемого периода времени методики (функциональные методы, вектор-, баллисто-, фонокардиография, аппаратура для записи на магнитные носители и т. д.)¹⁸. Однако, биотелеметрическая аппаратура и исследования отсутствуют, в том числе — в его докторской диссертации¹⁹. Надо подчеркнуть, что в своих годовых отчётах Р. Я. Письменный из года в год сетует на крайне ограниченный штат лаборатории и невозможность проведения всего масштаба научных исследований из-за дефицита научных сотрудников²⁰. Возможно, с этим и связано отсутствие прогресса по указанной выше задаче. Отметим, что Р. Я. Письменный не был противником биотелеметрического подхода, это утверждение мы подтвердим далее.

Первое научное исследование в сфере биотелеметрии организуется Л. И. Фогельсоном в 1962 г. как инициативное. В этом году клинический ординатор терапевтического отделения Бронислав Иосифович Язбурскис [11] приступил к изучению применимости РЭКГ в условиях промышленного предприятия: «Профессор Л. И. Фогельсон, занимающийся влиянием внешней среды на сердечно-сосудистую систему, учитывая перспективы и возможности новой электронной аппаратуры, предложил нам заняться давно интересующей исследователей темой и согласился руководить данной работой» [12].

Итак, исследование планируется как будущая диссертация под руководством Л. И. Фогельсона²¹. На ранних этапах, видимо, работа не находит особой поддержки со стороны администрации учреждения. Б. И. Язбурскис вынужден проявить «упорство и настойчивость <...> в приобретении аппаратуры для научной работы»²². По мере решения инфраструктурных проблем он полностью погружает-

¹² РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 320. Л. 2, 7, 11, 11, 22. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 335. Л. 7. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 350. Л. 2, 12.

¹³ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 1а.

¹⁴ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1 Д. 304. Л. 1. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 321. Л. 4. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 336. Л. 1—2. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 337а. Л. 141.

¹⁵ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 306а. Л. 2—3.

¹⁶ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 327а. Л. 24.

¹⁷ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 306а. Л. 2—3. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 288 Л. 11.

¹⁸ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Л. 143—152.

¹⁹ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 297. Л. 88.

²⁰ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 291а. Л. 95—96. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 306а. Л. 172.

²¹ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1. Д. 322а. Л. 8.

²² РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 318. Л. 3.



Биотелеметрические исследования Б. И. Язбурскиса у рабочих Московского автомобильного завода им. И. А. Лихачёва в процессе производственной деятельности (1964 г.) [12].

ся в науку: «В условиях производства он работает 14—16 час. в сутки»²³ (рис.).

Для биотелеметрии Язбурскис использует телеэлектрокардиограф «ТЭК-1»: «отечественный радиоэлектрокардиограф ТЭК-1, состоящий из портативного радиопередатчика, укрепляемого на больном, и стационарного приемника, которые представляют собой линию односторонней радиосвязи, позволяют принимать и регистрировать электрокардиограмму у свободно передвигающегося человека в радиусе около 150 метров» [13]. «Аппарат состоит из передающего и приемного устройства. Передающее устройство составляют: портативный радиопередатчик (весом около 250 г), укрепляемый на голове обследуемого; усилитель электрокардиограммы; амплитудный модулятор и преобразователь постоянного напряжения, расположенные в прямоугольном корпусе, который вместе с аккумуляторами укрепляется на спине в специальном ранце. Приемное устройство конструктивно разделено на три блока: радиоприемник, регистратор и блок питания. Все блоки размещены на передвижном столике. Биотоки сердца передаются с помощью портативного радиопередатчика в эфир, улавливаются радиоприемником и записываются регистратором (электрокардиографом) на фотобумаге или фотопленке шириной 35 мм. Радиус действия аппарата — не менее 100 м. Постоянная времени — 1,5 секунды. ТЭК-1 дает возможность получить радиоэлектрокардиограммы высокой точности с четкой устойчивой нулевой линией» [14].

Примечательно, что после первых же опытов выясняются определенные технические недостатки прибора: «Работа с аппаратом в производственных условиях стала возможной лишь после внесения инженерами завода «ЭМА», по нашему предложению, ряда изменения в его конструкцию» (подчеркнем, что эти изменения касались конструкции электродов) [15]. Устанавливается оптимальное межэлектродное сопротивление и вырабатывается оптимальный метод крепления электродов для длительных

записей (фиксация ЭКГ проводилась в переднем отведении по Нэбу). Далее исследователь устанавливает диагностическую точность РЭКГ: у одного и того же человека фиксируют ЭКГ посредством «ТЭК-1» и стандартного клинического электрокардиографа. Оба аппарата воспроизводят идентичные кривые. В условиях промышленного предприятия ЭКГ по радио качественно транслировалась на расстояние до 100 м. Опыты имели свои особенности: «прикрепленная на голове испытуемого антенна при движении очень часто соприкасается с металлическими конструкциями, станками и деталями, вызывая резкое изменение поля, что, естественно, влияет на качество записи. Наша работа велась на разных дистанциях (в зависимости от конкретной обстановки в цехе): 10 м — 30 м — без антенны и 30 м — 80 м — с антенной» [15].

16 ноября 1962 г. первые результаты работы Б. И. Язбурскиса в виде доклада «Новая методика электрокардиографического исследования во время работы на производстве» представлены на Научной конференции молодых ученых ЦИЭТИНа. В дискуссии опытные научные сотрудники учреждения дают положительную оценку работе (Письменный Р. Я.: «Метод очень ценный»). Особой похвалы удостоивается факт проведения научного исследования непосредственно на производстве (Бурейко В. М.: «Интересные данные наблюдений над инвалидами в условиях производства»; Меламед С. Б.: «Главное в его работе — исследования проводятся в условиях производства»; Письменный Р. Я.: «Работа проводится в условиях производства»). То есть благодаря биотелеметрическому подходу исследование проводится в реальных, а не искусственных лабораторных условиях (Бурейко В. М.: «ЭКГ, полученные с помощью новейшей радиотехнической аппаратуры, дают много нового, нужного как в клинике, так и экспертной практике»; Письменный Р. Я.: «ЭКГ изменяется под влиянием нагрузки»). Дискутируются клинические особенности РЭКГ, а также обсуждаются действия, которые следует немедленно предпринимать в отношении людей, у которых выявляются значимые отклонения²⁴.

Подчеркиваем, что в прениях руководитель лаборатории ЭКГ и ЭЭГ Р. Я. Письменный поддерживает и хвалит докладчика. Более того, в последующие месяцы лично оказывает ему консультативную и методическую помощь (безусловно, интерпретация и научный анализ такого объема нестандартных ЭКГ требовала очень масштабной аналитической работы)²⁵. Однако, на этом участие Р. Я. Письменного в проблематике биотелеметрии заканчивается.

В следующем 1963 г. под руководством Л. И. Фогельсона планируются еще две диссертационные работы в сфере биотелеметрии²⁶: «Аспирант С. С. Дობо приступил к выполнению своей диссертационной темы «Радиоэлектрокардиография больных пороками сердца во время их производственной рабо-

²⁴ РГАНТД. Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 318. Л. 1—3.

²⁵ РГАНТД. Ф. 141. Оп. 1. Д. 322а. Л. 127.

²⁶ РГАНТД. Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 337а. Л. 35.

²³ РГАНТД. Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 318. Л. 3.

ты»»; «Ординатор И. П. Фескин приступил к работе по диссертационной теме «Радиоэлектрокардиография больных с неспецифическими заболеваниями легких».

Параллельно Б. И. Язбурскис продолжает свою работу, за год он увеличивает количество обследованных во время производственной деятельности лиц до 170 (30 здоровых рабочих и 140 больных гипертонической болезнью).

Научные успехи Б. И. Язбурскиса в прошлом году обеспечили его перевод на «сокращенную аспирантуру» (с 03.01.1964 г. по 03.01.1966 г.) как «наиболее способного к научной работе ординатора». Ординатор Добо С. С. принят в аспирантуру 14.01.1963 г. на 3 года, а ординатор И. П. Фескин 18 сентября следующего года²⁷

В 1964 г. происходит формальное структурирование научных исследований ЦИЭТИН в сфере биотелеметрии. Суть процесса состояла в объединении отдельных диссертационных исследований в единую научно-исследовательскую работу. В плане НИР учреждения появляется работа № 17 «Состояние деятельности сердца в процессе трудовой деятельности у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и хроническими заболеваниями легких по данным радиоэлектрокардиографии». Период выполнения темы: 1964—1966 гг.²⁸. Тема состоит из трех разделов, каждому из которых был назначен ответственный исполнитель²⁹:

1. «Влияние производственной работы на больных гипертонической болезнью по данным радиоэлектрокардиографии» (аспирант Б. И. Язбурскис).
2. «Состояние деятельности сердца в процессе трудовой деятельности у больных с хроническими заболеваниями легких по данным радиоэлектрокардиографии» (аспирант Иван Павлович Фескин).
3. «Состояние деятельности сердца в процессе трудовой деятельности у больных с глубокими пороками сердца по данным радиоэлектрокардиографии» (аспирант Степан Степанович Добо).

Биотелеметрический метод (радиоэлектрокардиография) применялся для исследований физиологии и патологической физиологии сердечно-сосудистой системы на фоне различных хронических заболеваний. Однако, и сама РЭКГ подвергалась анализу — изучались применимость её как метода обследований, диагностическая точность, также совершенствовалась методология проведения. Здесь проявилась диалектическая взаимосвязь, характерная для большинства научных исследований в сфере биотелеметрии. Сначала биотелеметрическая система (на этапе своего создания) является объектом исследования, затем (по мере своего совершенствования,

доказательств применимости и качества) становится методом научных исследований.

Собственно, биотелеметрические исследования выполнялись у рабочих Московского автомобильного завода им. И. А. Лихачёва³⁰ в процессе производственной деятельности. В группы исследования включали как больных с определенными патологиями, так и здоровых лиц. Включенных больных также обследовали и лечили амбулаторно в клинике ЦИЭТИН³¹.

В 1964 г. Б. И. Язбурскис досрочно завершает свое исследование и представляет диссертацию на Ученом совете для апробации³². Всего посредством биотелеметрических методов в процессе производственной деятельности накоплены и проанализированы данные 175 рабочих (50 здоровых и 125 страдавших гипертонической болезнью). Разработана методика записи РЭКГ в производственных условиях; изучена реакция сердца на профессиональную физическую работу как у здоровых, так и больных рабочих; установлены место и значимость РЭКГ при экспертизе трудоспособности, трудовом устройстве и диагностике болезней сердечно-сосудистой системы, при профессиональном отборе здоровых лиц [15]. Помимо публикаций и представления на научно-практических конференциях в СССР (в том числе — в 1963 г. на первой Всесоюзной кардиологической конференции в г. Ленинград, заседаниях Московских обществ — терапевтического, физиологического, II симпозиуме по радиотелеметрии в физиологии и медицине в г. Свердловск), результаты работы были доложены и на IV Европейском конгрессе кардиологов (г. Прага, Чехословакия, 1964 г.)³³. Для внедрения в практику новых методов, результаты диссертации были включены в методическое письмо ЦИЭТИНа «Организационные основы трудового устройства инвалидов (на примере машиностроительных предприятий)» (Москва, 1963 г.). В 1965 г. Б. И. Язбурскис успешно защитил диссертацию в Объединенном Ученом совете при Центральном НИИ протезирования и протезостроения Министерства социального обеспечения РСФСР (ЦНИИПП МСО РСФСР).

В результатах и выводах научного исследования Б. И. Язбурскиса особо необходимо выделить следующие положения, иллюстрирующие достижения в изучении биотелеметрии (РЭКГ как объект исследования) и ее дальнейшем применении (РЭКГ как метод исследования)³⁴:

«1. Современный телеэлектрокардиограф «ТЭК-1» позволяет четко регистрировать биотоки сердца, свободно передвигающегося человека в процессе работы на предприятии.

<...>

5. Радиоэлектрокардиограмма, записанная во время работы или при дозированной физической

²⁷ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 338. Л. 2—3, 6. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 360. Л. 26. РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 156.

²⁸ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 28—29.

²⁹ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 30, 33.

³⁰ До момента полного закрытия в 2016 г. — ПАО «Завод имени И. А. Лихачёва».

³¹ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 28—33.

³² РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 30, 155.

³³ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 337а. Л. 36—37, 39—40.

³⁴ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 30—32, 38.

нагрузке, более точный метод исследования сердца, чем запись электрокардиограммы, произведенная после работы или после нагрузки.

<...>

9. Радиоэлектрокардиографический метод позволяет установить доступность определенных видов работ данному здоровому рабочему, определить степень его приспособленности к работе и содействует, таким образом, рациональному отбору рабочих.

<...>

16. Радиоэлектрокардиография на современном этапе — единственный метод, позволяющий определить воздействие трудовых процессов на сердечно-сосудистую систему и этим содействует правильному отбору здоровых рабочих, уточнению экспертизы труда и рациональному трудоустройству».

Работа Б. И. Язбурскиса, выполненная под руководством Л. И. Фогельсона, имеет ключевое значение — в ней досконально разработана методология биотелеметрии ЭКГ у активно трудящихся рабочих, систематизированы клинические вопросы анализа радиоэлектрокардиограмм, предложена классификация изменений на РЭКГ, сформирован оригинальный дизайн исследования. О приоритете Бронислава Иосифовича лаконично свидетельствует С. С. Добо: «Методика исследования на промышленном предприятии подробно описана Б. И. Язбурскисом (1963)» [14]. В последующем организационно-методологическая составляющая диссертации Б. И. Язбурскиса использована в качестве своеобразного эталона. В работах других учеников Фогельсона меняются клинические задачи, но способ их решения остается единообразным.

На этом фоне продолжают исследования аспиранты Степан Степанович Добо и Иван Павлович Фескин³⁵. С. С. Добо посредством РЭКГ изучал влияние различных трудовых процессов на деятельность сердца здоровых лиц и больных с ревматическими пороками сердца [16]. Доктор Иван Павлович Фескин решил аналогичную научную задачу в отношении пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких [17]. Данные накапливались посредством прибора «ТЭК-1 производства завода ЭМА, выпуска августа месяца 1962 г.». Отметим, что дизайн исследований был идентичен в работах всех учеников Л. И. Фогельсона, занимавшихся проблематикой биотелеметрии.

В ходе этих исследований уточнялись методические аспекты биотелеметрии ЭКГ, выявлялись и систематизировались характерные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у обследуемых групп лиц (с точки зрения клинической науки, были обоснованы три категории изменений на ЭКГ (физиологические, пороговые и патологические)), разрабатывались специальные критерии экспертизы трудоспособности и рационального трудоустройства (включая противопоказания к определенным видам труда). Результаты диссертации С. С. Добо

были опубликованы в 6 статьях и тезисах, доложены, в том числе, на V Всемирном кардиологическом конгрессе (г.Нью-Дели, Индия, 16—22.10.1966) [16]. И. П. Фескин опубликовал 7 печатных работ [17]. В 1968 г. обе диссертации были завершены и успешно защищены в ЦНИИПП МСО РСФСР.

Отметим, что кроме фиксации ЭКГ в процессе трудовой деятельности, биотелеметрию использовали и во время, так называемых, функциональных проб: стандартизированных физических упражнений, выполняемых обследуемым лицом в условиях медицинского учреждения для диагностики кардиологических заболеваний. В таких случаях, обычно ЭКГ фиксируется до и после пробы, однако благодаря биотелеметрическому подходу появилась возможность изучить деятельность сердца непосредственно во время физической нагрузки. В исследованиях учеников Фогельсона РЭКГ во время функциональных проб позволяла изучить исходную физическую подготовку рабочих, их тренированность, что содействовало правильному профессиональному отбору [18].

Сам же Л. И. Фогельсон использовал биотелеметрию ЭКГ во время функциональных проб в комплексном исследовании, посвященном описанию и созданию подходов к диагностике различных степеней коронарной недостаточности [13]. Вместе с тем, ученики профессора очень настойчиво подчеркивали уникальность своей работы. Свой приоритет они видели в применении биотелеметрии для исследования активного труда в условиях промышленного предприятия. В то время как «имеющиеся немногочисленные исследования деятельности сердца радиоэлектрокардиографическим методом в основном проведены в лабораторных условиях с применением различных проб на физическую нагрузку <...>», отмечалось, что представители Свердловской биорадиотелеметрической группы (В. В. Розенблат, А. Т. Воробьев, Р. В. Унжин) «получили радиоэлектрокардиограммы у спортсменов во время тренировок и состязаний» [19, 20].

Специальная НИР была завершена, однако РЭКГ как метод научного познания, применялся и далее. В 1968—1970 гг. сотрудник терапевтического отделения А. Д. Зубенко выполнил под руководством проф. Фогельсона диссертацию, посвященную изучению влияния трудовых процессов на сердце 960 лиц (здоровых и больных хронической коронарной недостаточностью после инфаркта миокарда) во время работы на предприятии в течение всего рабочего дня. Проведен анализ состояния трудоспособности, разработаны дополнительные критерии её оценки и рационального трудоустройства. В этой диссертации и производственная база, и дизайн исследования в точности повторяли предыдущие работы учеников Фогельсона. Чётко указано на приоритет Фогельсона и его учеников в развитии биотелеметрического подхода. Вновь использовался «ТЭК-1», однако «расположение передатчика с антенной на голове обследуемого <...> в условиях производства очень неудобно. Рабочий с передатчиком на голове привлекает внимание окружающих и

³⁵ РГАНТД Ф. 141. Оп. 1—6. Д. 353а. Л. 33.

чувствует себя очень стесненно, что не может не сказаться на результатах исследования. Кроме того, антенна во время работы часто соприкасается с металлическими частями станка и запись радиоэлектрокардиограммы делается неустойчивой. Мы в своей работе укрепляли передатчик без антенны на спине обследуемого рабочего, а питание передатчика размещали в карманах его одежды. Такое расположение аппаратуры не привлекало внимание окружающих и не ограничивало движений рабочего» [21]. В результате исследования А. Д. Зубенко доказал, что РЭКГ во время труда позволяет выявить значимые патологические изменения, которые не определялись на обычной ЭКГ в покое. В 1970 г. диссертация успешно защищена в ЦНИИПП МСО РСФСР.

В следующем, 1971 г. профессор Л. И. Фогельсон, с учетом преклонного возраста и ухудшения здоровья, уходит на заслуженный отдых [5].

Если судить по динамике научных публикаций, то после защиты диссертаций С. С. Добо, И. П. Фескин и А. Д. Зубенко фокусируются сугубо на практической врачебной деятельности.

Б. И. Язбурскис переходит на работу в клинику профессиональных заболеваний Московского НИИ гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана. Обстоятельства этого события не отражены в отложившихся архивных материалах. Тематика его научных исследований несколько изменяется; в 1970-1980-х гг. он фокусируется на вопросах диспансеризации и профилактики, изучении влияния различных видов труда и связанных с этим внешних факторов на состояние здоровья трудящихся [22—24]. Тем не менее, радиоэлектрокардиография остаётся для него привычным методом для научных исследований. Исследуя влияние шума, ультразвук и вибрации малой интенсивности на рабочих, Б. И. Язбурскис привычно использует биотелеметрию и «ТЭК-1» для получения принципиально новых знаний [25, 26].

Материалы исследования становятся основой диссертации аспиранта Вячеслава Чернаковича Торноева — ученика Б. И. Язбурскиса (генерация второго поколения учёных). Диссертация, выполненная под руководством д. м. н. профессора А. И. Левина и к. м. н. Б. И. Язбурскиса, успешно защищена в 1971 г. В работе принимали участие сотрудники шумовибрационной лаборатории Московского НИИ гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана к. м. н. Н. А. Рябов и инженер А. П. Медников. Будучи аспирантом, В. Ч. Торноев работал в НИИ медицины труда и экологии человека (г. Иркутск). Благодаря использованию «ТЭК-1» была выявлена зависимость между изменениями на РЭКГ, видом профессиональной работы, уровнем вибрации и шума. Определено значение радиотелеметрии для оценки трудоспособности лиц с ранними проявлениями вибрационной болезни [27].

В последующие годы развитие биотелеметрического метода РЭКГ связано с научным прогрессом спортивной медицины, с именами совершенно иных учёных и иными научными объединениями.

Выводы

Таким образом, в 1960-1970-х гг. группой учёных в составе научной школой Л. И. Фогельсона усовершенствована и внедрена в качестве метода научного познания методика радиоэлектрокардиографии. Стало возможным сравнительно изучить деятельность сердца у человека, страдающего теми или иными болезнями, в процессе нагрузочных проб, физического труда: «Применение современной радиоэлектронной аппаратуры открыло новую эру в научно-исследовательской работе, позволяя исследовать человека во время активной его деятельности, в частности, во время работы на предприятии» [20]. Биотелеметрический подход привел к качественным изменениям в клинической медицинской науке: «Радиоэлектрокардиограмма, записанная во время работы, полнее выявляет функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, чем электрокардиограмма после работы» [16].

Л. И. Фогельсон известен как лидер научной школы в сфере электрофизиологии, кардиологии, врачебно-трудовой экспертизы. Тематика научных трудов школы достаточно обширна. В указанный выше период времени в составе школы формируется отдельная научная группа, сфокусировавшаяся на исследованиях в сфере биотелеметрии. Формальное структурирование этих исследований включало, в том числе, организацию и финансирование отдельной научно-исследовательской работы, взаимодействие научно-медицинского центра и промышленного предприятия, подготовку научных кадров в аспирантуре. Результаты многолетних исследований отражены в ряде статей и четырех диссертациях. Примечателен процесс генерации двух поколений учеников.

Благодарность. Автор выражает благодарность руководству и сотрудникам ФКУ «Российский государственный архив научно-технической документации» (РГАНТД).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Гаспарян С. А., Пашкина Е. С. Страницы истории информатизации здравоохранения России. М.; 2002.
2. Зарубина Т. В., Кобринский Б. А., Кудрина В. Г. Медицинская информатика в здравоохранении России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26(6): 447—51.
3. Владимирский А. В. История телемедицины: стоя на плечах гигантов (1850—1979). М.: Де'Либри; 2019.
4. Владимирский А. В. Сравнительная история научно-технического развития метода радиоэлектрокардиографии. История науки и техники. 2022; 10: 35—51.
5. Паренькова О. Р. Становление общемедицинского направления в стоматологическом образовании: история кафедры внутренних болезней Московской стоматологического института (1937—1997 гг.): диссертация ... кандидата медицинских наук. М.; 2015.
6. Паренькова О. Р., Пашков К. А. Классик советской кардиологии Л. И. Фогельсон — основоположник кафедры внутренних болезней Московского стоматологического института. Медицина и образование в Сибири. 2012; 6: 1—5.
7. Тополянский А. В. Московские научные терапевтические школы (20—40-е годы XX в.) и их роль в становлении кафедр внутренних болезней в МСИ — МГМСУ: диссертация ... доктора медицинских наук. М.; 2014.
8. Давыдов А. Два моих деда. Лехам. 2004; 2(142). Available at: <https://lechaim.ru/ARHIV/142/davidov.htm>.
9. Бородулин В. И., Тополянский А. В. Этапы становления кардиологии в СССР как самостоятельной области клинической

- медицины (научно-учебной дисциплины и врачебной специальности). Клиническая медицина. 2012; 90(12): 74—6.
10. Шиган Е. Е., Измеров Н. Ф. Медицина труда в России: наука и развитие общества. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2016; 2: 413—6.
 11. Книга Памяти жертв политических репрессий (Мытищинский муниципальный район Московской области) / Сост. Г. С. Семенов, Г. И. Зубова, Н. И. Рушинская и др. М.: Изд-во «Горная книга»; 2009.
 12. Язбурскис Б. И. Влияние производственной работы на сердце по данным радиоэлектрокардиограмм. В кн.: Врачебно-трудо-вая экспертиза при внутренних заболеваниях. Научные труды ЦИЭТИНа. Выпуск II. Под ред. Фогельсона Л. И. М.; 1964: 271—282.
 13. Фогельсон Л. М. Значение современных методов исследования в диагностике коронарной недостаточности и их применение в практике врачебно-трудо-вой экспертизы. В кн.: Врачебно-трудо-вая экспертиза при внутренних заболеваниях. Научные труды ЦИЭТИНа. Выпуск III. Под ред. Фогельсона Л. И. М.; 1966: 3—21.
 14. Добо С. С. Влияние трудовых процессов на деятельность сердца здоровых и больных поражением двустворчатого клапана с преобладанием сужения клапанного отверстия по данным радиоэлектрокардиографии. В кн.: Врачебно-трудо-вая экспертиза при внутренних заболеваниях. Научные труды ЦИЭТИНа. Выпуск III. Под ред. Фогельсона Л. И. М.; 1966: 92—97.
 15. Язбурскис Б. И. Влияние различных трудовых процессов на деятельность сердца здоровых и больных гипертонической болезнью по данным радиоэлектрокардиографии. Автореферат дисс. на соискание учен. степени кандидата мед. наук. М.; 1965.
 16. Добо С. С. Влияние различных трудовых процессов на деятельность сердца здоровых и больных ревматическими пороками сердца по данным радиоэлектрокардиографии. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.; 1968.
 17. Фескин И. П. Влияние трудовых процессов на деятельность сердца здоровых и больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких по данным радиоэлектрокардиографического исследования. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.; 1968.
 18. Язбурскис Б. И., Фескин И. П., Добо С. С. Влияние дозированной физической нагрузки на деятельность сердца здоровых рабочих по данным радиоэлектрокардиографии. В кн.: Врачебно-трудо-вая экспертиза при внутренних заболеваниях. Научные труды ЦИЭТИНа. Выпуск IV. Под ред. Фогельсона Л. И. М.; 1966: 99—106.
 19. Владимирский А. В. Развитие динамической биорадиотелеметрии: ключевые исторические события. Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2021; 7(2): 44—9.
 20. Добо С. С., Фескин И. П., Язбурскис Б. И. Влияние трудовых процессов на деятельность сердца здоровых рабочих по данным радиоэлектрокардиографии. В кн. Врачебно-трудо-вая экспертиза при внутренних заболеваниях. Научные труды ЦИЭТИНа. Выпуск III. Под ред. Фогельсона Л. И. М.; 1966: 120—126.
 21. Зубенко А. Д. Влияние трудовых процессов на сердце здоровых и больных с хронической коронарной недостаточностью по данным телеэлектрокардиографии. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.; 1970.
 22. Шицкова А. П. Гигиенические аспекты профилактики сердечно-сосудистой патологии. Гигиена и санитария. 1979; 3: 3—5.
 23. Язбурскис Б. И. Диспансерное наблюдение за работающими в условиях шума, вибрации, ультразвука. В кн.: Вопросы диспансеризации промышленных рабочих. М.; 1987: 25—30.
 24. Язбурскис Б. И., Грузман С. Г. Эпидемиологические исследования сердечно-сосудистых заболеваний у машинистов экскаваторов. В кн.: Современные аспекты профилактики и лечения профессиональных заболеваний. Сборник научных трудов МНИИГ им. Ф. Ф. Эрисмана. М.; 1983: 50—52.
 25. Язбурскис Б. И. Влияние ультразвука и шума на сердечно-сосудистую систему рабочих, обслуживающих мощные акустические установки. Гигиена и санитария. 1971; 3: 105—7.
 26. Столбун Б. М. Влияние внешней среды на состояние сердечно-сосудистой системы. Гигиена и санитария. 1974; 4: 121—2.
 27. Торноев В. Ч. Влияние общей вибрации на деятельность сердца здоровых и больных вибрационной болезнью по данным радиоэлектрокардиографии. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.; 1971.

REFERENCES

1. Gasparjan S. A., Pashkina E. S. Pages of the history of healthcare informatization in Russia [Stranicy istorii informatizacii zdavoohranenija Rossii] Moscow; 2002. (in Russian).
2. Zarubina T. V., Kobrinsky B. A., Kudrina V. G. Medical informatics in health care in Russia. Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny. 2018; 26(6): 447—51. (in Russian).
3. Vladzimirskyy A. V. The history of telemedicine: standing on the shoulders of giants (1850—1979) [Istorija telemediciny: stoja na plechah gigantov]. Moscow: De'Libri; 2019. (in Russian).
4. Vladzimirskyy A. V. Comparative history of scientific and technical development of the method of radioelectrocardiography. Istorija nauki i tehniki. 2022; 10: 35—51.
5. Parenkova O. R. The formation of a general medical direction in dental education: the history of the Department of Internal Diseases of the Moscow Dental Institute (1937—1997): dissertation ... candidate of medical sciences. Moscow; 2015.
6. Paren'kova O.R., Pashkov K. A. Classic of soviet cardiology L. I. Fogelson — the founder of internal illnesses chair at Moscow Stomatological University. Medicina i obrazovanie v Sibiri. 2012; 6: 1—5.
7. Topolyansky A. V. Moscow Scientific Therapeutic Schools (20—40s of the XX century) and their role in the formation of the departments of internal diseases in MSI — MGMSU: dissertation ... of a doctor of medical sciences. Moscow; 2014.
8. Davydov A. Two of my grandfathers. Lechaim. 2004; 2(142). Available at: <https://lechaim.ru/ARHIV/142/davidov.htm>.
9. Borodulin V. I., Topolyansky A. V. Stages of formation of cardiology in the USSR as an independent field of clinical medicine (scientific and educational discipline and medical specialty). Klinicheskaja medicina. 2012; 90(12): 74—6.
10. Shigan E. E., Izmerov N. F. Occupational health in Russia: science and the development of society. Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. 2016; 2: 413—6.
11. Book of Memory of Victims of Political Repressions (Mytishchi Municipal District, Moscow Region). Ed. by G. S. Semenov, G. I. Zubova, N. I. Rushinskaja et al. Moscow: Gornaja kniga; 2009.
12. Jazburskis B. I. Влияние производственной работы на сердце по данным радиоэлектрокардиограмм [Vlijanie proizvodstvennoj raboty na serdce po dannym radioelektrokardiogramm]. In: Medical and labor expertise in internal diseases. Scientific works of TSJETIN. Issue II. Ed. by L. I. Fogelson. Moscow; 1964: 271—282.
13. Fogelson L. I. The value of modern research methods in the diagnosis of coronary insufficiency and their application in the practice of medical and labor examination [Znachenie sovremennyh metodov issledovanija v diagnostike koronarnoj nedostatochnosti i ih primenenie v praktike vrachebno-trudovoj jekspertizy]. In: Medical and labor expertise in internal diseases. Scientific works of TSJETIN. Issue III. Ed. by L. I. Fogelson. Moscow; 1966: 3—21.
14. Dobo S. S. The influence of labor processes on the activity of the heart in healthy people and patients with lesions of the bicuspid valve with a predominance of narrowing of the valve opening according to radioelectrocardiography [Vlijanie trudovyh processov na dejatel'nost' serdca zdorovyh i bol'nyh porazheniem dvustvorчатого клапана s preobladaniem suzhenija klapannogo otverstija po dannym radioelektrokardiografii]. In: Medical and labor expertise in internal diseases. Scientific works of TSJETIN. Issue III. Ed. by L. I. Fogelson. Moscow; 1966: 92—97.
15. Jazburskis B. I. The influence of various labor processes on the activity of the heart in healthy and hypertensive patients according to radioelectrocardiography. Abstract of diss. for the academic degree of candidate med. sciences. Moscow; 1965.
16. Dobo S. S. The influence of various labor processes on the activity of the heart of healthy and patients with rheumatic heart disease according to radioelectrocardiography. Abstract dis. for the degree of candidate of medical sciences. Moscow; 1968.
17. Feskin I. P. Influence of labor processes on the activity of the heart of healthy people and patients with chronic nonspecific lung diseases according to radioelectrocardiographic studies. Abstract dis. for the degree of candidate of medical sciences. Moscow; 1968.
18. Jazburskis B. I., Feskin I. P., Dobo S. S. The effect of dosed physical activity on the activity of the heart of healthy workers according

- to radioelectrocardiography [Vlijanie dozirovannoj fizicheskoj nagruzki na dejatel'nost' serdca zdorovyh rabochih po dannym radiojelektrokardiografii]. In: Medical and labor expertise in internal diseases. Scientific works of TSJETIN. Issue IV. Ed. by L.I.Fogelson. Moscow; 1966: 99—106.
19. Vladzimirskyy A. V. Evolution of dynamic bioradiotelemetry: key historical events. Rossijskij zhurnal telemeditsiny i jelektronnogo zdravoohranenija. 2021; 7(2): 44—9.
20. Dobo S. S., Feskin I. P., Jazburskis B. I. The influence of labor processes on the activity of the heart of healthy workers according to radioelectrocardiography [Vlijanie trudovyh processov na dejatel'nost' serdca zdorovyh rabochih po dannym radiojelektrokardiografii]. In: Medical and labor expertise in internal diseases. Scientific works of TSJETIN. Issue II. Ed. by L. I. Fogelson. Moscow; 1966: 120—126.
21. Zubenko A. D. Influence of labor processes on the heart of healthy and patients with chronic coronary insufficiency according to teleelectrocardiography data. Abstract dis. for the degree of candidate of medical sciences. Moscow; 1970.
22. Shickova A. P. Hygienic aspects of the prevention of cardiovascular disease. Gigiena i sanitarija. 1979; 3: 3—5.
23. Jazburskis B. I. Dispensary observation of workers in conditions of noise, vibration, ultrasound [Dispansernoe nabljudenie za rabotajushhimi v uslovijah shuma, vibracii, ul'trazvuka]. In: Questions of medical examination of industrial workers. Moscow; 1987: 25—30.
24. Jazburskis B. I., Gruzman S. G. Epidemiological studies of cardiovascular disease in excavator operators [Jepidemiologicheskie issledovanija serdechno-sosudistyh zabolevanij u mashinistov jekskavatorov]. In: Modern aspects of prevention and treatment of occupational diseases. Collection of scientific papers F. F. Erisman MNIIG. Moscow; 1983: 50—52.
25. Jazburskis B. I. The effect of ultrasound and noise on the cardiovascular system of workers servicing powerful acoustic installations. Gigiena i sanitarija. 1971; 3: 105—7.
26. Stolbun B. M. The influence of the external environment on the state of the cardiovascular system. Gigiena i sanitarija. 1974; 4: 121—2.
27. Tornojev V. Ch. Influence of general vibration on the activity of the heart in healthy and patients with vibration disease according to radioelectrocardiography. Abstract dis. for the degree of candidate of medical sciences. Moscow; 1971.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 02.01.2023; одобрена после рецензирования 14.02.2023; принята к публикации 17.02.2023.
The article was submitted 02.01.2023; approved after reviewing 14.02.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Материалы «Сточиковских чтений»

Обзорная статья

УДК 61.614.23

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.017

Московский клинический институт — основоположник врачебного образования в МОНИКИ (к 100-летию со дня создания)

Александр Юрьевич Лобанов

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского
(ГБУЗ МО МОНИКИ)

allobanov@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8251-9065>

Аннотация: статья посвящена истории возникновения в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М. Ф. Владимирского (МОНИКИ) высшего медицинского образования, а так же учреждениям ставшим его основой.

Ключевые слова: история медицины, высшее образование, МОНИКИ

Для цитирования: Лобанов А. Ю. Московский клинический институт — основоположник врачебного образования в МОНИКИ (К 100-летию со дня создания) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 105—107. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.017.

Materials of «Stochik Readings»

Review article

Moscow Clinical Institute — the founder of medical education in MONIKI (to the 100th anniversary of its establishment)

Alexander U. Lobanov

Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovsky (MONIKI)

allobanov@rambler.ru <https://orcid.org/0000-0001-8251-9065>

Annotation: the article is devoted to the history of the emergence of higher medical education in the Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovsky (MONIKI), the institutions that became its basis.

Keywords: history of medicine, higher education, MONIKI

For citation: Lobanov A. U. Moscow Clinical Institute is the founder of medical education in MONIKI (To the 100th anniversary of its establishment). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):105–107. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.017.

В 2023 году исполняется 100 лет с момента организации в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М. Ф. Владимирского (МОНИКИ) высшего последиplomного образования врачей. Свой отчет подготовка врачебных кадров в МОНИКИ ведет с 4 мая 1923 года, когда Московским отделом здравоохранения, на базе больницы имени Бабухина (бывшей Старо-Екатерининской больницы, а ныне — МОНИКИ), был организован Московский клинический институт для врачей (МКИ).

МКИ был именно таким институтом, каким в 1919 году его задумал Московский губернский санитарный совет — главный орган управления здравоохранением города, созданный после Октябрьской революции. Москве было необходимо учреждение,

которое могло бы: осуществлять диагностику и лечение пациентов направляемых врачами Московской с применением новейших, из известных на тот период времени, методов и способов, а так же помогать врачам, повышая их знания и навыки на практике, путем обучения этим методам через лекции, индивидуальные занятия, курсы и конференции.

Врачей, не смотря на открытие в РСФСР новых медицинских институтов, остро не хватало, и такое учреждение, как МКИ должно было оказать содействие в решении этой задачи.

В Московский клинический институт (МКИ), Постановлением Мосздравотдела № 211 от 1923 г., был переведен весь штат Диагностического института Московского губернского отдела здравоохранения. Диагностического институт был создан

Мосздравотделом 1 мая 1920 года. Его возглавил Ливерий Осипович Даркшевич (1858—1925) — известный ученый, невропатолог Казанской школы, популярный среди врачей и преподавателей лектор [1]. Ближайшее участие в организации Диагностического института принимали профессора: Д. Д. Плетнев, Д. Л. Черниховский, В. В. Иванов, Л. О. Свержевский, А. А. Кисель. В институте трудились профессора: Г. Д. Воскресенский, П. Б. Ганушкин, Л. А. Тарасевич, П. Н. Диатроптова, А. И. Абрикосов. Диагностический институт начал свою работу в помещениях бывшей частной лечебницы на Садовой Триумфальной улице, дом 13 [3]. В институт входили: Санитарное Бюро Губернского Отдела Здравоохранения, а также поликлиника, как было сказано в приказе «по нервным, внутренним, кожным болезням и сифлису, женским, детским, уху, горло и носа, хирургическим и ортопедическим, глазным и зубным болезням». Позже Диагностический институт станет не только основой «Московского клинического института для врачей», но и, от части, «Центрального института усовершенствования врачей».

До своего полного переезда в больницу имени А. И. Бабухина Диагностический институт успел побывать в Мариинской больнице, которая к этому времени получила имя Ф. М. Достоевского. Переезд института с Садовой Триумфальной затянулся на два года с 1921 по 1922.

Тяжело налаживался быт и работа Диагностического института на новом месте, но даже в это время он наравне с 1-м и 2-м Государственными Медицинскими Университетами Москвы принял на себя организацию и проведение повторительных курсов для врачей выпуска 1919—1920 гг. Программа курсов была разработана Ученым Медицинским Советом и утверждена Народным Комиссариатом здравоохранения. Обучение прошло 175 человек. Однако из-за малого объема койко-мест больницы им. Ф. М. Достоевского (200 коек) и их хирургического профиля, полностью лечебно-диагностическую работу Диагностического института, на новом месте развернуть так и не удалось. Это было обусловлено так же тем, что часть территории больницы занимал Первый Советский Туберкулезный институт, который образовался на базе Старо-Екатерининской больницы (на тот момент — больницы им. А. И. Бабухина), и переехал из нее в бывшую Мариинскую больницу (на тот момент — больницу им. Ф. М. Достоевского). Оба института «мешали» друг другу, так как оба страдали из-за отсутствия необходимых для полноценной работы площадей. Переезд Диагностического института в Бабухинскую больницу, позволил отдать бывшую Мариинскую больницу для решения одного из важнейших вопросов после революционного времени — борьбе с туберкулезом.

В состав созданного Московского клинического института (МКИ), так же вошли отдельные клиники Московской глазной больницы, 1-й туберкулезной больницы, больницы им. Достоевского, 1-й Физико-Механо-терапевтической поликлиники и Мечниковского института.

В 1923 году больница имени А. И. Бабухина, на которой развернулся МКИ, располагала объемом в 400 коек, была многопрофильной и являлась клинической базой нескольких медицинских училищ и курсов усовершенствования для врачей.

Основной задачей созданного Московского Клинического Института было оказание высококвалифицированной медицинской помощи при сложных заболеваниях. Институт должен был проводить подготовку врачебных кадров для Москвы и Московской области. Возглавил МКИ директор Диагностического института Ливерий Осипович Даркшевич [1]. Ему удалось привлечь к работе в МКИ крупнейших ученых нашей страны.

Заведующими отделениями МКИ были назначены известные и талантливые врачи, профессора: С. П. Федоров и Н. К. Холин (хирургия), Д. Д. Плетнев и А. И. Яроцкий (терапия), М. С. Маргулис и Л. О. Даркшевич (невропатология), В. В. Иванов и М. Д. Фокин (кожно-венерологические болезни), Л. И. Свержевский и Н. А. Шнейдер (болезни уху, горло и нос), Д. Т. Будинов (рентгенология), А. А. Кисель (детские болезни), Г. Н. Сперанский (микрopedиатрия), А. А. Кисель (детские болезни), Н. Н. Дислер (глазные болезни), В. Т. Талалаев (пат. анатомия), Д. Л. Черниховский и А. А. Ушаков (гинекология), Н. Д. Брюхатов (акушерства), Б. Ю. Стурцель (инфекционные болезни), И. А. Окучников (зубных болезней). В институте консультировали и работали выдающиеся ученые: П. Б. Ганнушкин, А. И. Абрикосов, Г. Н. Сперанский, В. А. Соколов и др.

К 1924 году в Московском клиническом институте (МКИ) было создано 23 кафедры. В них преподавали такие врачи и ученые, как: Н. Н. Бурденко, В. Д. Шервинский, И. В. Давыдовский, Л. А. Тарасевич, А. В. Мартынов. Занятия со студентами в лабораториях и клиниках МКИ вели штатные ординаторы. Многие из них в последствии стали руководителями отделов, как МКИ, так и других институтов страны. Достаточно назвать несколько имен: А. И. Велликорецкий, П. А. Бархаш, М. Б. Розенблюм, Д. Н. Атабеков, А. А. Кулябко, А. И. Фельдман.

Кроме того, в работе МКИ принимали участие профессора: С. В. Коршун, Р. М. Фронштейн, Г. П. Сахаров, В. И. Скворцов, Х. И. Протопопов и доктора: А. А. Герке, М. М. Кутырин, Д. И. Журавлев, В. С. Хольцман, Е. В. Василевский, Н. Ф. Микулин, Б. Н. Могильницкий, Г. А. Рихтер, Д. А. Шамбуров.

С 1920 по 1925 г. в МКИ работал физиолог, профессор Брюхоненко Сергей Сергеевич (1890—1960) создатель первого в мире аппарата искусственного кровообращения — автожектора, позволившего изучать центральное действие фармакологических веществ на разработанном им препарате «изолированной головы» собаки. Метод искусственного кровообращения впервые был применен для операций на сердце, а позднее использован для оживления организма после наступления клинической смерти.

С 1923 по 1924 год, только за две сессии, в МКИ лекции прослушали 211 врачей, а к концу 1924 г. — 1300 чел. [4].

Два раза в месяц в институте проходили научные конференции и съезды, где обсуждались актуальные вопросы современной медицины, разбирались сложные случаи в диагностике и лечении. К участию в конференциях привлекались курсанты МКИ, студенты иных ВУЗов, и самое главное — уездные врачи.

В 1924 году вышел первый сборник «Труды Московского клинического института при больнице им. проф. А. И. Бабухина», под редакцией директора МКИ Л. О. Даркшевича, профессоров А. И. Яроцкого, В. Т. Талалаева и П. А. Бархаш. В предисловии издания было сказано: «Товарищи врачи Бабухинской больницы решили сообща с университетскими преподавателями организовать в тех отделах своей деятельности, которые наиболее требуют преподавательской и научной деятельностью Московского Клинического Института» [2].

В том же году институтом, под редакцией директора — Л. О. Даркшевича, был издан первый сборник трудов МКИ. Его тираж был небольшим — всего 1000 экземпляров и его распространили среди врачей клиник Московской губернии. Так же было выпущено учебно-методическое пособие П. Б. Ганнушкина «Психиатрия. Ее задачи, объем преподавания», а годом позже «Курс нервных болезней» Л. О. Даркшевича [3].

Московский клинический институт открыл трехмесячные «Курсы усовершенствования для врачей». Эти курсы были бесплатными. В 1924 году на курсы было принято 150 врачей. Проводимые в больнице имени А. И. Бабухина специальные цикловые занятия позволяли учащимся выбирать изучаемые дисциплины. Так же проводился «элементарный систематический» при «Сокольнической (авт.- по району) группе больниц» [4]. Врачи, окончившие этот курс, позже должны были пройти курс при Бабухинской больнице, как «закрепительный».

Так же на базе МКИ работали: санитарно-просветительские курсы для младшего медицинского персонала, проводились практические занятия с членами Российского общества красного креста институт ассистентов [4].

Опыт Диагностического института Московского губернского отдела здравоохранения и Московского клинического института для врачей (МКИ), позволил 1 декабря 1930 года создать в Москве институт усовершенствования врачей, будущий ЦИУВ, и передать ему часть функций по последипломной подготовке высших медицинских кадров.

Постановлением Президиума Московского Совета Рабочих и Крестьянских Депутатов № 90 от 19 мая 1930 курсы должны были быть реорганизованы

в Московский Областной Институт усовершенствования врачей [3]. В течение 1930 г., согласно Распоряжению МООЗ № 639 от 12 августа 1930 г., больничные отделения всех больниц подчиненных МО-ОЗ (в том числе и больницы им. Бабухина — МКИ) были предоставлены под клиники уже существовавших в Москве медицинских институтов [4]. Однако, пройдя через различные «коридоры власти», в 1931 году МКИ был преобразован в самостоятельный Московский Областной Клинический институт (МОКИ), ставший в том же году высшим медицинским учебным заведением — МОКИ-Мед.ВУЗом, а с 1941 г. — 4-м Московским Медицинским институтом.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Попелянский Я. Ю. Профессор Ливерий Осипович Даркшевич. Казань, Татарское книжное издание, 1976 г., с.169—170.
2. Труды Московского клинического института при больнице им. проф. А. И. Бабухина. Отв. Ред дир. Мос. Клин. Ин-тапроф. Л. О. Даркшевич. Вып.1.- М.: Тип. Воздушного флота, 1924., 191 с.
3. Лобанов А. Ю. Московский областной Клинический Институт — Медицинский ВУЗ и его профессорско-преподавательский состав. Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР. 6 июня 2013 г.» М.: ФГБУ «НИИ Истории Медицины» РАМН, 2013 г. — С. 192—194.
4. Лобанов А. Ю. Московский Клинический Институт- Московский Областной Научно-Исследовательский институт (к 90-летию со дня создания и к 70-летию со дня включения в число научно-исследовательских институтов). Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР. 17 октября 2014 г.» М.: ФАНО «Национальный НИИ Общественного Здоровья», 2014 г. — С. 170—172.
5. Лобанов А. Ю. К истории дополнительного медицинского образования в Старокадетинской больнице — Московском областном научно-исследовательском клиническом институте (МОНИКИ) имени М. Ф. Владимирского. В кн.: OPERA MEDICA HISTORICA. ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ: Альманах РОИМ. Выпуск 3. М.: ООО «ХЕЛЕНПРО»; 2018:234—244.

REFERENCES

1. Popelyansky Ya. U. Professor Liveryi Osipovich Darkshevich. Kazan: Tatar Book Edition, 1976; 169—170. (in Russian).
2. Proceedings of the Moscow Clinical Institute at the Hospital named after Prof. A. I. Babukhin. Rel. Red dir. Mos. Wedge. In-ta prof. L. O. Darkshevich. Vol. 1.- M.: Type. Air Fleet; 1924; 191. (in Russian).
3. Lobanov A. U. Moscow Regional Clinical Institute — Medical University and its teaching staff. Materials of the international conference «Medical professorship of the USSR. June 6, 2013» Moscow: FSBI «Research Institute of the History of Medicine». RAMS; 2013; 192—194. (in Russian).
4. Lobanov A. U. Moscow Clinical Institute — Moscow Regional Research Institute (to the 90th anniversary of its establishment and to the 70th anniversary of its inclusion in the number of research institutes). Materials of the international conference «Medical professorship of the USSR. October 17, 2014» Moscow: FANO «National Research Institute of Public Health». 2014; 170—172. (in Russian).
5. Lobanov A. U. On the history of additional medical education in the Old Catherine Hospital Moscow Regional Research Clinical Institute (MONIKI) named after M. F. Vladimirovsky. In: OPERA MEDICA HISTORICA. WORKS ON THE HISTORY OF MEDICINE: THE Almanac OF ROIM. Issue 3. Moscow: HELENPRO LLC; 2018:234—244. (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 06.09.2022; одобрена после рецензирования 30.01.2023; принята к публикации 17.02.2023.
The article was submitted 06.09.2022; approved after reviewing 30.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 616.98:578.834.1-036.2:614.1:33

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.018

Демографический и медико-экономический компоненты анализа заболеваемости населения COVID-19 в Самарской области

Анастасия Сергеевна Майорская^{1✉}, Майя Леонидовна Сиротко²

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Российская Федерация

¹as-mayorskaya@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2790-6043>

²sirotkoml@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4998-0279>

Аннотация. Эпидемия COVID-19 наносит серьезнейший ущерб здоровью населения всего мира и приводит к тяжелым экономическим потерям. В начале пандемии (весна-лето 2020 г.) Самарская область находилась на 6-ом месте из числа 15 регионов с наибольшим числом заболевших. На основе данных Территориального фонда ОМС по Самарской области о числе застрахованных жителей региона с учетом пятилетних возрастно-половых группировок и реестра оплаты законченного случая лечения заболевания в медицинских организациях проведен демографический и медико-экономический анализ заболеваемости COVID-19 населения региона. По результатам первой волны пандемии составлена эпидемиологическая картина с целью понимания масштабов приоритетного распространения инфекции в различных половозрастных группах, территории проживания (город/село) и затрат на лечение пациентов. Максимальное число заболевших наблюдается в возрастных группах от 30 до 74 лет независимо от территориальной принадлежности. Доля заболевших среди городского населения Самарской области составила 83,6% от общего числа заболевших, сельского населения — 16,4%. Доля женщин, заболевших на территории Самарской области в период первой волны COVID-19, в 1,5 раза больше доли заболевших мужчин, в более старших возрастных группах эта разница увеличивается в 2—3 раза. Наиболее высокий уровень заболеваемости COVID-19 отмечается в возрастной группе 55—59 лет как по области, так и в городе, в сельской местности — в возрасте 50—54 года. Самый высокий показатель заболеваемости среди женщин в области отмечен в возрастной группе 50—54 года, среди мужчин — у 55—59 летних. Доля затрат на лечение пациентов с COVID-19 в Самарской области от общей суммы затрат по ОМС в среднем по области составляет 5%. В период первой волны пандемии в рамках обязательного медицинского страхования средняя стоимость лечения одного пациента от COVID-19 в 6—8 раз превышала среднюю стоимость лечения одного пациента от всех других заболеваний. Результаты исследования могут быть использованы для формирования научно обоснованных практических рекомендаций по планированию ресурсов и совершенствованию организации лечебно-профилактических и противоэпидемиологических мероприятий в городских и сельских условиях проживания.

Ключевые слова: COVID-19, заболеваемость, Самарская область, половозрастная характеристика, медико-экономический анализ

Для цитирования: Майорская А. С., Сиротко М. Л. Демографический и медико-экономический компоненты анализа заболеваемости населения COVID-19 в Самарской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 108—115. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.018.

Original article

Demographic and health-economic components of the analysis of population incidence with COVID-19 in the Samara region

Anastasiya S. Mayorskaya^{1✉}, Maiya L. Sirotko²

Samara State Medical University, Samara, Russian Federation

¹as-mayorskaya@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2790-6043>

²sirotkoml@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4998-0279>

Annotation. The COVID-19 epidemic is wreaking havoc on the health of the world's population and causing heavy economic losses. At the beginning of the pandemic (spring-summer 2020), the Samara region was in 6th place out of 15 regions with the highest number of cases. Based on the data of the Territorial Compulsory Health Insurance Fund for the Samara Region on the number of insured residents of the region, taking into account five-year age and sex groups and the register of payment for a completed case of treatment of the disease in medical organizations, a demographic and medical and economic analysis of the incidence of COVID-19 in the population of the region was carried out. Based on the results of the first wave of the pandemic, an epidemiological picture was compiled in order to understand the extent of the priority spread of the infection in various age and sex groups, areas of residence (urban/rural) and the cost of treating patients. The maximum number of cases is observed in the age groups from 30 to 74 years, regardless of territorial affiliation. The proportion of cases among the urban population of the Samara region amounted to 83.6% of the total number of cases, the rural population — 16.4%. The proportion of women who fell ill in the Samara region during the first wave of COVID-19 is 1.5 times higher than the proportion of sick men, in older age groups this difference increases by 2—3 times. The highest incidence of COVID-19 is observed in the age group of 55—59 years old both in the region and in the city, in rural areas — at the age of 50—54 years. The highest incidence rate among women in the region was noted in the age group of 50—54 years, among men — in 55—59 year olds. The share of costs for the treatment of patients with COVID-19 in the Samara region of the total cost of compulsory health insurance is on average 5% in the region. During the first wave of the pandemic under compulsory health insurance, the average cost of treating one patient for COVID-19 was 6—

8 times higher than the average cost of treating one patient for all other diseases. The results of the study can be used to form evidence-based practical recommendations for planning resources and improving the organization of treatment, prevention and anti-epidemic measures in urban and rural living conditions.

Key words: COVID-19, morbidity, Samara region, gender and age characteristics, medical and economic analysis

For citation: Mayorskaya A. S., Sirotko M. L. Demographic and medical-economic components of the analysis of population incidence with COVID-19 in the Samara region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):108–115. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.018.

Введение

Эпидемия COVID-19 наносит серьезнейший ущерб здоровью населения всего мира и приводит к тяжелым экономическим потерям. Во всем мире по состоянию на 31 августа 2022 года зарегистрировано 599 825 400 подтвержденных случаев COVID-19, в том числе 6 469 458 случаев смерти¹. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 марта 2020 года объявила о глобальной пандемии. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), первый случай заражения COVID-19 в России был зафиксирован 1 марта 2020 г. По состоянию на 25 марта 2020 г. в Самарской области было зафиксировано 10 случаев новой коронавирусной инфекции, область находилась на 6-ом месте из числа 15 регионов с наибольшим числом заболевших².

Тяжелая эпидемиологическая ситуация в стране обусловила необходимость проведения анализа с выявлением факторов, определяющих высокую интенсивность эпидемического процесса, а также групп населения с наиболее высоким риском инфицирования SARS-CoV-2 [1].

Одной из важнейших составляющих эпидемического процесса является возрастно-половая характеристика заболеваемости населения, так как она является отражением уровня экономического развития территории, условий проживания населения, состояния здравоохранения, своевременности проведения профилактических мероприятий и т. д. [2].

Актуальность изучения медико-экономических аспектов коронавирусной инфекции COVID-19 определяется ее широкой распространенностью, высоким уровнем заболеваемости, значительной вероятностью тяжелого клинического течения, осложнений, летальных исходов и масштабных экономических затрат.

Целью исследования является изучение возрастно-гендерной характеристики заболеваемости городского и сельского населения Самарской области и затрат на лечение в начальный этап пандемии COVID-19.

Материалы и методы

Проведен эпидемиологический анализ ситуации по COVID-19 в Самарской области в первую волну развития пандемии (март-август 2020 г.) с расчетом показателей первичной заболеваемости населения.

В расчетах использованы данные Территориального фонда ОМС по Самарской области о числе застрахованных жителей региона с учетом пятилетних возрастно-половых группировок и реестр оплаты законченного случая лечения заболевания в медицинских организациях. Для анализа выбран территориальный разрез Самарской области (область в целом; город; село). В разрез «город» включены 10 городов Самарской области, в «село» — 27 сельских муниципальных районов.

Первичные данные о заболевших были учтены в базе данных Территориального фонда ОМС согласно внесению ВОЗ в МКБ-10 новых кодов: код U07.1 — Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов) и код U07.2 — Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования небезопасны или недоступны).

Медико-экономический аспект включал оценку результатов лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией в амбулаторных и стационарных условиях как по числу выздоровевших и выписанных, так и по денежным затратам на каждую пятилетнюю возрастно-половую группу больных. Кроме того, был изучен вклад затрат на лечение COVID-19 в общей сумме затрат на лечение пациентов от всех заболеваний также с учетом возраста и пола жителей Самарской области.

Для обработки результатов применены методы описательной статистики с расчетом относительных и средних величин.

Ограничения в исследовании были связаны, прежде всего, с постоянно изменяющейся эпидемиологической ситуацией на протяжении периода наблюдения (в течение месяца, иногда даже недели), что влекло за собой проведение оперативных мероприятий по наращиванию коечного фонда медицинских организаций, увеличению числа госпитализированных, росту среднетяжелых и тяжелых форм заболеваний, изменению поправочных коэффициентов к стоимости оплаты КСГ по данному заболеванию. Кроме того, в используемых данных не было возможности разделить суммы затрат в амбулаторных и стационарных условиях по степеням тяжести болезни, что частично решалось нами принятием Временных методических рекомендаций о том, что в амбулаторных условиях, как правило, лечились легкие формы заболевания, а в стационарных — среднетяжелые, тяжелые и крайне тяжелые.

¹ WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022 August 31]. Available from: <https://covid19.who.int/>

² Stopcoronavirus.rf [Internet]. 2022 [cited 2022 August 31]. Available from: <https://стопкоронавирус.рф/>

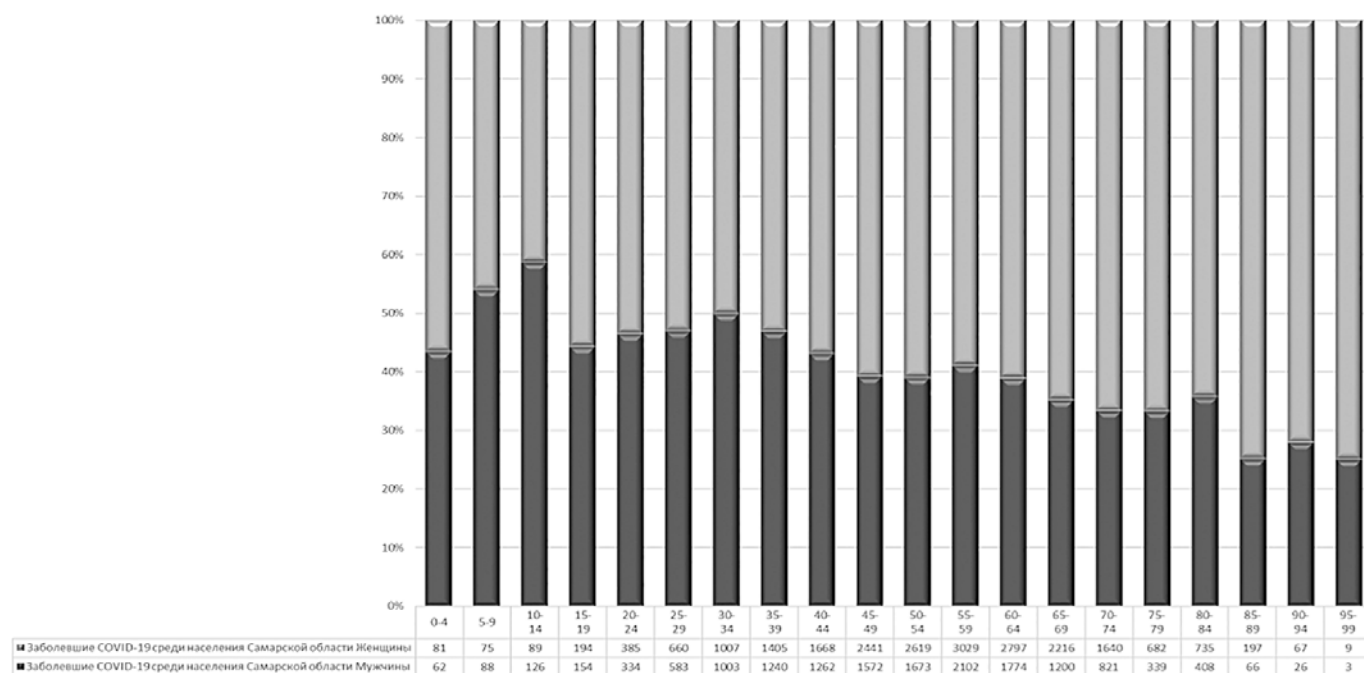


Рис. 1. Половозрастная структура заболевших COVID-19 в Самарской области, в %

Результаты

Согласно данным Территориального фонда ОМС по Самарской области, число застрахованных жителей региона в рассматриваемый период составило 3 151 683 человек, из них городских жителей — 76,5%, сельских — 23,5%. В возрастных группах от рождения до 34 лет включительно незначительно преобладает численность мужского населения, которая составляет 51%, на долю женского населения приходится, соответственно, 49% жительниц. Среди городского населения наблюдается такая же пропорция, но в возрастных группах от 0 до 29 лет, в сельской местности — в возрастных группах от 0 до 39 лет.

Начиная с возраста 35 лет и до 64 лет в целом по Самарской области (30—64 и 40—69 лет в городской и сельской местности соответственно) численность мужского населения сокращается и в среднем составляет 46%, численность женщин — 54%. После 65 лет в области (65 и 70 лет в городской и сельской местности соответственно) численность мужчин сокращается и в среднем составляет 25% от общей численности населения области, причем в возрастных группах старше 85 лет данный показатель еще ниже — около 17% как в городской, так и в сельской местности.

В период первой волны COVID-19 на территории Самарской области было зарегистрировано 36 832 заболевших, из них мужчин 14 836 (40,3%) и женщин 21 996 (59,7%).

Наибольшее распространение заболевания пришлось на возрастные группы от 25 до 84 лет включительно как по области в целом, так и среди городского и сельского населения. Внутри этого возрастного интервала максимальное число заболевших наблюдается в возрастных группах от 30 до 74 лет не-

зависимо от территориальной принадлежности. Доля заболевших среди городского населения Самарской области составила 83,6% от общего числа заболевших, сельского населения — 16,4%. В возрастной группе 100 лет и старше заболевших не было.

Доля мужчин, заболевших COVID-19 в Самарской области, составляет в целом 40,3%, при более детальном анализе по пятилетним половозрастным группам отмечено, что в возрастных группах 10—14 лет — 58,6% заболевших мужчин, 5—9 лет — 54%, 30—34 лет 49,9%, 20—24, 25—29, 35—39 лет 46,9%, 15—19 лет — 44,3%, 0—4, 40—44 лет — 43%, 55—59 лет — 41%, 45—49, 50—54, 60—64 лет — 39%, 80—84 лет 35,7%, 65—69 лет — 35,1%, 70—74, 75—79 лет — 33%, 90—94 лет — 28%, 85—89, 95—99 лет — 25% (рис. 1).

Доля женщин, заболевших на территории Самарской области в период первой волны COVID-19, составляет 59,7% от общего числа заболевших (рис. 1).

Среди городского и сельского населения наблюдается схожая картина — в среднем на долю заболевших мужчин приходится 40,8% и 39,3% соответственно.

Сравнивая половозрастную структуру заболевших, во всех возрастных группах одинаковая картина наблюдается как в целом по области, так и среди жителей городского населения, незначительная разница отмечена в структуре заболевших среди сельского населения, так, в возрастной группе 5—9 лет доля заболевших мальчиков составляет 65%, в возрасте 90—94 года доля заболевших мужчин составляет 61,5%, а жителей-мужчин старше 95 лет среди заболевших нет. Доля заболевших женщин, проживающих на территории городов Самарской области, составляет 59,2%, среди заболевших из числа сельского населения — 60,7%.

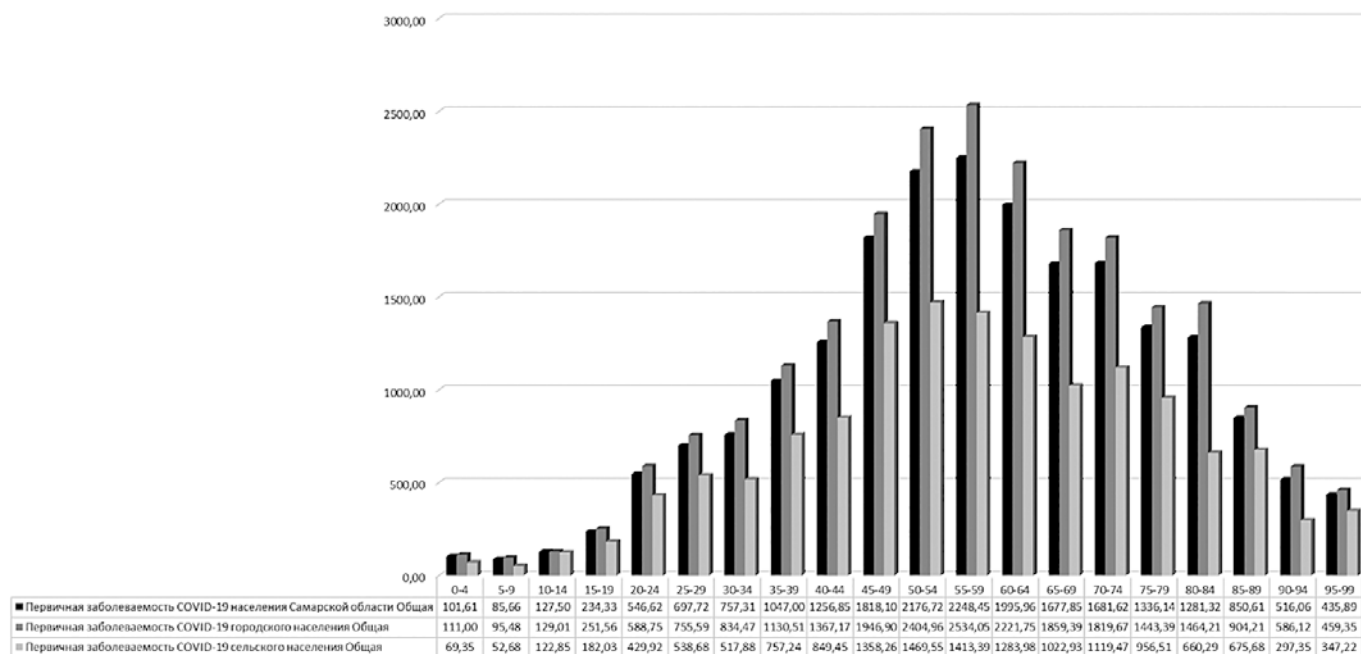


Рис. 2. Первичная заболеваемость COVID-19 в Самарской области с учетом возраста населения и территориальной принадлежности (город/село), в ‰

Проведенный расчет уровня первичной заболеваемости COVID-19 на территории Самарской области на 100 000 населения, в том числе городских и сельских жителей отдельно, с учетом возраста, показал, что заболеваемость выше 1 000 человек среди 100 000 населения прослеживается как по области, так и в условиях города в возрастных группах от 35 до 84 лет, в условиях сельской местности — от 45 до 74 лет.

Наиболее высокий уровень заболеваемости COVID-19 отмечается в возрастной группе 55—59 лет как по области, так и в городе (2248,45‰ и 2534,05‰ соответственно), в сельской местности — в возрасте 50—54 года (1469,55‰). В группе 5—9 летних уровень первичной заболеваемости в целом по области составил 85,66‰, по городам — 95,48‰, в селе — 52,68‰. Достаточно высокий уровень заболеваемости по области в целом приходится на 50—54 года — 2176,72‰, 60—64 года — 1995,96‰, 45—49 лет — 1818,1‰, 70—74 года — 1681,62‰, 65—69 лет — 1677,85‰ (рис. 2).

Уровень заболеваемости женщин в большинстве возрастных групп выше, чем мужчин, в среднем в 1,2 раза. Исключения составляют группы 5—14 лет и старше 75 лет, в них уровень заболеваемости мужчин в 1,5 раза выше, чем женщин. Самый высокий показатель заболеваемости среди женщин в области отмечен в возрастной группе 50—54 года (2500,33‰), среди мужчин — у 55—59 летних (2067,43‰) (рис. 3).

Среди городского населения уровень заболеваемости женщин также выше, чем мужчин, в среднем на 10%. Исключения составляют группы 5—14 лет и старше 75 лет, здесь у мужчин этот показатель выше, чем у женщин, на 50%. Самый высокий показатель первичной заболеваемости среди женщин, проживающих в городских условиях, наблюдается в

возрастной группе 50—54 года (2728,89‰), у мужчин — в возрасте 55—59 лет (2391,95‰).

Уровень заболеваемости женщин, проживающих на сельской территории, также выше, чем мужчин, в среднем на 32,5%. Исключения составляют группы от 5—9, 70—74 и 80—94 лет, так как здесь уровень заболеваемости сельских жителей-мужчин выше. Среди возрастной группы 80—89 лет уровень заболеваемости в сельской местности у мужчин выше, чем у женщин, в среднем на 10%, а в возрасте 90—94 года превышает в 6,7 раза. Самый высокий показатель первичной заболеваемости среди женщин, проживающих в сельской местности области, наблюдается в возрастной группе 50—54 года (1741,14‰) у мужчин — 55—59 лет (1206,85‰).

Доля затрат на лечение пациентов с COVID-19 в Самарской области от общей суммы затрат по ОМС в среднем по области составляет 5%, наибольший удельный вес приходится на возраст 50—54 лет (9,3%), 55—59 лет (8,6%), 45—49 лет (8,2%), наименьший — 35—39 лет (4,8%). На долю жителей городской местности в среднем приходится 83,3% затрат, на лечение жителей сельской местности — 16,7% от общей суммы затрат, такая пропорция наблюдается во всех возрастных группах (рис. 4).

На лечение от COVID-19 женского населения области в среднем приходится 56,6%, мужского — 43,4% от общей суммы затрат на лечение данного заболевания. В ряде возрастных групп, таких как 0—4, 5—9, 10—14, 20—24, 25—29, 35—39 лет расходы на лечение мужчин составляют в среднем 53,7%, что на 7,4% выше, чем на лечение женщин этих возрастных групп. Самая высокая доля расходов на лечение женщин в возрасте 85—89 лет (71,2%), самая низкая в группе 20—24 года (44,1%), начиная с 60 лет эта доля превышает 60%.

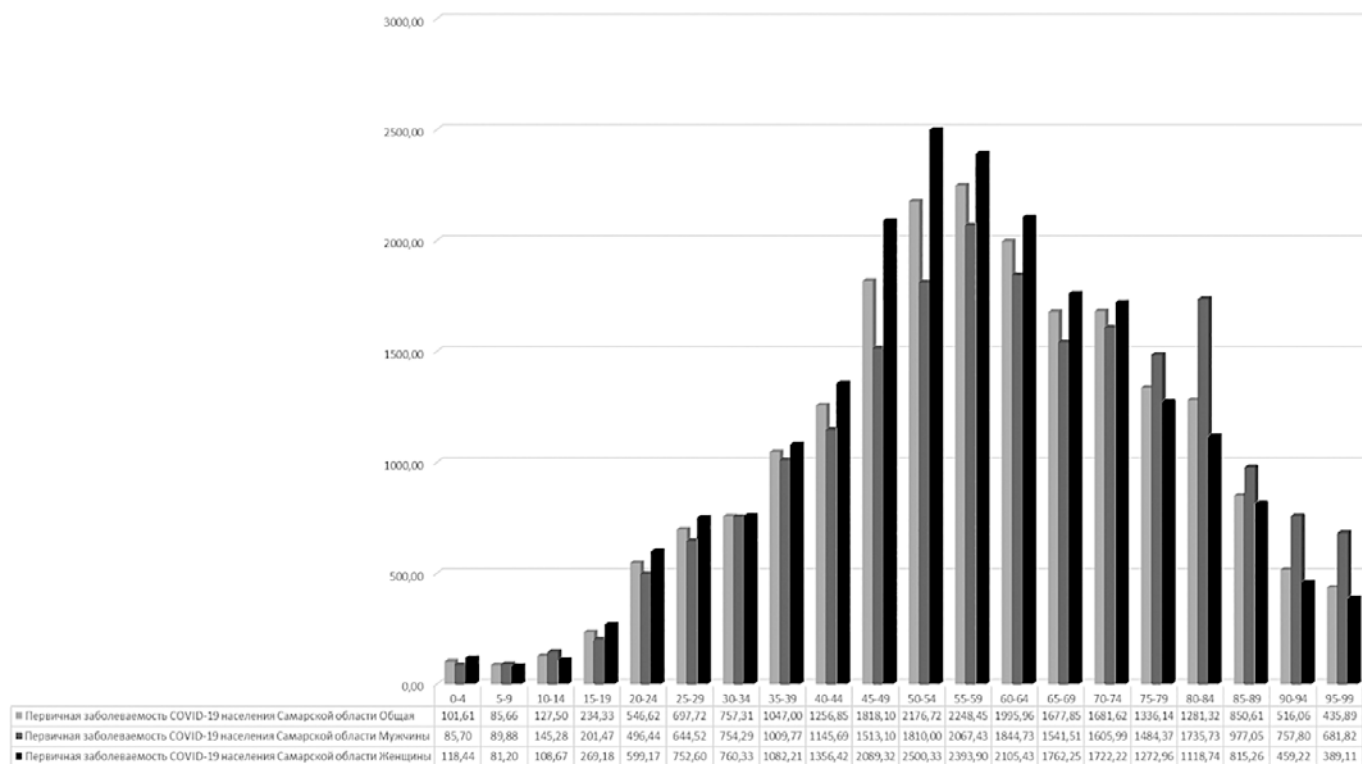


Рис. 3. Первичная заболеваемость COVID-19 населения Самарской области с учетом возраста и пола, ‰

Наименьшая средняя стоимость лечения одного пациента от COVID-19 по области отмечена в возрастной группе 20—24 лет (12 404,84 руб.), среди городского населения также в этой группе (12 006,17 руб.), в сельской местности — в группе 15—19 лет (13 818,74 руб.). Тем не менее, затраты в этих группах превышают средние затраты по ОМС

в 3,5 раза. В сельской местности средняя стоимость лечения одного пациента выше почти во всех возрастных группах. Самые высокие средние затраты по области, среди жителей городской и сельской местности на лечение одного пациента отмечены в возрастной группе 95—99 лет (66 403,45, 82 088,71, 69 017,66 руб. соответственно) и превышают сред-

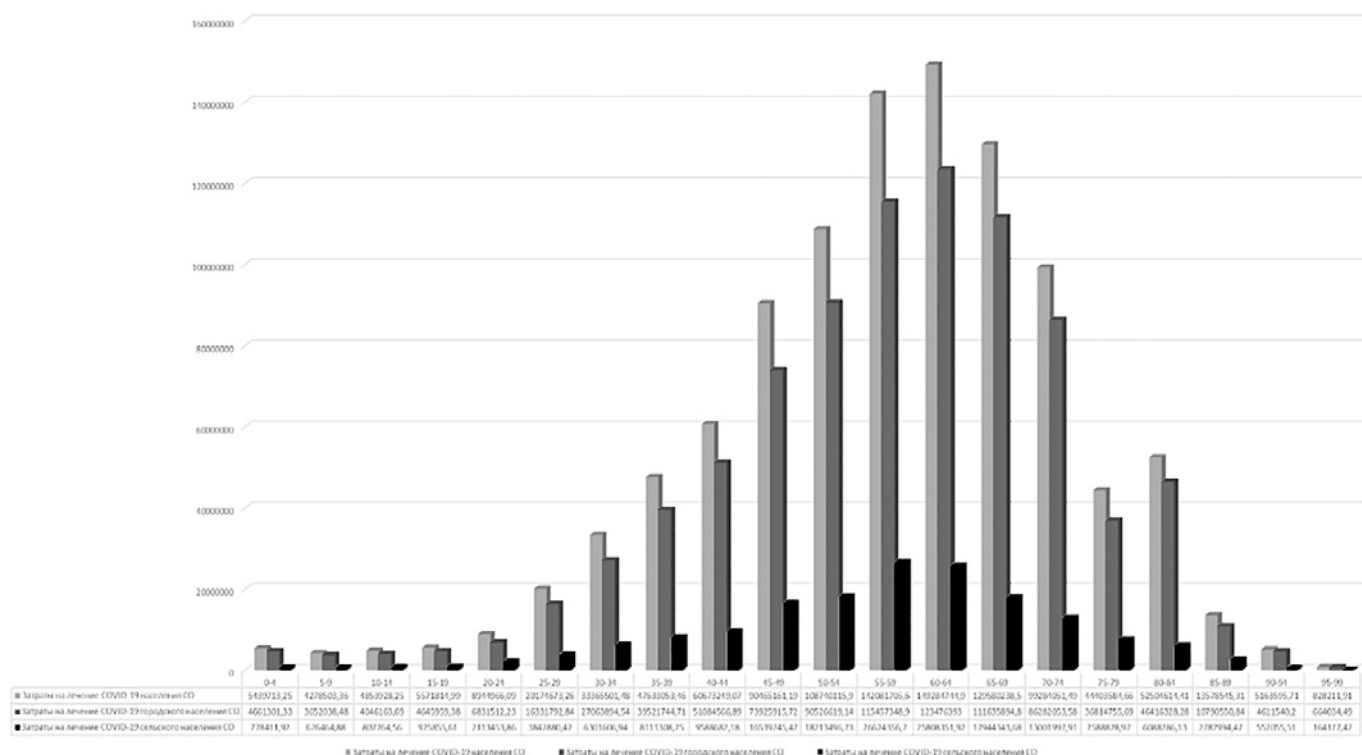


Рис. 4. Затраты на лечение пациентов с COVID-19 в Самарской области с учетом возрастной структуры населения и территориальной принадлежности, руб.

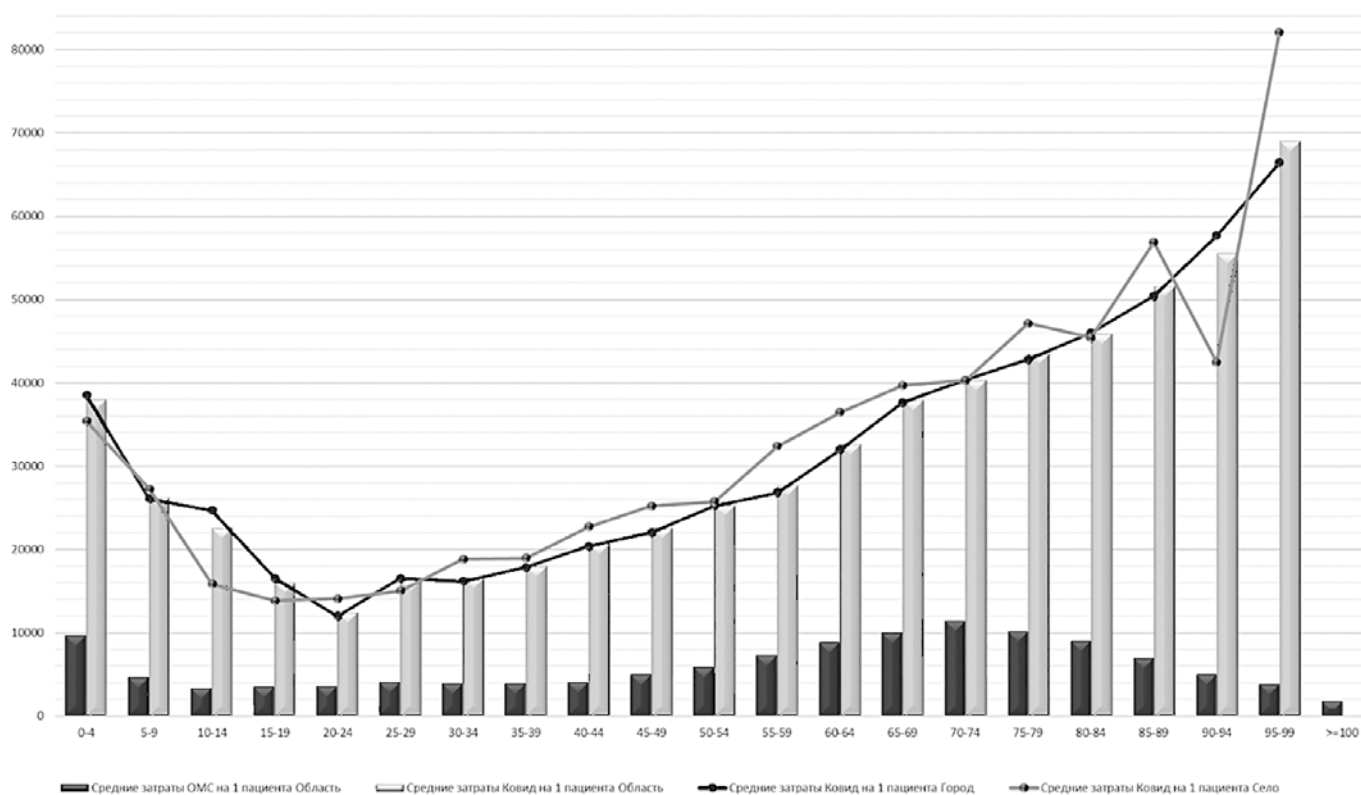


Рис. 5. Средние затраты на лечение 1 пациента по ОМС, в том числе от COVID-19 среди населения Самарской области с учетом возраста населения и территориальной принадлежности, руб.

ние затраты по ОМС в этой группе в 18 раз (рис. 5).

Проведя расчеты, нами было установлено, что средние затраты на лечение одного пациента в рамках ОМС по всем заболеваниям в Самарской области в период первой волны пандемии составили 6036,31 рубль, на одного пациента-мужчину 5278,65 рублей, на одного пациента-женщину 6671,45 рубль. При этом средние затраты на лечение одного пациента от COVID-19 составили 39 177,79 рублей, мужчин — 40 055,89 рублей и женщин 38 596,39 рублей соответственно.

Обсуждение

Как следует из глобального отчета по 213 странам и территориям, анализ основных эпидемиологических параметров привел к разделению к настоящему времени пандемии на три фазы. Первый этап очерчен периодом с 23.01.2020 по 22.07.2020 г. [3]. Такой ретроспективный взгляд позволяет рассматривать наше исследование и его результаты как правомочный анализ первой волны пандемии с точки зрения сроков возникновения и распространения инфекции на территории крупного региона Среднего Поволжья.

Согласно данным Минздрава России, на конец июня 2020 г. COVID-19 переболели около 50 000 детей, из них в реанимационных отделениях находились около 200 детей с подтвержденным диагнозом. На конец августа всех летальных исходов в стране от COVID-19 было 12 000, из них 42 ребенка или 0,35% [4]. Эти данные свидетельствуют, что дети болели новой инфекцией на порядок реже и осложне-

ний у них меньше, чем у взрослых. Меньшее инфицирование детей может отражать результат раннего (в марте-апреле 2020 г.) разобщения организованных детских школьных коллективов и, вероятно, более высокую долю бессимптомных случаев у детей, что снижало вероятность их регистрации [5]. По нашим данным также было отмечено, что наименьший уровень заболеваемости зарегистрирован в возрастной группе 5—9 лет независимо от места проживания (город/село) в Самарской области.

Что касается уровня заболеваемости взрослых, то анализ первой волны инфекции в Самарской области выявил максимальное число заболевших в трудоспособных возрастах: 55—59 лет по области и городу и 50—54 года — по селу. Основной акцент с точки зрения мер профилактики был смещен в сторону пожилого и старческого возраста, что, безусловно, верно и помогало сдерживанию распространения заболевания в этих возрастных группах [6], но, по-видимому, другие важнейшие факторы риска — наличие хронических заболеваний, контакты в производственных коллективах, перемещение в транспорте и др. — у людей трудоспособного возраста в этот период сыграли большую роль в риске заболеть. Данное предположение требует своего дальнейшего изучения.

В исследовании А. И. Каира и соавт. отмечено, что существенных различий по уровню заболеваемости между мужчинами и женщинами не выявлено, за исключением возрастной группы 85 лет и старше, где женское население преобладает [2]. Эти данные согласуются с нашими результатами: в возрастных группах старше 85 лет доля заболевших

женщин относится к доле пациентов-мужчин как 3—4:1, что, по-видимому, связано со значительным превышением численности женского населения области в старших возрастах.

В отдельных исследованиях отечественных авторов изучались вопросы социально-экономического бремени COVID-19 в РФ. В частности, А. С. Колбин и соавт. приводят размер прямых медицинских расходов в структуре бремени [7], а Т. И. Твердохлебова и соавт. провели социально-экономическую оценку ущерба от COVID-19 в Ростовской области путем учета прямых медицинских затрат и недопроизведенного внутреннего валового продукта (от дней нетрудоспособности) [8]. В нашей работе мы проводили расчеты по медико-экономической характеристике условий оказания медицинской помощи больным COVID-19 с учетом возраста, пола и территории проживания (город/село).

Риск тяжелого течения заболевания и неблагоприятных исходов у пациентов старших возрастных групп связывают со снижением функций иммунной системы, происходящих с возрастом, снижением физиологических резервов, полиморбидностью. При равной вероятности встречи с вирусом люди пожилого и старческого возраста характеризуются более тяжелым течением заболевания по сравнению с молодыми людьми [9]. Проведенный нами медико-экономический анализ стоимости лечения пациентов пожилого и старческого возраста подтвердил, что для этих пациентов разница в затратах по сравнению с молодыми людьми достигает 5—6 кратных размеров.

Заключение

На основании расчета и анализа возрастно-половой характеристики заболеваемости населения Самарской области новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) по результатам первой волны пандемии составлена эпидемиологическая картина с целью понимания масштабов приоритетного распространения инфекции в различных половозрастных группах и затрат на лечение пациентов.

Максимальное число заболевших наблюдается в возрастных группах от 30 до 74 лет независимо от территориальной принадлежности. Доля заболевших среди городского населения Самарской области составила 83,6% от общего числа заболевших, сельского населения — 16,4%.

Доля женщин, заболевших на территории Самарской области в период первой волны COVID-19, в 1,5 раза больше доли заболевших мужчин, в более старших возрастных группах эта разница увеличивается в 2—3 раза.

Наиболее высокий уровень заболеваемости COVID-19 отмечается в возрастной группе 55—59 лет как по области, так и в городе, в сельской местности — в возрасте 50—54 года.

Самый высокий показатель заболеваемости среди женщин в области отмечен в возрастной группе 50—54 года, среди мужчин — у 55—59 летних.

Доля затрат на лечение пациентов с COVID-19 в Самарской области от общей суммы затрат по ОМС в среднем по области составляет 5%. Самые высокие средние затраты на лечение одного пациента отмечены в возрастной группе 95—99 лет.

В период первой волны пандемии в рамках обязательного медицинского страхования средняя стоимость лечения одного пациента от COVID-19 в 6—8 раз превышала среднюю стоимость лечения одного пациента от всех других заболеваний. Данная разница объясняется высокой стоимостью клинико-статистических групп (КСГ) по данному заболеванию, включающей затраты на дорогостоящие лекарственные препараты, дополнительные методы лечения, медицинскую помощь в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии, диагностику инфекции и др.

Результаты исследования могут быть использованы для формирования научно обоснованных практических рекомендаций по планированию ресурсов и совершенствованию организации лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий в городских и сельских условиях проживания.

Благодарности. Директору Территориального фонда ОМС Самарской области, д. м. н., проф. В. Е. Романову и начальнику управления организации ОМС Территориального фонда ОМС Самарской области А. В. Емельяновой за предоставленные первичные данные и ценные советы при подготовке настоящей статьи

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Акимкин В. Г., Кузин С. Н., Семененко Т. А. и др. Характеристика эпидемиологической ситуации по COVID-19 в Российской Федерации в 2020 г. *Вестник РАМН*. 2021;76(4):412—422. doi: 10.15690/vramn1505.
2. Каира А. Н., Свитич О. А., Мурзина А. А. Эпидемиологические особенности возрастнo-гендерного распространения заболеваемости коронавирусной инфекцией COVID-19 и летальности (обзор). *Санитарный врач*. 2021;7(210):18—32. doi:10.33920/med-08-2107-02.
3. Teppone M. Phase Dynamics of the Covid-19 Pandemic. A Systematic Analysis of 213 Countries and Territories. Report 2. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine*. 2022;30(4):531—536. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-4-531-536.
4. Харитоновна Л. А., Солодовникова О. Н., Плоскирева А. А., Сбродова Т. В., Григорьев К. И. COVID-19 и современная педиатрическая практика. *Медицинская сестра*. 2021;2(23):18—26. doi: 10.29296/25879979-2021-02-03.
5. Балыкова Л. А., Сабиров Л. Ф., Семелева Е. В. Пандемия COVID-19: анализ эпидситуации и перестройки медицинского образования (по данным Республики Мордовия). *Лечащий Врач*. 2021;11(24):50—56. doi: 10.51793/0s.2021.24.11.008
6. Таточенко В. К. Моя четвертая пандемия. *Вопросы современной педиатрии*. 2020;19(1):57—59. doi: 10.15690/vsp.v19i1.2086
7. Колбин А. С., Белоусов Д. Ю., Гомон Ю. М., Балыкина Ю. Е., Иванов И. Г. Социально-экономическое бремя COVID-19 в Российской Федерации. *Качественная Клиническая Практика*. 2020;(1):35—44. doi: 10.37489/2588-0519-2020-1-35-44.
8. Твердохлебова Т. И., Ковалёв Е. В., Карпущенко Г. В., Кулак М. А., Думбадзе О. С., Литовко А. Р., Калужин А. С. Социально-экономические аспекты COVID-19 на примере Ростовской области. *Инфекционные болезни*. 2020;18(4):27—32. doi: 10.20953/1729-9225-2020-4-27-32.
9. Ткачева О. Н., Котовская Ю. В., Александрия Л. А. и др. Новая коронавирусная инфекция SARS-COV-2 у пациентов пожилого и старческого возраста: особенности профилактики, диагностики и лечения. Согласованная позиция экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2601. doi: 10.15829/1728-8800-2020-2601.

REFERENCES

1. Akimkin, V.G., Kuzin S. N., Semenenko T. A. et al. Characteristics of the epidemiological situation on COVID-19 in the Russian Federation in 2020. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. [Vestnik RAMN]*. 2021;76(4):412—422 (in Russian). doi: 10.15690/vramn1505.
2. Kaira A. N., Svitich O. A., Murzina A. A. Epidemiological features of the age-gender distribution of the incidence of coronavirus infection COVID-19 and mortality (review). *Sanitary doctor. [Sanitarnyj vrach]*. 2021;7(210):18—32 (in Russian). doi: 10.33920/med-08-2107-02.
3. Teppone M. Phase Dynamics of the Covid-19 Pandemic. A Systematic Analysis of 213 Countries and Territories. Report 2. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny]*. 2022;30(4):531—536 (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-4-531-536.
4. Kharitonova L. A., Solodovnikova O. N., Ploskireva A. A., Sbrodova T. V., Grigoriev K. I. COVID-19 and modern pediatric practice. *Nurse. [Medicinskaya sestra]*. 2021;2(23):18—26 (in Russian). doi: 10.29296/25879979-2021-02-03.
5. Balykova L. A., Sabirov L. F., Semeleva E. V. The COVID-19 pandemic: an analysis of the epidemic situation and the restructuring of medical education (according to the Republic of Mordovia). *Attending doctor. [Lechaschi Vrach]*. 2021;11(24):50—56 (in Russian). doi: 10.51793/OS.2021.24.11.008.
6. Tatochenko V. K. My Fourth Pandemic. *Current Pediatrics. [Voprosy sovremennoj pediatrii]*. 2020;19(1):57—59 (in Russian). doi: 10.15690/vsp.v19i1.2086.
7. Kolbin A. S., Belousov D. Yu., Gomom Yu. M., Balykina Yu. E., Ivanov I. G. Socio-economic burden of COVID-19 in the Russian Federation. *Good Clinical Practice. [Kachestvennaya Klinicheskaya Praktika]*. 2020;(1):35—44 (in Russian). doi: 10.37489/2588-0519-2020-1-35-44
8. Tverdokhlebova T. I., Kovalev E. V., Karpuschenko G. V., Kulak M. A., Dumbadze O. S., Litovko A. R., Kalyuzhin A. S. Socio-economic aspects of COVID-19 on the example of the Rostov region. *Infectious diseases. [Infekcionnye bolezni]*. 2020;18(4):27—32 (in Russian). doi: 10.20953/1729-9225-2020-4-27-32
9. Tkacheva O. N., Kotovskaya Yu. V., Aleksanyan L. A. et al. Novel coronavirus infection SARS-CoV-2 in elderly and senile patients: prevention, diagnosis and treatment. Expert Position Paper of the Russian Association of Gerontology and Geriatrics. *Cardiovascular Therapy and Prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2020;19(3):2601 (in Russian). doi: 10.15829/1728-8800-2020-2601

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 26.09.2022; одобрена после рецензирования 30.01.2023; принята к публикации 17.02.2023. The article was submitted 26.09.2022; approved after reviewing 30.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 615.1 (091)

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.019

Н. Н. Баженов (1857—1923)

Ирина Валентиновна Егорышева^{1✉}, Влада Владимировна Чалова²

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

¹egorysheva@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²ladushacha@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0741-5834>

Аннотация. Статья посвящена Н. Н. Баженову, российскому психиатру и общественному деятелю. Совместно С. С. Корсаковым впервые ввел систему нестеснения душевнобольных в психиатрической лечебнице в Сокольниках. Первым в России в Рязанской психиатрической больнице осуществил систему семейного психиатрического патронажа. Выступал за децентрализацию психиатрической помощи, организацию ее по территориальному принципу. С его участием выстроены психиатрические больницы в Рязани, Виннице, Воронеже, Москве. Один из организаторов медицинского факультета и кафедры психиатрии Московских высших женских курсов. Научные труды посвящены организации психиатрической помощи, законодательству о душевнобольных, психотерапии, истории психиатрии, циклотимии, шизофрении, патографии и др. Первый председатель Русского союза невропатологов и психиатров. Известен также своей общественной активностью: был председателем Московского литературно-общественного кружка, одним из организаторов русского масонства в начале XX века. В годы Первой мировой войны организовал медицинскую помощь солдатам русского экспедиционного корпуса во Франции.

Ключевые слова: Н. Н. Баженов, организация психиатрической помощи, история психиатрии, система нестеснения душевнобольных, масонство в России.

Для цитирования: Егорышева И. В., Чалова В. В. Н. Н. Баженов (1857—1923) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 116—119. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.019.

Original article

N. N. Bazhenov (1857—1923)

Irene V. Egorysheva^{1✉}, Vlada V. Chalova²

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

¹egorysheva@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²ladushacha@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0741-5834>

Annotation. The article is dedicated to N. N. Bazhenov, a Russian psychiatrist and public figure. Together with S. S. Korsakov, he was the first to introduce a system of uninhibited treatment of the mentally ill in the Sokolniki Psychiatric Hospital. He was the first in Russia to implement a system of family psychiatric patronage in the Ryazan psychiatric hospital. He advocated the decentralisation of psychiatric care, organising it on a territorial basis. With his participation he built psychiatric hospitals in Ryazan, Vinnitsa, Vonezh and Moscow. He was one of the organizers of the Medical Faculty and Psychiatry Department at Moscow Higher Women's Courses. His scientific works are devoted to the organization of psychiatric care, legislation on the mentally ill, psychotherapy, history of psychiatry, cyclothymia, schizophrenia, pathography, etc. First chairman of the Russian Union of Neuropathologists and Psychiatrists. He was also known for his social activities: he was a chairman of the Moscow literary and social circle, one of the organisers of Russian Masonry in the early 20th century. During the First World War he organized medical assistance to the soldiers of the Russian expeditionary corps in France.

Key words: N. N. Bazhenov, organisation of psychiatric care, history of psychiatry, system of non-restraint on the mentally ill, Freemasonry in Russia.

For citation: Egorysheva I. V., Chalova V. V. N. N. Bazhenov (1857—1923). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):116–119. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.019.

В 2023 г. исполняется 100 лет со дня смерти Николаевича Баженова (1857—1923) — видного российского психиатра, общественного деятеля, организатора целого ряда психиатрических лечебниц. Н. Н. Баженов родился в Киеве 11 (23) июля 1857 г. После окончания медицинского факультета Московского университета (1881), он поступил на службу в московскую Преображенскую психиатрическую больницу. Одновременно Н. Н. Баженов ра-

ботал в частной психиатрической лечебнице М. Ф. Беккера в Сокольниках, возглавляемой С. С. Корсаковым, под руководством которого он участвовал во введении системы нестеснения душевнобольных — отмену любых насильственных мер, главным образом, связывания больных и использования смиренных рубашек.

В 1883—1885 гг. Н. Н. Баженов стажировался в клиниках и лабораториях Парижа, Вены и Берлина,

работал у Ж.-М. Шарко, Ж.-Ж.-В. Маньяна, Т. Мейнерта, Г. Нотнагеля. Познакомившись в Париже с многими российскими эмигрантами, Н. Н. Баженов по их рекомендации в 1884 г. вступил во французскую масонскую ложу «Les Armis Rennis».

Вернувшись в Россию, Н. Н. Баженов поступил на службу в Рязанское земство (1885—1889). В апреле 1886 г. на квартире Н. Н. Баженова был произведен обыск, где были обнаружены экземпляры газеты «Народная воля», издававшейся организацией революционных народников, и письма живших в Париже эмигрантов. И хотя после ареста Н. Н. Баженов через месяц был освобожден, до 1889 г., он оставался под надзором полиции, не имея права жить в столицах, преподавать в университетах, состоять на государственной службе.

Будучи организатором и директором рязанской земской психиатрической больницы, Н. Н. Баженов установил в ней систему нестеснения, а также впервые в России ввел предложенную С. С. Корсаковым систему семейного психиатрического патронажа для внебольничного лечения и призрения хронических больных, разместив часть больных в крестьянских семьях [1]. При его консультативной помощи была создана психиатрическая больница в селе Голенчино Рязанской губернии.

На протяжении всей своей деятельности Н. Н. Баженов отстаивал идеи децентрализации психиатрической помощи за счет строительства психиатрических колоний и введения семейного патронажа в соседних селениях. По его мнению, необходимо было создавать не крупные окружные психиатрические больницы, а уездные приемные покои. О реализации этих идей в Рязанской губернии Н. Н. Баженов доложил на первом съезде отечественных психиатров (1887) [2]. Его доклад о семейном призрении на Первом международном конгрессе общественного призрения (1889), проходившем в Париже, получил высокую оценку и нашел последователей во Франции [3]. Интерес представляет его доклад на VIII Пироговском съезде «В каком направлении должен быть сделан следующий шаг в деле организации призрения душевно больных» (1902) [4].

В 90-е годы Н. Н. Баженов участвовал в строительстве психиатрических больниц и продолжал внедрять на практике такие прогрессивные принципы организации психиатрической помощи, как децентрализация психиатрической помощи и ее организация по территориальному принципу, нестеснение душевнобольных, а также введение семейного патронажа. Он активно участвовал в основании Московской психиатрической больницы на Ноевой даче (1892), с 1894 г. работал главным врачом психиатрической больницы Св. Пантелеймона на станции Удельная в окрестностях Петербурга, руководил в Воронежской губернии работой по устройству психиатрической помощи (1899) [5,6].

В 1894 г. Н. Н. Баженовым была защищена диссертация «К вопросу о значении аутоинтоксикаций в патогенезе некоторых нервных симптомокомплексов». Однако его неоднократные попытки получить должность приват-доцента на кафедре нерв-

ных и душевных болезней в Московском университете долго не имели успеха. В 1895—1900 гг. одновременно с работой в больнице Св. Пантелеймона Н. Н. Баженов читал лекции по судебной психиатрии в Петербургском университете и в Петербургской военно-юридической академии.

В 1900 г. Н. Н. Баженов избирается профессором Парижского института психофизиологии. Вместе с И. И. Мечниковым и Ф. Ф. Эрисманом он принимал участие в организации Русской высшей школы общественных наук в Париже, входит в Совет профессоров, руководит кафедрой общей криминалистики.

Вернувшись в 1902 г. в Россию, Н. Н. Баженов в 1902 году становится, наконец, приват-доцентом кафедры нервных и душевных болезней Московского университета. Чтение курса душевных болезней на медицинском факультете он совмещает с преподаванием на юридическом факультете судебной психопатологии.

В 1911 г. Н. Н. Баженов оказался в числе 130 преподавателей Московского университета, подавших прошение об отставке в знак протеста против репрессивной политики министра просвещения Л. А. Кассо [7].

Н. Н. Баженов принимал активное участие в организации медицинского факультета на Московских высших женских курсах и в 1906—1916 гг. возглавлял там основанную им кафедру психиатрии. Медицинскому факультету курсов он подарил свою библиотеку. Большой популярностью пользовался курс психологии сцены, который Н. Н. Баженов в 1906 г. вел для артистов Московского художественного театра.

Занимаясь преподавательской деятельностью, Н. Н. Баженов не оставляет практическую медицину, часто совмещая работу в нескольких лечебных учреждениях. В 1904 году он был назначен главным врачом московской Преображенской психиатрической больницы и занимал эту должность до конца 1917 г. Преображенская больница стала базой преподавания психиатрии на Высших женских курсах. К 100-летию Преображенской больницы Н. Н. Баженовым была издана книга «История Московского Дюлауза» (1909) [8].

В Преображенской больнице Н. Н. Баженов реализовал свою систему так называемого «повышенного ухода», заменив низший медицинский персонал больницы сестрами милосердия и врачами-интернами, организовал семейный патронаж. Ему также удалось существенно расширить территория больницы.

По инициативе Н. Н. Баженова психиатрическая помощь в Москве была организована по территориальному принципу, в связи с чем по месту проживания пациенты стали обслуживаться в Преображенской или в Алексеевской больнице.

Одновременно с руководством Преображенской больницей Н. Н. Баженов в 1905 году он возглавил психиатрическую лечебницу М. Ф. Беккер, в которой начиналась его врачебная деятельность. Так, в 1906 году он помог организовать семейный психиа-

трический патронаж в г. Воскресенске. Особо следует отметить помощь Н. Н. Баженова в создании совместно с С.Л.Цейтлиным психоневрологической лечебницы в Москве на Донской улице (ныне это Научно-практический психоневрологический центр им. З.

В 1912—1913 гг. он также принимал участие в работе Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, возглавляемой академиком Г. Е. Рейном (1912—1913) [9].

Н. Н. Баженов являлся членом целого ряда российских и зарубежных медицинских, литературных и благотворительных обществ. В 1899 г. он вместе с А. П. Чеховым, К. С. Станиславским, А. Ф. Кони он стал одним из организаторов литературно-художественного кружка, а в 1911 г. — психиатрического кружка «Малые пятницы».

В 1908 г. после долгих ходатайств правительством, наконец, был утвержден устав Русского союза невропатологов и психиатров. Н. Н. Баженов был избран председателем правления этого общества (1911—1916). На первом съезде этого общества, состоявшегося в 1911 г., он доложил разработанный им «Проект законодательства о душевнобольных» [10]. Н. Н. Баженов также стал одним из организаторов состоявшегося в Москве в декабре 1913 — январе 1914 гг. пятого Международного конгресса по призрению душевнобольных,

В начала Первой мировой войны Н.Н.Баженов активно участвует в работе Российского общества Красного Креста. Осенью 1914 г. им был создан и возглавлен сводный эвакуационный госпиталь. В 1915 г. он организовал медицинскую помощь психически больным на Кавказском фронте. Созданные им специальные пункты психиатрической помощи в Тифлисе, Кобулету, Александрополе возглавляли выпускницы Московских женских врачебных курсов — его ученицы.

В 1916 г. Н. Н. Баженов в сопровождении сестер милосердия Красного Креста был направлен во Францию для организации психиатрической помощи солдатам российского Экспедиционного корпуса, устройства психиатрического санатория под Парижем. Н. Н. Баженов был назначен главным уполномоченным Красного Креста во Франции. За его работу в области психиатрии, разработку психиатрического законодательства французское правительство наградило его орденом Почетного легиона. После февральской революции произошла смена руководящего состава Красного Креста. С 1917 г. Н. Н. Баженов работал помощником главного врача в психиатрической лечебнице в бельгийском городе Льеже.

Н. Н. Баженов является автором более 100 научных работ. Его труды главным образом посвящены вопросам организации психиатрической помощи, законодательству о призрении душевнобольных, истории психиатрии, криминальной антропологии, циклотимии, шизофрении, и др. Н. Н. Баженов исследовал также жизнь и творчество ряда писателей (В. М. Гаршина, Н. В. Гоголя, Ф. М. Достоевского,

Ги де Мопассана и др.) с учётом нормальных и патологических характеристик их личности. Социальные и культурные аспекты психиатрии были проанализированы им в работе «Психиатрические беседы на литературные и общественные темы» (1903), получившую премию им. А. С. Пушкина.

В 1906 году Н. Н. Баженов вступил в Конституционно-демократическую партию. Однако, будучи либералом по своим политическим воззрениям, Н. Н. Баженов поддерживал связь с представителями различных революционных течений. В период Декабрьского вооружённого восстания в Москве в руководимой Н.Н.Баженовым лечебнице М.Ф.Беккер укрывались революционеры. Здесь же неоднократно проходили собрания большевиков, на которых присутствовал В.И.Ленин.

Н. Н. Баженов отрицал возможность существования единой политической доктрины, считая невозможным загнать жизнь огромной страны в русло одной партийной программы. В работе «Психология и политика» (М., 1906) Н. Н. Баженов утверждал, что, как свидетельствует мировая история, наибольшее число репрессий совершалось фанатиками, верующими в единую доктрину и обещавшими всеобщее благоденствие. Уже в годы первой русской революции он предвидел большевистский террор. Выход, по мнению Н. Н. Баженова, в углублении и укоренении культуры в широких массах населения [11].

Н. Н. Баженов стал одним из инициаторов возрождения в России масонских лож, запрещенных в 1822 г. императором Александром I. В 1908 г. в Москве была открыта масонская ложа «Возрождение», Великим Мастером которой стал Н.Н.Баженов [12,13]. Восстановление масонства происходило в обстановке спада революционной волны и отражало поиск способов объединения русской общественности. Как говорилось в одном из писем Н. Н. Баженова артисту Малого театра А. И. Сумбатову-Южину, «Распространение нашего братства в России и именно в эту историческую минуту я считаю чрезвычайно важным, необходимо противоядие от ожесточенной классовой борьбы, в которой может погибнуть то небольшое что составляет русскую культурную организацию» [14].

Заседания ложи проходили на квартире Н. Н. Баженова. Здесь собирались представители различных политических направлений, деятели культуры, известные врачи (В. В. Вересаев, П. А. Бадмаев, В. К. фон Анреп, А. И. Шингарев, В. В. Хижняков и др.), руководитель московского земства Д. И. Шипов, председатель 1-й Государственной думы С. А. Муромцев, будущие члены Временного правительства Г. Е. Львов и А. И. Гучков.

В ситуации перехода масонства на политические рельсы Н. Н. Баженов фактически был отстранен от руководящих ролей в масонских ложах [14]. После свержения монархии и легализации политических организаций русское масонство утратило свое значение в России, возродившись затем в эмиграции во Франции.

О личной жизни Н. Н. Баженова, его интересах, любви к театру говорится в воспоминаниях А.А.Борового, фрагменты которых были опубликованы в 2010 г. в «Московском журнале» [15].

В конце 1917 г. Н. Н. Баженов перенес инсульт и смог вернуться в Россию при содействии Н. А. Семашко и С. И. Мицкевича лишь 28 марта 1923 г., но 2 апреля он скончался от повторного инсульта в основанной им Донской лечебнице. Н. Н. Баженов был похоронен на кладбище Донского монастыря, его могила, к сожалению, утеряна. Имя Н. Н. Баженова было присвоено Рязанской областной психиатрической больнице.

Несмотря на его большие заслуги в организации психиатрической помощи, историки медицины вспоминали о нем довольно редко. По-видимому, в советские годы определенную роль в этом сыграла его принадлежность к масонству, неприятие большевистской идеологии. Настало время более внимательно рассмотреть многостороннюю деятельность Н. Н. Баженова.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Коркина М. В. Н. Н. Баженов. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1957;(8):1033—1034.
2. Баженов Н. Н. О призрении и лечении душевнобольных в земствах, и, в частности, о новой Рязанской психиатрической больнице. *Труды 1-го съезда отечественных психиатров*. Санкт-Петербург; 1887:234—248.
3. Ушаков К. Г., Герш А. Г. Жизнь и деятельность Н. Н. Баженова. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1972;(8):1236—1240.
4. Баженов Н. Н., Колюбакин В. И. В каком направлении должен быть сделан следующий шаг в деле организации призрения душевнобольных. *Восьмой Пироговский съезд*. Вып. 2. М.; 1901:82—83.
5. Баженов Н. Н. *Об организации призрения душевнобольных в С.-Петербурге*. Санкт-Петербург; 1896.
6. Баженов Н. Н. *Третья докладная записка Воронежскому губернскому земству о реорганизации психиатрического призрения и об устройстве новой больницы для душевнобольных*. Воронеж; 1901.
7. Гиляровский В. А. Личность и деятельность Н. Н. Баженова. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1923;(3):5.
8. Баженов Н. Н. *История Московского Долгауза*. М.; 1909.
9. Юдин Т. И. *Очерки истории отечественной психиатрии*. М.: Медгиз, 1951.
10. *Научные медицинские общества СССР*. М.: Медицина; 1972.
11. Баженов Н. Н. *Психология и политика*. М.; 1906.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 21.09.2022; одобрена после рецензирования 26.09.2022; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 21.09.2022; approved after reviewing 26.09.2022; accepted for publication 17.02.2023.

12. Берберова Н. Н. *Люди и ложи. Русские масоны XX столетия*. М.: Прогресс-Традиция; 1997.
13. Егорышева И. В., Гончарова С. Г. Участие врачей в общественных движениях начала XX в. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2002;(1):60—62.
14. Карпачев С. П. *Масонская интеллигенция России конца XIX — начала XX века*. М., 1998.
15. Боровой А. А. Моя жизнь (фрагменты воспоминаний). *Московский журнал*. 2010;(10):26—27.

REFERENCES:

1. Korkina M. V. N. N. Bazhenov. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*. S. S. Korsakov. [Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova]. 1957;(8):1033—1034. (in Russian)
2. Bazhenov N. N. On the care and treatment of the mentally ill in zemstvos, and in particular on the new Ryazan psychiatric hospital. *Trudy 1-go s'ezda otechestvennykh psichiatrov*. St. Petersburg; 1887:234—248. (in Russian)
3. Ushakov K. G., Gerish A. G. Life and work of N. N. Bazhenov. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*. S. S. Korsakov. [Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova]. 1972;(8):1236—1240. (in Russian)
4. Bazhenov N. N., Kolyubakin V. I. In what direction the next step should be taken in organising care for the mentally ill. *Vos'moj Pirogovskij s'ezd*. Issue. 2. Moscow; 1901:82—83. (in Russian)
5. Bazhenov N. N. *On the organisation of care for the mentally ill in St. Petersburg*. [Ob organizacii prizrenija dushevnobol'nyh v S.-Peterburge]. St. Petersburg; 1896 (in Russian)
6. Bazhenov N. N. *The third report to Voronezh provincial zemstvo on the reorganisation of psychiatric care and the construction of a new hospital for the mentally ill*. [Tret'ja dokladnaja zapiska Voronezhskomu gubernskomu zemstvu o reorganizacii psichiatricheskogo prizrenija i ob ustrojstve novoj bol'nicy dlja dushevno-bol'nyh]. Voronezh; 1901. (in Russian)
7. Gilyarovskij V. A. The personality and activities of N. N. Bazhenov. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova*. 1923;(3):5. (in Russian)
8. *Bazhenov N. N. History of the Moscow Dolgauz*. [Istorija Moskovskogo Dolgauza]. M.; 1909. (in Russian)
9. Yudin T. I. *Essays on the History of Domestic Psychiatry*. [Ocherki istorii otechestvennoj psichiatrii]. Moscow: Medgiz, 1951. (in Russian)
10. *Scientific Medical Societies of the USSR*. [Nauchnye medicinskie obshhestva SSSR]. Moscow: Medicine; 1972. (in Russian)
11. Bazhenov N. N. *Psychology and Politics*. [Psihologija i politika]. Moscow; 1906. (in Russian)
12. Berberova N. N. *People and Lodges. Russian Masons of the twentieth century*. [Ljudi i lozhi. Russkie masony XX stoletija]. Moscow: Progress-Tradition; 1997. (in Russian)
13. Egorysheva I. V., Goncharova S. G. Participation of doctors in public movements of the early twentieth century. [Problemy social'noj gigieny, zdravooohranenija i istorii mediciny]. 2002;(1):60—62. (in Russian)
14. Karpachev S. P. *Masonic Intelligentsia of Russia at the end of the XIX-beginning of the XX century*. [Masonskaja intelligencija Rossii konca XIX — nachala XX veka]. M., 1998. (in Russian)
15. Borovoy A. A. My life (fragments of memoirs). *Moskovskij zhurnal*. 2010;(10):26—27. (in Russian)

Научная статья

УДК 614.2:316.35

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.020

Роль общественных движений в контроле за реализацией государственных программ в сфере охраны и укрепления здоровья населения

Анастасия Владимировна Шекун¹✉, Константин Алексеевич Смирнов²,
Дмитрий Александрович Цвич³, Наталья Владимировна Эккерт⁴

^{1–3}Общероссийское общественное движение «НАРОДНЫЙ ФРОНТ «ЗА РОССИЮ», г. Москва, Российская Федерация;

⁴ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация

¹a.shekun@onf.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5503-8573>

²k.smirnov@onf.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4645-1192>

³d.tsvich@onf.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3655-6644>

⁴ekkert_n_v@staff.sechenov.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3667-7991>

Аннотация. Обеспечение устойчивости системы здравоохранения, ее адаптация к новым вызовам и угрозам в период пандемии COVID-19 и ограничительных мер со стороны международного сообщества на фоне изменения внешнеполитической обстановки, достижение ключевых целей государственных программ в области охраны и укрепления здоровья населения РФ требуют комплексного взаимодействия органов государственной власти с экспертным и гражданским обществом для обмена знаниями и поиска наиболее эффективных управленческих и организационных решений. В настоящей статье авторами рассматривается деятельность масштабного общественного движения ОБЩЕРОССИЙСКОГО НАРОДНОГО ФРОНТА, направленная на совершенствование отечественного здравоохранения в рамках организации гражданского контроля за ходом реализации Национального проекта «Здравоохранение», представлены результаты социологического исследования среди пациентов и медицинских работников по вопросам доступности медицинской помощи и кадровой обеспеченности системы здравоохранения, обозначены основные проблемы кадрового дефицита и экспертные предложения по их решению, что позволило сделать вывод о важной роли общественных движений в процессах формирования государственной социальной политики в сфере общественного здоровья и здравоохранения.

Ключевые слова: общественные объединения; общественные движения; общественный контроль; проблемы здравоохранения; система здравоохранения; кадровый дефицит; ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАРОДНЫЙ ФРОНТ; ОНФ.

Для цитирования: Шекун А. В., Смирнов К. А., Цвич Д. А., Эккерт Н. В. Роль общественных движений в контроле за реализацией государственных программ в сфере охраны и укрепления здоровья населения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 120–125. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.020.

Original article

The role of public movements in the control over state programs implementation in the field of promotion and protection of public health

Anastasia V. Shekun¹✉, Konstantin A. Smirnov², Dmitry A. Tsvich³, Natalia V. Ekkert⁴

^{1–3}All-Russian public movement «NATIONAL FRONT «FOR RUSSIA», Moscow, Russian Federation;

⁴Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

¹a.shekun@onf.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5503-8573>

²k.smirnov@onf.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4645-1192>

³d.tsvich@onf.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3655-6644>

⁴ekkert_n_v@staff.sechenov.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3667-7991>

Annotation. Ensuring sustainability of healthcare system, its adaptation to new challenges and threats during the COVID-19 pandemic and restrictive measures imposed by international community in current political situation, achieving key goals of state programs in public health protection and promotion the health of the population of the Russian Federation require comprehensive interaction of public authorities with expert and civil society in order to exchange knowledge and search for the most effective management and organizational decisions. In this article, the authors consider the activities of a large-scale public movement of the ALL-RUSSIAN NATIONAL FRONT aimed at improving domestic healthcare through civil control over the implementation of the National project «Healthcare», the authors also present the results of a sociological study among patients and medical workers on the accessibility of medical care and staffing of the healthcare system, as well as identify the main problems of personnel shortage and offer expert proposals on how to solve it. This allowed us to draw a conclusion about the important role of social movements in the formation of state social policy in public health and healthcare.

Key words: public associations, social movements; public control; health problems; healthcare system; personnel shortage; ALL-RUSSIAN NATIONAL FRONT; ONF.

For citation: Shekun A. V., Smirnov K. A., Tsvich D. A., Ekkert N. V. The role of public movements in the control over state programs implementation in the field of promotion and protection of public health. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):120–125. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.020.

Введение

На современном этапе развития отечественной системы здравоохранения на федеральном и региональном уровнях принимаются и реализуются программы и проекты, направленные на снижение смертности населения России, увеличение продолжительность жизни и улучшение качества и доступности медицинской помощи, результативность и эффективность которых определяет стабильность государственного управления в области здравоохранения [1].

В условиях сложившейся внешнеполитической обстановки, санкционных ограничений и эпидемиологических угроз возрастает потребность всестороннего комплексного взаимодействия органов власти и институтов гражданского общества для решения стратегических задач, обозначенных государственными программами, преодоления системных и актуальных проблем, а также глобальных вызовов отрасли здравоохранения [2].

Действующее российское законодательство позволяет создавать различные формы общественных объединений, осуществляющих деятельность в области охраны и укрепления здоровья населения, предоставляя гражданам возможность напрямую участвовать в процессах формирования государственной социальной политики, реализуя свои права на получение доступной и качественной медицинской помощи^{1, 2, 3, 4, 5}. Таким образом, в целях развития системы здравоохранения и укрепления общественного здоровья успешно функционируют общественные советы при органах управления здравоохранением, профессиональные медицинские сообщества, пациентские движения и иные некоммерческие организации [3,4].

Актуальность темы исследования обусловлена важностью участия общественных объединений в процессах принятия государственных решений, связанных с совершенствованием отечественной системы здравоохранения.

Цель исследования заключается в рассмотрении деятельности крупнейшего общественного объединения — Общероссийского общественного движения «НАРОДНЫЙ ФРОНТ «ЗА РОССИЮ» (далее

¹ Статьи 30, 32 Конституции Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/

² Статья 117 Гражданского кодекса Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/

³ Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995 № 82-ФЗ. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_6693/

⁴ Статья 28 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025>

⁵ Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 № 7-ФЗ. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8824/

— ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАРОДНЫЙ ФРОНТ, ОНФ), оказывающего содействие по развитию социальной политики и системы национального здравоохранения.

Материалы и методы

Исследование проведено на основе изучения нормативно-правовых документов, регулирующих деятельность общественных объединений, учредительных документов ОБЩЕРОССИЙСКОГО НАРОДНОГО ФРОНТА, результатов социологического исследования среди пациентов и медицинских специалистов из числа активистов и экспертов ОНФ, проведенного методом анкетирования путем размещения единой формы в мобильном приложении ОНФ «Народный контроль», а также экспертных предложений, содержащихся в решениях ОНФ по итогам круглых столов по вопросам кадровой обеспеченности системы здравоохранения.

Результаты

Массовым общественным объединением, обеспечивающим стабильное функционирование механизма обратной связи между гражданами и государством, проведение общественного мониторинга и гражданского контроля исполнения законов, президентских инициатив и иных приоритетных государственных решений, направленных в том числе на совершенствование российской системы здравоохранения, является созданное в 2013 году по инициативе граждан общественное движение ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАРОДНЫЙ ФРОНТ⁶.

Сформированные во всех субъектах страны региональные отделения ОНФ и задействованные в их работе более 10 000 активистов и 2 000 экспертов в области охраны и укрепления здоровья населения позволяют движению контролировать реализацию государственных мероприятий, формировать своевременные экспертные предложения по устранению выявленных нарушений в их проведении, а также вырабатывать дополнительные рекомендации с учетом запросов граждан для повышения эффективности деятельности системы здравоохранения, тем самым оказывая содействие органам государственной власти в развитии сферы общественного здоровья и здравоохранения.

В соответствии с поручением президента Российской Федерации ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАРОДНЫЙ ФРОНТ осуществляет регулярный общественный контроль исполнения Национальных проектов, в том числе за ходом реализации мероприятий, предусмотренных Национальным проектом «Здравоохранение» (далее — Национальный проект)⁷, в рамках которого эксперты тематической

⁶ Устав Общероссийского общественного движения «НАРОДНЫЙ ФРОНТ «ЗА РОССИЮ». — URL: <https://onf.ru/structure/documents-0/>

площадки ОНФ «Здравоохранение» под руководством Сопредседателя Центрального штаба Л. М. Рошаля проводят социологические исследования среди населения и медицинских работников, рейды и контрольные мероприятия в регионах, анализируют государственные закупки и отчеты ответственных ведомств, организуют общественные дискуссии с участием профильных экспертов и представителей органов власти, по итогам данных исследований ОНФ формирует решения и общественные доклады на имя главы государства, в Правительство РФ, Совет Федерации, Государственную думу и иные ответственные федеральные и региональные органы власти с указанием проблем реализации Национального проекта и конкретных предложений по их решению.

Вопросы кадрового обеспечения системы здравоохранения и пути их решения являются приоритетными для достижения национальной цели развития РФ на период до 2030 года в сфере общественного здоровья и здравоохранения⁸, и находятся на постоянном контроле ОНФ в части организации и проведения мониторинга реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» (далее — Федеральный проект)⁹ [5].

В этой связи в период с 2019 по 2021 годы ОБЩЕРОССИЙСКИМ НАРОДНЫМ ФРОНТОМ проведено 8 круглых столов по вопросам кадровой обеспеченности системы здравоохранения, аккредитации и развития непрерывного медицинского образования. По результатам проведенных мероприятий сформированы и направлены в ответственные ведомства, в том числе в Администрацию Президента, решения ОНФ, содержащие экспертные предложения, направленные на ликвидацию кадрового дефицита в отрасли здравоохранения.

Кроме того, в период с мая по июль 2022 года во всех субъектах России проведено социологическое исследование по вопросам кадровой обеспеченности в сфере здравоохранения, доступности и качества медицинской помощи, в котором приняли участие 30,7 тыс. респондентов, среди которых 5,5 тыс. пациентов и 25,2 тыс. медицинских работников.

Анализ результатов исследования выявил недостаточную обеспеченность медицинскими кадрами, а именно 65 % пациентов сообщили, что сталкивались с ситуацией, когда нужного медицинского работника не было в поликлинике, к которой они прикреплены, при этом чаще всего отсутствовали

следующие специалисты: невролог (34 %), офтальмолог (29 %), оториноларинголог (24 %).

Между тем 8,7 % респондентов из числа пациентов отметили, что с момента записи к врачу до приема в среднем проходит более двух недель, самая большая очередь к неврологу (45 %), терапевту (36 %), офтальмологу (27 %) и акушер-гинекологу (20 %).

Необходимо отметить, что в 2019 году ОНФ проводил исследование по вопросам доступности первичной медико-санитарной помощи в РФ с охватом 1,8 тыс. респондентов, по результатам которого, было установлено, что 86 % пациентов сталкивались с отсутствием необходимого медицинского работника в поликлинике, чаще всего с отсутствием узких специалистов — невролога (33 %), офтальмолога (23 %), оториноларинголога (21 %). Приема врача более двух недель с момента записи ждали 16 % респондентов, что на 7,3 п.п. больше, чем в 2022 году.

В связи с изложенным, можно сделать вывод о небольшой положительной динамике ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, между тем сохраняется проблема отсутствия врачей узких специалистов.

В исследовании среди медицинских работников приняли участие 31 % врачей, 62 % медицинских работников из числа среднего медицинского персонала и 7 % из числа младшего медицинского персонала, при этом около половины опрошенных медработников (46 %) имели опыт работы в здравоохранении более 20 лет.

По данным исследования установлено:

— 90 % респондентов из числа среднего медицинского персонала сообщили, что уровень их зарплаты составляет менее 100 % от средней заработной платы по региону¹⁰,

— 92 % респондентов из числа врачей сообщили, что уровень их зарплаты составляет менее 200 % от средней заработной платы по региону, при этом у 50 % врачей уровень заработной платы составил менее 100 % по региону.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о фактическом невыполнении Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части достижения целевых показателей в отношении уровня заработной платы медицинских работников¹¹.

Кроме того, при проведении анкетирования около 17 % медицинских работников сообщили, что в ближайшее время планируют изменить место работы, при этом основной причиной данного решения

⁷ Протокол заседания Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (в режиме видеоконференции) от 13 июля 2020 г. № 4. — URL: <http://marp.ru/wp-content/uploads/2020/07/Protokol.pdf>

⁸ Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». — URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45726>

⁹ Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». — URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/kadry>

¹⁰ Согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» к 2018 году заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала должна составлять до 100 % от средней заработной платы в соответствующем регионе. — URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35261>

¹¹ Согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» к 2018 году заработная плата врачей должна составлять не менее 200 % от средней заработной платы в соответствующем регионе. — URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35261>

80% респондентов назвали «низкую заработную плату».

Наряду с этим необходимо отметить повышенную нагрузку на медицинских работников: 28% респондентов ответили в анкете, что численность обслуживаемого ими населения превышает установленный норматив, а именно:

- 52% врачей занимают от 1,2 до 1,5 ставки,
- 21% врачей — более 1,5 ставки,
- 37% среднего медицинского персонала — занимают от 1,2 до 1,5 ставки,
- 10% среднего медицинского персонала занимает более 1,5 ставки¹².

При этом обращает внимание тот факт, что около 70% медицинских работников сообщили, что не получают никаких социальных льгот и мер поддержки.

Также при проведении социологического исследования была выявлена низкая удовлетворенность медицинских работников своей работой: только 20% респондентов сообщили, что полностью удовлетворены работой. Основными причинами этого являются: недостаточный уровень заработной платы (по мнению 74% респондентов), высокая нагрузка (35%), бюрократическая нагрузка (30%), отношение пациентов (27%), условия работы (26%).

Таким образом, социологическое исследование позволяет сделать следующие выводы:

- пациенты отмечают недостаток медицинских кадров, особенно узких специалистов, и длительность времени ожидания приёма врачами неврологами, офтальмологами, акушерами-гинекологами;
- медицинские работники отмечают повышенную нагрузку и низкую удовлетворенность своей работой;
- существуют проблемы в реализации Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части достижения целевых показателей, установленных в отношении уровня заработной платы медицинских работников.

Обсуждение

В последние десятилетия проблема недостаточного количества медицинских кадров является актуальной для России. Следует учесть, что риски недостижения ключевых показателей Федерального проекта обусловлены в том числе распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, так как большое число медработников вышло на пенсию по причине значительного повышения интен-

сивности труда, роста риска для здоровья, вызванного угрозой заражения и развитием осложнений указанного заболевания [5].

Кроме того, продолжают оставаться актуальными для отечественного здравоохранения проблемы диспропорции в оплате труда медицинских работников в различных регионах, необходимость устранения проблем, с которыми сталкиваются врачи, фельдшера и медицинские сестры при выполнении своей профессиональной деятельности, необходимость повышения защиты, социального статуса медицинских работников, их удовлетворенности работой, что требует незамедлительных и продуманных решений.

Важно отметить, что ОНФ последовательно поддерживает введение пилотного проекта по внедрению новой системы оплаты труда в здравоохранении, предусмотренного постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 № 847 «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (далее — Постановление).

Так, в рамках данного пилотного проекта оклады медицинских работников будут рассчитываться по новым правилам — с учетом коэффициента дифференциации в зависимости от сложности труда, а также коэффициента экономического развития региона. Также Постановлением предусмотрено, что в систему оплаты труда медиков будут включать должностные оклады по группам должностей, компенсационные и стимулирующие выплаты, при этом размер должностных окладов будет определяться путем умножения расчетной величины на коэффициент сложности труда и региональный коэффициент. Основным результатом должно стать выравнивание ситуации с зарплатами медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) и устранение дефицита кадров в одном регионе РФ и переизбытка в другом.

Сроки начала действия пилотного проекта неоднократно переносились, однако ОНФ продолжает настаивать на скорейшей его реализации, как одного из наиболее эффективных механизмов ликвидации кадрового дефицита при оказании первичной медико-санитарной помощи населению.

Результаты социологического исследования были обсуждены на круглом столе ОНФ в июне 2022 г. с участием профильных экспертов и активистов ОНФ со всех регионов страны, членов Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата», представителей Правительства РФ, Совета Федерации, Государственной думы, Минздрава, Минтруда, Минфина, Минэкономразвития России, ФФОМС, Счетной палаты. По итогам общественного обсуждения сформированы экспертные предложения по решению проблем кадрового дефицита отрасли здравоохранения, среди которых: разработка государственной программы ликвидации кадрового дефицита в здравоохранении с определением потребности в медицинских кадрах; увеличение финансирования системы здравоохранения из бюд-

¹² Результаты исследования свидетельствуют о превышении целевых показателей на 2021 год, установленных Федеральным проектом, согласно которому укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2) в 86%, укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2) в 92%. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/kadry>

жетной системы РФ до уровня, рекомендованного ВОЗ (не ниже 6—7 % от ВВП); введение обязательного распределения выпускников медицинских ВУЗов, обучающихся за счет бюджетных средств; установление дополнительных мер социальной поддержки медработников на федеральном уровне (предоставление жилых помещений с возможностью передачи в собственность, земельных участков, льготной ипотеки, компенсации расходов на оплату жилых помещений, в первоочередном порядке мест в детских садах детям медработников, внеочередное получение путевок в санаторно-курортные организации и др.); возмещение финансовых затрат на повышение квалификации медицинских работников (оплата учебного отпуска, возмещение зарплаты замещающим специалистам); увеличение единовременных компенсационных выплат медицинским специалистам, прибывшим на работу в сельские населенные пункты; расширение программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» на медицинских, прибывающих на работу в населенные пункты с численностью населения до 100 тысяч человек; передача медицинским университетам под клинические базы крупных многопрофильных больниц; рассмотрение вопроса о возвращении интернатуры, субординатуры и увеличения сроков ординатуры по клиническим специальностям; укрепление профессорско-преподавательского состава высших медицинских учебных заведений и медицинских колледжей; законодательное закрепление непрерывного медицинского образования и аккредитации, а также другие предложения по развитию и повышению качества медицинского образования, оптимизации документооборота, по совершенствованию условий труда и организации рабочего времени, системы оплаты труда медицинских работников и развитию науки, повышению их правового и социального статуса.

Решение круглого стола ОНФ, содержащее вышеуказанные рекомендации, направлены во все ответственные ведомства, в том числе в Правительство РФ и Администрацию Президента, для дальнейшей работы.

Заключение

Принимая во внимание необходимость реформирования системы здравоохранения на современном этапе, в том числе в условиях распространения COVID-19 и принятия ограничительных мер, введенных зарубежными странами и организациями на фоне изменившейся политической ситуации в мире, в настоящее время особенно возрастает роль общественных объединений в процессах принятия государством стратегических решений в сфере охраны и укрепления здоровья населения.

Результаты проведенного исследования позволили определить основные проблемы кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации и сформировать предложения, направленные на усиление мер по организации ее управления и решение кадрового дефицита. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что участие

общественных движений в процессах формирования государственной политики в области охраны и укрепления здоровья является важным и необходимым условием для обеспечения стабильной работы всей отрасли здравоохранения.

Таким образом, необходимо отметить большую значимость для общества деятельности общественных движений, направленных на совершенствование системы отечественного здравоохранения. Гражданское и экспертное сообщество посредством участия в различных общественных объединениях способно оказывать реальное содействие государству в решении общественных задач и преодолении кризисных ситуаций в сфере здравоохранения, что будет способствовать улучшению популяционного здоровья, улучшению демографических показателей (в том числе — увеличению продолжительности жизни граждан), снижению показателей заболеваемости населения Российской Федерации важнейшими неинфекционными и инфекционными заболеваниями.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Руголь Л. В., Сон И. М., Стародубов В. И., Погонин А. В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения. [сетевое издание]*. 2018;64(6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang/ru/>. doi: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-1
2. Лapidус Р. Н. Роль и место институтов гражданского общества в оказании содействия по противодействию современным угрозам национальной безопасности. *Правовая политика и правовая жизнь*. 2020;(2):163—172.
3. Зубарев С. М. Совершенствование правового регулирования общественного контроля. *Lex Russica*. 2017;4(125):145—154. doi: 10.17803/1729—5920.2017.125.4.145—154
4. Рошин Д. О. Нормативное регулирование и опыт применения механизмов общественного контроля (на примере сферы здравоохранения). *Вестник Университета имени О. Е. Кутафина*. 2020;5(69):89—95. doi: 10.17803/2311—5998.2020.69.5.089—095
5. Восканян Р. О., Чупрова А. Ю. Обеспечение кадровой устойчивости системы здравоохранения как фактор национальной безопасности. *Вестник Уральского юридического института МВД России*. 2022;(2):94—100.

REFERENCES

1. Rugol L. V., Son I. M., Starodubov V. I., Pogonin A. V. Some results of healthcare reforming. *Social aspects of population health. [Social'nye aspekty zdorov'a naselenia] [serial online]*. 2018;64(6). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang/ru/>. (in Russian). doi: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-1
2. Lapidus R. N. The role and place of civil society institutions in providing assistance in countering modern threats to national security. *Legal policy and legal life. [Pravovaya politika i pravovaya zhizn']*. 2020;(2):163—172. (in Russian).
3. Zubarev S. M. Improvement of legal regulation of public control. *Lex Russica*. 2017;4(125):145—154. (in Russian). doi: 10.17803/1729—5920.2017.125.4.145—154
4. Roshchin D. O. Statutory regulation and practice in the application of the non-governmental
5. oversight (example from the field of the health care). *Bulletin of the O. E. Kutafin University. [Vestnik Universiteta imeni O. E. Kutafina]*. 2020;5(69):89—95. (in Russian). doi: 10.17803/2311—5998.2020.69.5.089—095

6. Voskanian R. O., Chuprova A. Yu. Ensuring the personnel stability of the health care system as a factor of national security. *Bulletin of the Ural Law Institute of the Ministry of the Interior of Russia.*

[*Vestnik Ural'skogo yuridicheskogo instituta MVD Rossii.* 2022;(2):94—100. (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.09.2022; одобрена после рецензирования 30.01.2023, принята к публикации 17.02.2023.
The article was submitted 30.09.2022; approved after reviewing 30.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.021

«Новая жизнь должна быть непременно здоровой жизнью»: социальная гигиена как инструмент воспитания «нового человека» в концепции наркома здравоохранения Н. А. Семашко

Яна Грантовна Григорьян

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация

grigoryan.yg@1msmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5439-8788>

Аннотация. В статье исследуется влияние социальной гигиены на процесс воспитания советского гражданина после социалистической революции 1917 года. С начала 1920-х годов Наркомздрав и его руководитель Н. А. Семашко рассматривали социальную гигиену как наиболее эффективный инструмент системной работы по «оздоровлению» всех сторон жизни советских людей — условия труда, питания, жилища, быта, отдыха, воспитания. Превратившись в часть культурной деятельности государства, социальная гигиена заняла важное место в процессе строительства социалистического государства, являясь частью проекта, направленного на создание нового советского человека.

Ключевые слова: социальная гигиена, Н. А. Семашко, Наркомздрав, новый человек.

Для цитирования: Григорьян Я. Г. «Новая жизнь должна быть непременно здоровой жизнью»: советская медицина общественное здравоохранение как инструмент воспитания «нового человека» в концепции наркома здравоохранения Н. А. Семашко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 126–131. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.021.

Original article

«The new life must necessarily be a healthy life»: social hygiene as an instrument to discipline the «new person» in the concept of Nikolai Semashko, the head of people's commissariat of public health

Yana G. Grigoryan

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

grigoryan.yg@1msmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5439-8788>

Annotation. The article examines the impact of social hygiene on the process of educating the Soviet citizen after the socialist revolution of 1917. From the early 1920s, the People's Commissariat of Public Health and its head, N. A. Semashko considered the social hygiene as the most effective tool of systematic work to «improve» all aspects of Soviet people's life — working conditions, food, housing, everyday life, leisure and education. Having become part of the cultural activities of the state, social hygiene took an important place in the process of building the socialist state, being part of the project aimed at creating a new Soviet Person.

Key words: social hygiene, N. A. Semashko, Narkomzdrav, the New Person.

For citation: Grigoryan Y. G. «The New Life Must Necessarily Be a Healthy Life»: Social Hygiene as an Instrument to Discipline the «New Person» in the concept of Nikolai Semashko, the Head of People's Commissariat of Public Health. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(1):126–131. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.021.

Проект создания «нового человека» стал реализовываться в России после революции 1917 г. Несмотря на то, что эта идея была предметом публичных дискуссий всю вторую половину XIX столетия, проект оставался только недостижимым идеалом, художественным образом, наиболее ярко воплощенном в знаменитых романах И. С. Тургенева «Отцы и дети» и Н. Г. Чернышевского «Что делать?». Оба произведения развивали представления о роли воспитания и образования в формировании «новой породы людей», видящих собственное счастье в общественном служении. Роман «Что делать?» с многозначительным подзаголовком «Из рассказов о но-

вых людях» придавал этим дискуссиям отчетливый натуралистический характер, утверждая, что появление нового человека есть следствие материализации не его природных способностей или устремлений богоданной души, а строгого диетического и санитарного режима, трудолюбия, решимости и терпения.

Октябрьская революция 1917 г. открыла новый этап в этой дискуссии. Стремление новой власти к преодолению разрыва между существующей реальностью и желаемым будущим, превратило революционную мечту в неотложную практическую задачу. На фоне беспрецедентных открытий в области фи-

зиологии, рефлексологии, радиологии, эндокринологии, эпидемиологии, популяционной генетики, наука присоединилась к господствующим мечтаниям о «грядущем человеке», чтобы предложить недостающие идеи и методы, которые позволят сделать «сказку былью». Одной из первых, большевики восприняли идею социальной гигиены — области здравоохранения, которая рассматривала болезнь не только как индивидуальное, но общественное состояние. Придя к власти с целью построения первого в мире социалистического государства, большевики столкнулись с массовым голодом, повальными эпидемиями, недостатком врачей и лекарств, отсутствием финансов, невежеством, беспризорностью и разрухой. Подкрепив государственные решения достижениями современной науки, они предложили в качестве средства от болезней человека и общества гигиену, самодисциплину, режим, физические упражнения, сбалансированность всех аспектов повседневной жизни. Борьба за чистоту, установление норм поведения и быта, формирование правильных представлений о культурной и здоровой жизни оказались объединены в один большой цивилизационный проект создания «нового советского человека», в основе которого лежало здоровое тело — фундамент производительности и прогресса.

Множество опубликованных материалов по теме исследования в основном относится к двум широким категориям: изучению медицины как части советского политического проекта; и роли здравоохранения в претворении в жизнь социокультурной программы по воспитанию «нового человека». В то время как исследователи первой категории сосредотачиваются на анализе особенностей становления советской медицины, структуры и деятельности Наркомздрава, социальных и этических обязательствах советских врачей, гендерных и транснациональных аспектах трансформации здравоохранения и медицинской практики [1—10], интерес вторых нацелен на рассмотрение роли здравоохранения в области повышения общей культуры и санитарно-гигиенического просвещения советских граждан [2, 11—15].

Среди этого многообразия, исследования посвященные деятельности медицинских институций в формулировании советских антропологических идеалов и практик, которым должен был соответствовать «новый человек», чтобы считаться «советским», на удивление немногочисленны. Чаще всего они сосредоточены вокруг поиска био-психо-медицинских инструментов «создания нового человека»: от евгенических проектов советского государства [16—18] и теории «физиологического коллективизма» А. Богданова [19, 20] до выявления эффективных медицинских инструментов управления телом и сознанием в исследованиях, посвященных анализу развития советской психологии 1920—1930х гг. [21, 22].

Между тем, одним из важнейших направлений работы советского государства в 1920-х годах было повышение самосознания рабочего класса, продвижение новых «социалистических» идеалов, констру-

ирование практик построения советской идентичности, которые должны были переформатировать существующий тип взаимоотношений между гражданами и новой властью в соответствии со планами, политикой и интересами партийно-государственного аппарата. Это предполагало формирование мировоззрения, которое, будучи разделяемым всеми членами советского общества, одновременно, могло быть эффективно адаптировано к решению разнообразных задач советского государства и способствовать его социальному, политическому, культурному и научно-техническому прогрессу.

Форпостом новой политики государства в области здравоохранения стал Наркомздрав, с 1918 по 1930 гг. возглавляемый Н. А. Семашко. В 1918 г. Н. Семашко изложил программу работы Наркомздрава, основанную на принципах социальной гигиены. По его представлению, социальная гигиена развивалась как интегративная медико-социальная наука, видевшая в болезни не столько состояние отдельного человеческого тела, сколько результат влияния на организм экономических и социальных условий жизни, для изучения которого привлекались возможности медицины, биологии, социологии, философии, политэкономии и др. Здоровье, считал Семашко, это не только отсутствие болезней, но и содействие благополучию населения в целом. Поэтому цель социальной гигиены как науки состояла как в описании, так и в предписании: ее специалисты должны были изучать социальные условия, в которых возникают и распространяются болезни и предлагать социальные меры, которые способствовали бы достижению важной цели — предотвращению заболеваний [23, с. 8].

Концепция Н. А. Семашко основывалась как на его медицинских взглядах, так и революционном опыте. Вступивший в марксистский кружок Московского университета в 1893 г., уже в 1895 г. Семашко был отчислен из числа студентов и приговорён к ссылке. Тем не менее в 1901 г. он смог с отличием окончить медицинский факультет Казанского университета. Тяжелые условия работы земским и санитарным врачом повлияли на становление профессионального сознания А. Н. Семашко и утвердили его в мысли о первостепенности социальных условий в распространении болезней, определив его политическую деятельность [24].

Основные принципы медицины и концепцию организации советской системы здравоохранения Н. А. Семашко изложил на Первом Съезде медико-санитарных отделов, состоявшемся в июне 1918 г. в докладе «Об организации советской медицины на местах» [25, 16]. Модель Семашко строилась на идеях общедоступности, бесплатности, квалифицированности медицинской помощи, централизации управления и профилактической направленности медицины, которые вместе с активизацией борьбы с социальными болезнями и организацией широкой санитарно-просветительной работы стали основными принципами работы Наркомздрава.

По настоянию Н. А. Семашко, с начала 1920-х гг. социальная гигиена стала ведущим направлением

работы Комиссариата Здравоохранения. В статье «Социальная гигиена, ее сущность метод и значение» Семашко утверждал, что дифференциация наук является естественным ходом развития знаний и выделение социальной гигиены полностью соответствует научному прогрессу. Взглянув на болезнь с философских позиций, он пришел к выводу, что понимание происхождения болезни по формуле: «микроб + организм + (физическая) среда = болезнь» устарело, и обосновывал необходимость ее замены анализом социальных факторов, вовлеченных в болезнь [23]. В поддержку своих предложений он ссылался на немецких пионеров социальной медицины: Альфреда Гротьяна, Бенно Чайеса и Карла Кискальта, убеждая, что предметом изучения социальной гигиены должно стать изучение взаимосвязи между условиями жизни и социальной структурой, в то время как общая гигиена должна заниматься оценкой пригодности условий жизни и труда для здоровья человека [26, с. 178].

Поскольку Семашко считал «бытовые» болезни основной угрозой для здоровья населения, он превратил пропаганду здорового образа жизни в один из важных элементов воспитания граждан советской страны. «Сыпняк — болезнь бедности и некультурности», — писал в своей работе «Основы советской медицины», увязывая задачу оздоровления населения с улучшением условий жизни и труда [27, с. 5]. Признавая задачами здравоохранения не только вопросы охраны здоровья и предупреждение болезней, но и формирование бытовой и гигиенической культуры населения, Семашко видел главную цель своей деятельности в создании условий для гармонического развития человека, которое означало для него проведение системной работы по «оздоровлению» всех сторон жизни советских людей — условия труда, питания, жилища, быта, отдыха, воспитания. «Мы не можем назвать культурным того человека, который, скажем, умеет читать и писать, но живет в грязи, нечистоте, плодит эпидемии, заражается сам по невежеству и заражает других», — писал он в 1930 г., ставя гигиену во главу угла прогресса [28, с. 4]. «Новый быт должен соответствовать новым социально-экономическим, политическим и культурным отношениям», — утверждал он [28, с. 10].

Используя патерналистский подход в воспитании советских граждан, врачи Наркомздрава во главе с Семашко начали работу по созданию амбулаторных учебных центров и стационарных лечебных учреждений, задачей которых было санитарное просвещение и контроль. В 1927 г. в Москве насчитывалось более трехсот амбулаторий, которые за 1925—1926 гг. приняли более семнадцати миллионов посетителей [3, с. 52]. В организации планомерной работы по борьбе с социальными, болезнями основным учреждением стал диспансер [7, с. 166]. Консультационные и диспансерные врачи, медсестры и инспекторы наблюдали за беременностью, учили как правильно кормить и пеленать маленьких детей, обучали население правилам ведения домашнего хозяйства, приготовления еды, регулярной смене по-

стельного белья, рассказывали о вреде алкоголя и курения и т. д. Для тех, чье состояние требовало более радикального вмешательства, лечение, наблюдение, воспитание и просвещение обеспечивала санаторно-курортная система. Чтобы донести идеи о правильном образе жизни до здоровых людей были открыты пансионаты, позволяющий работникам отдыхать под наблюдением врачей в гигиеничной обстановке.

Принцип профилактического подхода был прост: информировать население о возможных последствиях своих действий, чтобы те предпочли здоровый образ жизни. С этой целью врачи диспансеров посещали рабочих в цехах и принимали больных в поликлиниках. Врач получил возможность не только лечить тело пациента, но и изменить его жизнь: добиться его переезда на новое место жительства, убедить сменить работу, организовать санаторно-курортное лечение, посещение диетической столовой, дневного и ночного санатория или порекомендовать специализированное лечение в предназначенном для этой цели лечебном учреждении. В 1925 г. 84 диспансера РСФСР, занимавшиеся лечением венерических болезней, приняли около трехсот тысяч человек и провели почти три миллиона контрольных обследований [7, с. 59].

Врачи консультировали своих пациентов в том, как изменить свой дом, диету, досуг и рабочие привычки, чтобы предотвратить рецидив заболевания. Полное диспансерное лечение включало визиты врача или медсестры на дом, чтобы проверить, соответствует ли обстановка в доме процессу выздоровления. В целях воспитания новых полезных привычек, медсестры проводили санитарное просвещение на дому, информируя жильцов об ошибках в ведении домашнего хозяйства, учили правилам проветривания помещения, указывали на необходимость изменения общего уклада жизни семьи и т. д.

В то время как амбулатории концентрировались на улучшении жизни взрослых пациентов, организованная Наркомздравом программа охраны здоровья материнства и детства сосредоточилась на обучении и помощи в уходе за детьми. К 1920 г. в стране было открыто 108 домов матери и ребенка, 197 консультаций, 108 молочных кухонь, 567 яслей и др. [7, с. 166]. Система обеспечивала наблюдение за состоянием беременных и кормящих женщин и их новорожденных детей, а также консультирование и обучение молодых матерей правилам ухода за малышами. Начиная с 1920 г. в городах, была организована система патронажа беременных и детей на дому. В первую очередь эти меры касались малограмотных женщин, женщин с первой или патологически протекающей беременностью [8]. Медсестры, приходившие к матерям домой, в случае необходимости могли осмотреть квартиру для выявления бытовых проблем, проводили инструктаж а, в сложных случаях, даже запрашивали материальную помощь. К 1927 г. Наркомздрав только в Москве курировал более 60 консультаций различного типа, 35 из которых — консультации для детей, находящихся на грудном вскармливании — посетили только за

1925—26 гг. более 630 000 раз. В 1919 г. в структуры Наркомздрава был передан Отдел охраны здоровья детей и подростков, который продолжал работу по формированию здорового образа жизни у повзрослевших детей. Только в 1921 г. Отдел охраны здоровья детей и подростков провел обследование состояния здоровья детей в 510 московских школах. Кроме того, Отдел охраны материнства и младенчества Наркомздрава курировал работу яслей, детских садов, молочных кухонь [3, с. 52].

Другим направлением, подпадавшим в область работы социальных гигиенистов Наркомздрава, был алкоголизм. В 1926 году Совет Народных Комиссаров принял указ, который возложил на Наркомздрав задачу изучения проблемы алкоголизма и организации профилактической борьбы с ним [29]. Проведение работы было организовано по трем направлениям: исследование алкоголизма как социальной проблемы, антиалкогольная санитарно-просветительная работа и организация лечебно-профилактической помощи алкоголикам. В 1926 году А. В. Мольков, директор Государственный институт социальной гигиены Наркомздрава написал статью, в которой бытовым алкоголизмом понимался как результат действия таких социальных факторов, как недостаточное питание, изнурительные условия труда, отсутствие хороших условий жизни, возможностей реализации культурных потребностей и интересов. Такой подход актуализировал воспитательные возможности социальной гигиены, реализованные через санитарное просвещение и пропаганду [30, с. 42]. Уже в 1927 г. Наркомздравом РСФСР был издан циркуляр «Об антиалкогольной пропаганде», где были намечены идеи воспитательного характера: разъяснения о вреде пьянства для развития пролетарского государства, роль алкоголизма в увеличении уровня преступности, нанесении урона народному хозяйству (производственный брак, прогулы и др.), пагубное влияние алкоголизма на семейные отношения, конфликты с детьми, ухудшение здоровья, проблемы вырождения и др. [31]. Отказ от пьянства, поддержание личного здоровья приобретало дополнительное значение агитации за здоровье всего советского общества.

Санитарно-просветительская работа включала огромный комплекс мероприятий: лекции, кинофильмы, инсценировки, плакаты, постоянные выставки. Согласно записям окружного отдела здравоохранения г. Москвы за первое полугодие 1925 г. лекцию на тему «Работа, жизнь, здоровье» прослушали 161 306 слушателей. Отдел представил 117 фильмов и 30 спектаклей на санитарную тематику, распространил 6 162 листовки, 3 208 брошюр и 627 книг, организовал и обновлял фонд 25 передвижных библиотек, в каждой из которых было от 50 до 70 книг и почти 9000 диапозитивов о здоровье. 1 февраля 1925 г. в Москве открылся Дом санитарного просвещения, который посетили почти 9000 человек. На выставке было представлено более 800 экспонатов, в том числе 258 плакатов, 87 моделей, 20 восковых моделей, 58 экспонатов для уроков и библиотека, содержащая более 1000 книг. Даже если

бы каждая акция затронула только одного человека, это оказало бы влияние почти на четверть миллиона населения. О масштабности работ говорит тот факт, что этот большой комплекс мероприятий был направлен на нужды только одного московского района, и всего на полгода [3, с. 64].

Н. А. Семашко поставил задачу физического оздоровления населения на один уровень с Октябрьской революцией, превратив социальную гигиену в мерило успеха государства. Следуя лозунгу: «Физическое оздоровление укрепление, охрана и поддержание сил трудящихся — задача трудящихся», он и его последователи увязали воедино индивидуальную заботу о человеке с предотвращением государством социальных проблем [27, с. 9]. Забота о здоровье гражданина обеспечивала укрепление всего государства, устанавливая «прямую зависимость улучшения здоровья общества в целом и каждого отдельного человека в отдельности от общего развития производительных сил страны и ее экономического процветания» [32, с. 192]. Благодаря усилиям Н. А. Семашко социальная гигиена распространила свое влияние на все сферы жизни: гигиену труда, воспитания, здоровый сон, отдых, досуг, развлечения и общее культурное просвещение. Это позволило Семашко и его сторонникам вывести гигиену за рамки практического подхода и превратить ее в науку о жизни и для жизни. Усилиями Н. Семашко она из области, обеспечивающей охрану здоровья населения, превратилась в часть всей культурной деятельности государства.

Однако с 1930 года в стране произошел ряд структурных трансформаций, которые коренным образом изменили положение социальной гигиены и в стране, и в советском здравоохранении. Партийные идеологи выдвинули новый набор «социалистических» идеалов, соответствующих текущим приоритетам индустриализации, милитаризации и коллективизации, в основе которых лежали трудовой и воинский героизм. Вероятно, высокий статус Н. Семашко долгое время защищал Наркомздрав от политического вмешательства, однако и он не смог предотвратить «великий перелом», приведший к смещению Наркома во своего поста. Идеалы Семашко целью которых было улучшение повседневной жизни и придание ей социальной ценности в надежде воспитать идеального советского человека оказались заменены на практические задачи создания героических личностей с новыми желаемыми качествами, новым поведением и новыми социальными результатами — «новых людей социалистической эпохи».

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Плаггенборг Шт. Революция и культура. Культурные ориентиры в период между Октябрьской революцией и эпохой сталинизма. СПб.: Журнал «Нева»; 2000.
2. Bernstein F. L. Panic, Potency and the Crisis of Nervousness in the 1920s. In Kiaer C, Naiman E. editors. Everyday Life in Early Soviet Russia: Taking the Revolution Inside. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 2005. p153-182.
3. Starks T. The Body Soviet: Propaganda, Hygiene, and the Revolutionary State. Madison: University of Wisconsin; 2008.

4. Хоффманн Д. Возвращение масс: модерное государство и советский социализм. 1914—1939. М.: Новое литературное обозрение; 2018.
5. Grant S, editor. Russian and Soviet Health Care from an International Perspective: Comparing Professions, Practice and Gender, 1880—1960. L.: Palgrave Macmillan; 2017.
6. Solomon SG, Hutchinson JF, editors. Health and Society in Revolutionary Russia. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1990.
7. Хабриев Р. У., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Николай Александрович Семашко — первый народный комиссар здравоохранения России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26(3): 164—168. doi: 10.18821/0869—866X-2018-26-3-164-168.
8. Егорышева И. В. Охрана материнства и младенчества в первые годы деятельности народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2015; 30—36.
9. Большакова О. В. Формирование нового человека: биомедицинские науки в России XX века (современная англоязычная историография). В Большакова О. В., ред. Наука в СССР: современная зарубежная историография: сб. обзоров и рефератов. М.: Ин-т науч. инф. по обществ. наукам, 2014. С. 47—80
10. Кирик Ю. В., Ратманов П. Э., Шеноева П. А. Институционализация социальной гигиены в Советской России в 1920—1930-х годах в международном контексте. Дальневосточный медицинский журнал. 2020; 1:85—94.
11. Polianski IJ, Kosenko O. The “proletarian disease” on stage Theatrical anti-tuberculosis propaganda in the early Soviet Union. *Microbes and Infection.* 2021; 23(8). doi: 10.1016/j.micinf.2021.104838.
12. Kosenko O, Polianski IJ. Der Tanz der kleinen Spirochäten. *Der Urologe.* 2021;60 (5):628—639. doi.org/10.1007/s00120-020-01133.
13. Polianski IJ, Tutorskaya M., Kosenko O. «Sieben Plagen auf einmal schlagen» — Theatrale Hygienepropaganda und Infektionskrankheiten in der Sowjetunion der 1920-er—40-er Jahre // *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte.* 2021;44(1):44—73. doi.org/10.1002/bewi.2020
14. Bernstein FL, Burton C, Healey D, editors. Soviet medicine: Culture, practice, and science. DeKalb: Northern Illinois university press; 2010.
15. Simpson P. Revolutionary Evolution in Apes and Human in 1920s: Sculpture and Construct of the “New Man” at the Moscow Darwin Museum. In: Howell Y., Kremontsov N., editors. *The Art and Science of Making the «New Man in Early-Twentieth-Century Russia.* London: Bloomsbury Academic; 2021. p. 155—174.
16. Kremontsov NL. Revolutionary Experiments: The Quest for Immortality in Bolshevik Science and Fiction. Oxford: Oxford University Press; 2014
17. Kremontsov NL. New Sciences, New Worlds and “New Men”. In: Howell Y., Kremontsov N., editors. *The Art and Science of Making the «New Man in Early-Twentieth-Century Russia.* London: Bloomsbury Academic; 2021. p.85—104.
18. Zamoiski A. Eugenics on the periphery: or why a “Belarusian eugenic project” did not come true (1918—1944). *Acta Poloniae historica.* 2016;114:59—84. doi: 10.12775/aPh.2016.114.03
19. Сергеева М. С. «Физиологический коллективизм» как основа нового социалистического общества 1920-х гг. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2015; 3:165—166.
20. Морозова А. А. «Физиологический коллективизм» Александра Богданова: идея и практика. Самарский научный вестник. 2020; 9(1):174—178.
21. Bauer R. A. *The New Man in Soviet Psychology* Cambridge, MA and London, England: Harvard University Press, 1952.
22. Сироткина И. Е. Классики и психиатры: психиатрия в российской культуре конца XIX — начала XX века М.: Новое лит. Обозрение; 2009.
23. Семашко Н. А. Социальная гигиена, ее сущность, метод и значение. В кн.: Социальная гигиена. Вып. 1. М., 1923.
24. Семашко Н. А. Ключки воспоминаний. М.: Молодая гвардия; 1930.
25. Семашко Н. А. Об организации советской медицины на местах. Известия советской медицины. 1918; 5—6.
26. Solomon S. G. Social Hygiene and Soviet Public Health, 1921—1930. In: Solomon S. G., Hutchinson J. F., editors. *Health and Society in Revolutionary Russia.* Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1990. p. 175—199.
27. Семашко Н. А. Основы советской медицины М.: Нар. ком. здрав. 1919.
28. Семашко Н. А. Культурная революция и оздоровление быта. М-Л.: Гос. мед. изд-во. 1930.
29. Постановление СНК РСФСР от 11 сентября 1926 г. «О ближайших мероприятиях в области лечебно-предупредительной и культурно-просветительной работы по борьбе с алкоголизмом». Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-Крестьянского Правительства РСФСР. 1926; 57: 44.
30. Мольков А. В. Алкоголизм как проблема изучения. Гигиена и эпидемиология. 1926; 7—8.
31. Циркуляр Наркомздрава РСФСР от 9.03.1927 г. «Об антиалкогольной пропаганде». Бюллетень Наркомздрава РСФСР. 1927; 6:59—60.
32. О постановке санпросветработы в Союзе Медсантруд. Бюллетень № 14—1925. В Семашко Н. А. ред. Вопросы здравоохранения деревни. М.: Издательство Наркомздрава. 1925.

REFERENCES

1. Plaggenborg Sht. Revolution and Culture. Cultural Landmarks in the Period Between the October Revolution and the Era of Stalinism. SPb.:Zhurnal «Neva»; 2000. (in Russian)
2. Bernstein F. L. Panic, Potency and the Crisis of Nervousness in the 1920s. In Kiaer C, Naiman E. editors. *Everyday Life in Early Soviet Russia: Taking the Revolution Inside.* Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 2005.p153-182.
3. Starks T. *The Body Soviet: Propaganda, Hygiene, and the Revolutionary State.* Madison: University of Wisconsin; 2008.
4. Hoffmann D. *Cultivating of the Masses: The Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914—1939.* M.: Novoye literaturnoye obozreniye; 2018. (in Russian).
5. Grant S, editor. *Russian and Soviet Health Care from an International Perspective: Comparing Professions, Practice and Gender, 1880—1960.* L.: Palgrave Macmillan; 2017.
6. Solomon SG, Hutchinson JF, editors. *Health and Society in Revolutionary Russia.* Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1990.
7. Khabriev R. U., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. N. A. Semashko, The First People's Commissar of Health Care. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine.* [Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny]. 2018; 26(3): 164—168. (in Russian). doi: 10.18821/0869—866X-2018-26-3-164-168.
8. Egorysheva I. V. Motherhood and Infancy Care in the First Years Activity of the RSFSR People's Commissariat of Health. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health.* 2015; 30—36. (in Russian).
9. Bolshakova O. V. Formation of a New Person: Biomedical Sciences in Russia of the XX Century (modern English-language historiography). In Bolshakova OV., editor. *Science in the USSR: Modern Foreign Historiography: coll. reviews and abstracts.* M.: In-t nauch. inf. po obshchestv. Naukam; 2014: 47—80. (in Russian).
10. Kirik Yu. V., Ratmanov P. E., Shenoeva P. A. Institutionalization of social hygiene in Soviet Russia in the 1920—1930s in the international context. *Far Eastern Medical Journal. [Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal].* 2020; 1:85—94.
11. Polianski IJ, Kosenko O. The “proletarian disease” on stage Theatrical anti-tuberculosis propaganda in the early Soviet Union. *Microbes and Infection.* 2021; 23(8). doi: 10.1016/j.micinf.2021.104838.
12. Kosenko O, Polianski IJ. Der Tanz der kleinen Spirochäten. *Der Urologe.* 2021;60 (5):628—639. doi.org/10.1007/s00120-020-01133.
13. Polianski IJ, Tutorskaya M., Kosenko O. «Sieben Plagen auf einmal schlagen» — Theatrale Hygienepropaganda und Infektionskrankheiten in der Sowjetunion der 1920-er—40-er Jahre. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte.* 2021;44(1):44—73. doi.org/10.1002/bewi.2020
14. Bernstein FL, Burton C, Healey D, editors. *Soviet medicine: Culture, practice, and science.* DeKalb: Northern Illinois university press; 2010.
15. Simpson P. Revolutionary Evolution in Apes and Human in 1920s: Sculpture and Construct of the “New Man” at the Moscow Darwin Museum. In: Howell Y., Kremontsov N., editors. *The Art and Science of Making the «New Man in Early-Twentieth-Century Russia.* London: Bloomsbury Academic; 2021:155—174.
16. Kremontsov NL. *Revolutionary Experiments: The Quest for Immortality in Bolshevik Science and Fiction.* Oxford: Oxford University Press; 2014

17. Kremontsov N.L. New Sciences, New Worlds and “New Men”. In: Howell Y., Kremontsov N., editors. *The Art and Science of Making the «New Man in Early-Twentieth-Century Russia*. London: Bloomsbury Academic;2021:85—104.
18. Zamoiski A. Eugenics on the Periphery: or Why a “Belarusian Eugenic Project” Did Not Come True (1918—1944). *Acta Poloniae historica*.2016;114:59—84. doi: 10.12775/aPh.2016.114.03
19. Sergeeva M. S. «Physiological Collectivism» as the Basis of the New Socialist Society of the 1920s. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2015; 3:165—166. (in Russian).
20. Morozova A. A. «Physiological Collectivism» by Alexander Bogdanov: Idea and Practice. *Samara Scientific Bulletin*. [Samarskiy nauchnyy vestnik].2020; 9(1):174—178. (in Russian).
21. Bauer R. A. *The New Man in Soviet Psychology*. Cambridge, MA and London, England: Harvard University Press, 1952.
22. Sirotkina I. E. *Classics and Psychiatrists: Psychiatry in Russian Culture of the late XIX — early XX Century M.*: Novoye lit. Obozreniye; 2009. (in Russian).
23. Semashko N. A. *Social Hygiene, its Essence, Method and Significance*. In book: *Social Hygiene*. Vol. 1. Moscow; 1923. (in Russian).
24. Semashko N. A. *Scraps of Memories*. Moscow: Molodaya Gvardiya; 1930. (in Russian)
25. Semashko N. A. *On the Organization of Soviet Medicine in the Field*. *Izvestia sovetskoy meditsiny*;1918:5—6. (in Russian).
26. Solomon S. G. *Social Hygiene and Soviet Public Health, 1921—1930*. In: Solomon S. G., Hutchinson J. F., editors. *Health and Society in Revolutionary Russia*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1990:175—20.
27. Semashko N. A. *Fundamentals of Soviet Medicine*. Moscow: People's Commissariat for Health;1919. (in Russian).
28. Semashko N. A. *Cultural Revolution and the Improvement of Life*. Moscow-Leningrad: State Medical Publishing House;1930. (in Russian).
29. Resolution of the RSFSR SNK from September 11, 1926 «On the Immediate Measures in the Field of Therapeutic and Preventive and Cultural and Educational Work to Combat Alcoholism». *Collected Laws and Orders of the Workers' and Peasants' Government of the RSFSR*.1926;57: 44. (in Russian).
30. Molkov A. V. *Alcoholism as a Problem of Study*. *Hygiene and Epidemiology [Gigiyena i epidemiologiya]*.1926; 7—8. (in Russian).
31. Circular of the People's Commissariat of Health of the RSFSR of 9.03.1927 «On anti-alcohol propaganda». *Bulletin of the People's Commissariat for Health of the RSFSR*. 1927; 6: 59—60. (in Russian).
32. *On the Setting up of Health Education Work in the Medsanstvo Union*. *Bulletin No. 14—1925*. In Semashko N. A. Ed. *Issues of Village Health Care*. M.:Izdatel'stvo Narkomzdrava;1925. (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.09.2022; одобрена после рецензирования 10.10.2022; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 30.09.2022; approved after reviewing 10.10.2022; accepted for publication 17.02.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.022

О необходимости совершенствования школьного здравоохранения в условиях цифровизации образования

Ирина Эрнстовна Александрова^{1✉}, Марина Викторовна Айзятובה²,
Светлана Борисовна Соколова³, Ирина Калмановна Рапопорт⁴,
Наталья Борисовна Мирская⁵

^{1,2,5}ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, НИИ
гигиены и охраны здоровья детей и подростков, Москва, Россия;

^{3,4}ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, Институт
комплексных проблем гигиены, МО, Россия

¹accialex@ya.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8664-1866>

²9855123020@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0381-3253>

³s-s-b@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5895-4577>

⁴ikrapoport@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9989-4491>

⁵n.mirskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0457-4795>

Аннотация. Современное образование претерпевает коренные изменения, связанные прежде всего с цифровой трансформацией, обусловленной влиянием «вызовов эпохи». Особенности формирования здоровья современных школьников под влиянием новых «цифровых» факторов школьной среды определяют насущную потребность в совершенствовании школьного здравоохранения, призванного оказывать качественную первичную медико-санитарную помощь обучающимся; в актуализации комплекса медико-профилактических мероприятий, проводимых в школе, что и обуславливает своевременность данного исследования. Целью настоящей работы является рассмотрение предпосылок необходимости модернизации школьного здравоохранения в условиях цифровой среды. В работе показаны особенности состояния здоровья современных школьников, обучающихся в условиях гиперинформационной образовательной среды и степень вовлеченности школьных медицинских кадров в деятельность по обеспечению безопасных для здоровья условий обучения. Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости совершенствования подходов к профилактике школьных болезней в современных условиях и своевременности повышения компетентности медицинских кадров школьного здравоохранения по факторам риска здоровью обучающихся в «цифровой» образовательной среде.

Ключевые слова: школьное здравоохранение, цифровая образовательная среда, профилактика, школьники, заболеваемость, безопасные условия обучения

Для цитирования: Александрова И. Э., Айзятובה М. В., Соколова С. Б., Рапопорт И. К., Мирская Н. Б. О необходимости совершенствования школьного здравоохранения в условиях цифровизации образования // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 132—137. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.022.

Original article

On the need to improve school healthcare in the context of digitalization of education

Irina E. Aleksandrova^{1✉}, Marina V. Ayzyatובה², Svetlana B. Sokolova³, Irina K. Rapoport⁴, Nataliya B. Mirskaya⁵

^{1,2,5}Federal State Autonomous Institution of the Ministry of Health of the Russian Federation «National Medical Research Center of Children's Health», Research Institute of Hygiene and Health Protection of Children and Adolescents, Moscow, Russian Federation;

^{3,4}Institute of Complex Hygiene Problems of F. F. Erisman Federal Research Center of Hygiene of the Federal Service for Supervision in Protection of the Rights of Consumer and Man Wellbeing, Mytishchi, Russian Federation;

¹accialex@ya.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8664-1866>

²9855123020@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0381-3253>

³s-s-b@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5895-4577>

⁴ikrapoport@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9989-4491>

⁵n.mirskaya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0457-4795>

Annotation. Modern education is undergoing fundamental changes, primarily associated with digital transformation, due to the influence of the «challenge of the era». Features of the formation of the health of modern schoolchildren under the influence of new «digital» factors of the school environment determine the urgent need to improve school health care, designed to provide high-quality primary health care to students; in updating the complex of medical and preventive measures carried out at school, which determines the timeliness of this study. The purpose of this work is to consider the prerequisites for the need to modernize school health care in a digital environment. The paper shows the features of the state of health of modern schoolchildren studying in a hyper-information educational environment and the degree of involvement of school medical personnel in activities to ensure healthy learning conditions. The data ob-

tained allow us to conclude that it is necessary to improve approaches to the prevention of school diseases in modern conditions and the timeliness of increasing the competence of medical staff of school health care on health risk factors for students in the «digital» educational environment.

Key words: school health care, digital educational environment, prevention, schoolchildren, morbidity, safe learning environment

For citation: Aleksandrova I. E., Ayzyatova M. V., Sokolova S. B., Rapoport I. K., Mirskaya N. B. On the need to improve school healthcare in the context of digitalization of education. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):132–137. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.022.

Введение

Приоритет охраны здоровья детей для государственной политики страны отражается в существующем законодательстве и в новых документах, принимаемых с учетом современных вызовов и опасностей здоровью молодого поколения. Так, в утвержденном распоряжении Правительства Российской Федерации Плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года¹, в направлении «здоровьесбережение с детства» провозглашаются такие цели, как «создание благоприятных условий для гармоничного развития детей, профилактики заболеваемости и инвалидности». Среди мероприятий важнейшее место занимают вопросы, связанные с охраной и укреплением здоровья школьников. Министерством здравоохранения России, Министерством просвещения России, Роспотребнадзором совместно с другими заинтересованными ведомствами запланировано «совершенствование механизмов организации мониторинга состояния здоровья обучающихся в общеобразовательных организациях; формирование информационно-методической базы для создания системы профилактики школьно-обусловленных заболеваний среди обучающихся».

Современное образование претерпевает коренные изменения, связанные прежде всего с цифровой трансформацией, обусловленной влиянием «вызовов эпохи» [1]. Согласно Закону РФ «Об образовании в РФ»² и Федеральным государственным образовательным стандартам общего образования в школах необходимо активно применять информационные технологии. Повсеместное «соприкосновение» детей с цифровыми ресурсами, как в школе, так и в быту, актуализировало проведение научных исследований по изучению влияния указанных средств на показатели здоровья и самочувствия детей [2–6]. Делается акцент на риски появления и развития нарушений зрения у детей и подростков на фоне широкого внедрения цифровых технологий в повседневную жизнь и процесс обучения; показаны сочетанные риски роста нарушения зрения и костно-мышечной системы [7].

В настоящее время виды применяемых в школе электронных средств обучения постоянно обновляются, определяя необходимость пополнения знаний

о правилах их безопасного для здоровья обучающихся использования. Наиболее активно происходит замена традиционных меловых досок на интерактивные доски, последним поколением которых являются интерактивные панели. Доска нового поколения, будучи электронным средством обучения коллективного использования применяется в учебном процессе практически на каждом уроке, начиная с младших классов. Как показали научные исследования, использование современной электронной доски требует создания определенных условий для предотвращения нарушений самочувствия и в дальнейшем, нарушения здоровья обучающихся [8, 9]. При нерациональном (нерегламентированном) использовании данного электронного средства обучения выявлено появление у значительной части школьников жалоб, отражающих возникновение общего и зрительного утомления, особенно у обучающихся с нарушенной зрительной функцией [10, 11].

Врачи, средний медицинский персонал отделений организации медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях (ОМПО) согласно существующему законодательству³ принимают участие в гигиеническом контроле средств обучения и их использования; в контроле за соблюдением гигиенических требований к организации процесса обучения». Поэтому особую актуальность приобретает вопрос о повышении квалификации, постоянном пополнении знаний медицинских работников ОМПО по данному направлению деятельности. Это согласуется с необходимостью в развитии компетенций медицинских кадров в сфере цифровизации в условиях перехода к цифровым системам национального здравоохранения [12]. Появление новых «цифровых» факторов школьной среды, оказывающих влияние на состояние здоровья обучающихся и обуславливающих его особенности, определяет потребность в актуализации комплекса медико-профилактических мероприятий, проводимых в школе.

Целью настоящей работы является рассмотрение предпосылок необходимости модернизации школьного здравоохранения в условиях цифровой среды.

Для достижения цели решались следующие задачи:

- оценить показатели заболеваемости обучающихся младших классов в условиях «цифровой образовательной среды» (в динамике обучения и в сравнении с показателями заболева-

¹ План основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 января 2021 г. № 122-р. <http://static.government.ru/media/files/37WkqE4GAWQXaIGxpAipFLmqCYZ361Kj0.pdf> (дата обращения 30.08.22)

² Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 14.07.2022)

³ Приказ МЗ РФ от 5.11.13 г. (с изменениями на 21.02.20 г.) N 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

емости школьников, обучавшихся в условиях «доцифровой образовательной среды»);

- рассмотреть текущую подготовку медицинских кадров ОМПО по вопросам обеспечения безопасных для здоровья обучающихся условий обучения в современной цифровой среде;

Материалы и методы

Для решения первой задачи использовали результаты исследования показателей заболеваемости московских школьников, в учебном процессе которых ежедневно использовались электронные средства обучения (преимущественно, электронная доска). Комплексные медицинские профилактические осмотры школьников проводились врачами — специалистами НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков «ФГАУ НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в конце каждого учебного года (2014—2017 гг.). В анализ были взяты ведущие отклонения в состоянии здоровья школьников, входящие в понятие «школьно-обусловленная патология» [13]. Результаты исследования сопоставляли с данными заболеваемости школьников, обучавшихся в условиях «доцифровой» образовательной среды⁴. Все дети были обследованы по одной и той же методике.

Для решения второй задачи с помощью специально разработанной анкеты проведен опрос 88 специалистов (врачей и среднего медицинского персонала) ОМПО. Надежность разработанной анкеты была подтверждена в процессе экспертной валидации. Систематизация полученных данных проводилась с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2016. Для статистической обработки результатов исследования использовали методы непараметрического анализа. Для проверки различий между двумя сравниваемыми совокупностями применялся критерий χ^2 Пирсона. Полученные данные опроса представляли в процентных долях с указанием границ 95% доверительного интервала (95%ДИ), рассчитанного с помощью калькулятора по методу Уилсона⁵.

Результаты

Анализ распространенности функциональных отклонений и хронических болезней младших школьников в условиях цифрового обучения показал, что ведущими являются функциональные нарушения костно-мышечной системы, органа зрения; их доля в процессе обучения в начальной школе значимо возрастает (табл.). Подобной негативной динамики распространенности функциональных отклонений костно-мышечной системы и органа

⁴ Здесь и далее (в таблицах) как пример «доцифровой образовательной среды» использованы результаты диссертационного исследования Жигаревой Н. С. (2008) «Особенности формирования отклонений в состоянии здоровья младших школьников в динамике обучения» <https://www.dissercat.com/content/osobennosti-formirovaniya-otklonenii-v-sostoyanii-zdorovya-mladshikh-shkolnikov-v-dinamike-о> (дата обращения 19.08.22)

⁵ Расчет границ 95% доверительного интервала по методу Уилсона с помощью калькулятора — <http://vassarstats.net/prop1.html> (дата обращения 28.08.2022)

Распространенность функциональных отклонений и хронических болезней среди младших школьников в динамике обучения в цифровой среде (в сравнении с «доцифровой» средой), %о

Функциональные отклонения и хронические болезни	Классы				
	1 класс		4 класс		
	цифровая среда	доцифровая среда	цифровая среда	доцифровая среда	
	n = 63	n = 201	n = 59	n = 260	
Пищеварительной системы					
функциональные	n	37	78	6	86
%о	587,3	388,0	101,7	330,8	
хронические	n	—	9	3	26
%о		44,8	50,8	100,0	
Костно-мышечной системы					
функциональные	n	25	120	42	169
%о	396,8*	597,0	711,9*	650,0	
хронические	n	12	37	13	39
%о	190,5	184,1	220,3	150,0	
Нервной системы и психической сферы					
функциональные	n	26	101	19	151
%о	412,7	502,5	322,0	580,8	
хронические	n	10	1	5	3
%о	158,7	5,0	84,7	11,5	
Глаза и его придаточного аппарата					
функциональные	n	12	45	26	90
%о	190,5**	223,9	440,7**	346,2	
хронические	n	1	3	3	9
%о	15,9	15,0	50,8	34,6	

* Различия значимы, при $p \leq 0,001$;

** различия значимы, при $p \leq 0,01$

зрения у их сверстников, обучавшихся в традиционной образовательной среде без использования электронных устройств, не наблюдается.

Полученные данные не противоречат научным публикации других авторов о комплексном влиянии применения цифровых средств обучения, в том числе на орган зрения. Прослеживаются сочетанные риски роста нарушения зрения и костно-мышечной системы, что определяется комбинированным воздействием на организм школьника различных факторов, приоритетным среди которых является нерегламентированное использование электронных устройств. Однако применение цифровых образовательных ресурсов в школе является управляемым фактором (в отличие от использования гаджетов в быту), поскольку для учебного процесса существуют (и постоянно обновляются и дополняются по результатам проводимых физиолого-гигиенических исследований) регламенты использования этих устройств и оптимальные условия их применения.

Вместе с тем, опрос медицинских работников образовательных организаций показал, что ряд респондентов не владеет информацией о видах электронных средств обучения, применяемых в курируемых школах. Большинство же опрошенных — 78,4% (ДИ составляет 69,8—87,0%) согласны с

утверждением, что «использование электронных средств создает потенциальный риск здоровью обучающихся и педагогов». Среди факторов риска, возникающих, например, при работе интерактивной панели, анкетированные чаще всего выбирали: «яркий свет (98,0%; ДИ 96,7—93,8%); электромагнитное излучение (78,4%; ДИ 69,8—87,0%)», превышение допустимых уровней которого при использовании современных моделей электронных средств регистрируется в меньшей степени. Напротив, например, повышение температуры воздуха и интенсификацию обучения при применении электронных средств медицинские работники не считают весомым фактором риска для здоровья. Эти факторы риска выбрали соответственно 35,2% (ДИ составляет 25,3—45,2%) и 22,7% (ДИ составляет 14,0—31,5%) респондентов. Вместе с тем, современные научные исследования показывают особую значимость указанных факторов риска [8]. Согласно ответам большинства анкетированных: к ним, как правило, не обращаются с различными жалобами на нарушение самочувствия, возникающими в процессе использования электронных средств обучения, ни педагоги, ни учащиеся, ни родители. Однако, данные литературы свидетельствуют о наличии различных жалоб на нарушение самочувствия школьников и педагогов после уроков с применением электронных средств, в частности, интерактивной панели [10, 11].

На вопрос анкеты: «Принимаете ли Вы участие в производственном контроле (и/или его организации) в образовательном учреждении?» 83,0% (ДИ 75,1%—90,8%) респондентов ответили отрицательно. Участие медицинских работников в создании безопасных для здоровья школьников условий обучения в цифровой образовательной среде, согласно ответам респондентов нашего исследования, заключается: в беседе с родителями и педагогами в 44,3% случаев (ДИ 34,0—54,7%); в оптимизации организации урока, контроле за длительностью использования электронных средств — лишь 13,6% (ДИ 6,5—20,8%) ответов. Не принимают участия в профилактических мероприятиях 42,0% (ДИ 31,7—52,4%) медицинских работников (преимущественно, медицинские сестры). Среди основных причин недостаточной вовлеченности в данное направление деятельности школьные медики выделяют: большую нагрузку (несколько образовательных организаций и/или зданий образовательных организаций); подчиненность поликлинике, что затрудняет контакт с администрацией школы; недостаточную оплату труда; несовершенство правовой базы по вопросам оказания медицинской помощи школьникам и т. д. Отраден тот факт, что большинство опрошенных (87,5%; ДИ 80,6—94,4%) видят свое участие профилактике нарушений здоровья обучающихся в цифровой образовательной среде.

Обсуждение

Проведенное лонгитюдное исследование заболеваемости младших школьников, показало, что в условиях цифровой среды проблема нарушения осанки, зрения обучающихся встала особенно остро.

Происходящие изменения свидетельствуют о необходимости актуализации знаний медицинских работников образовательных организаций по вопросам гигиенически рационального использования электронных средств, своевременного профилактирования возникновения и развития школьно-обусловленных заболеваний, в частности, нарушений органа зрения, костно-мышечной системы. Увеличение распространенности функциональных отклонений указанных систем уже в начальной школе, обусловленное высокой зрительной, статической нагрузкой, связанной с активным применением электронных средств обучения, в том числе электронных досок, свидетельствует о важности усиления профилактической работы по данному направлению, использованию лучших практик здоровьесбережения в школе [14]. Целесообразным является, например, проведение ежегодных осмотров офтальмологом для своевременной коррекции выявленных нарушений; возможность проведения на образовательной организации занятий ЛФК и т. п.

Появление новых цифровых технологий предполагает глубокий анализ их влияния на организм школьника, что требует проведения исследований на достаточно больших выборках в условиях «естественного» образовательного процесса школы.

Школьные медицинские работники выступают носителями знаний о физиологически оптимальных для организма школьника параметрах электронных устройств (яркости, контрастности экрана), микроклимата в классе и т. п. Именно к медикам школы могут и должны обратиться педагоги за консультацией и советом по вопросам соблюдения безопасных для здоровья условий обучения. Поэтому необходимо вооружить медиков «технологией контроля» за условиями и режимом использования цифровых устройств.

Кроме того, деятельность врача, среднего медицинского персонала по вопросам формирования здорового образа жизни, в частности, по режиму его жизнедеятельности, распространяется и на внешнюю жизнь ребенка: навыки общения с гаджетами, рациональное построение процесса выполнения уроков дома, важность прогулок, двигательной активности и т. д. Вынужденный дистанционный период обучения (во время пандемии COVID-19) высветил острую необходимость подобной методической помощи педагогам и практических советов обучающимся, родителям со стороны медицинских работников школы (по оптимальному построению учебного процесса, режима дня, минимизации негативных факторов и т. п.) [14].

Заключение

Таким образом, результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

— особенности состояния здоровья современных школьников, находящихся под влиянием новых «цифровых» факторов внутришкольной среды, определяют потребность в совершенствовании системы медицинской помощи в образовательных организациях, включающей

профилактику, раннюю диагностику, коррекцию выявляемых нарушений.

— актуализация комплекса мероприятий по профилактике возникновения и развития школьно-обусловленных заболеваний в условиях цифровой образовательной среды (реализации оптимальных условий и рационального режима использования электронных средств обучения и т. п.) обуславливает потребность в повышении компетенции врачей и среднего медицинского персонала (при обучении в медицинском колледже, ВУЗе, при повышении профессиональной квалификации и т. д.) по данному направлению деятельности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кондаков А. М., Сергеев И. С. Методология проектирования общего образования в контексте цифровой трансформации. *Педагогика*. 2021;(1):5—23.
2. Филькина О. М., Воробьева Е. А., Долотова Н. В., Кочерова О. Ю., Малышкина А. И. Длительность использования цифровых устройств как один из факторов риска развития миопии у школьников. *Анализ риска здоровью*. 2020;(4):76—83. doi: 10.21668/health.risk/2020.4.08.
3. Jian Wang, Mei Li, Daqiao Zhu, Yang Cao Smartphone Overuse and Visual Impairment in Children and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2020 Dec; 22(12): e21923. Published online 2020 Dec 8. doi: 10.2196/21923.
4. Gary W. Small, Jooyeon Lee, Aaron Kaufman, Jason Jalil, Prabha Siddarth, Himaja Gaddipati, Teena D. Moody, Susan Y. Bookheimer. Brain health consequences of digital technology use. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020 Jun; 22(2): 179—187. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.2/gsmall PMID: PMC7366948
5. Ra CK, Cho J, Stone MD, et al Association of digital media use with subsequent symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. *JAMA*. 2018;320(3):255—263. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
6. Скоблина Н. А., Попов В. И., Еремин А. Л., Маркелова С. В., Милушкина О. Ю., Обрубов С. А., Цамерян А. П. Риски развития болезней глаза и его придаточного аппарата у обучающихся в условиях нарушения гигиенических правил использования электронных устройств. *Гигиена и санитария*. 2021;100(3):279—284.
7. Шубочкина Е. И., Вятлева О. А., Блинова Е. Г. Риски ухудшения зрения и его прогрессирования у детей и подростков в современных условиях обучения и воспитания (научный обзор). *Здоровье населения и среда обитания*. 2022;(4):22—30.
8. Айзятובה М. В., Александрова И. Э., Мирская Н. Б., Исакова Н. В., Вершинина М. Г., Фисенко А. П. Влияние использования интерактивных панелей в процессе учебных занятий на основные параметры внутришкольной среды. *Здоровье населения и среда обитания*. 2021;2(335):17—23.
9. Александрова И. Э., Айзятובה М. В. Функциональное состояние организма младших школьников при использовании электронных средств обучения. *РМЖ. Мать и дитя*. 2022;5(2):157—163. doi: 10.32364/2618-8430-2022-5-2-157-163.
10. Степанова М. И., Березина Н. О., Поленова М. А. и др. Оценка самочувствия школьников на учебных занятиях с применением интерактивных панелей. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2020;(1):22—27.
11. Березина Н. О., Александрова И. Э., Айзятובה М. В., Мирская Н. Б. Использование интерактивных панелей на уроке и самочувствие школьников. *Здоровье населения и среда обита-*

ния. 2021;29(10):22—26. doi: 10.35627/2219—5238/2021-29-10-22-26.

12. Аксенова Е. И., Шкрумяк А. Р. Кадры здравоохранения в условиях внедрения цифровых систем. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(4):130—137.
13. Порецкова Г. Ю., Печуров Д. В., Рапопорт И. К. К вопросу о систематизации школьно-обусловленной патологии. *Здоровье населения и среда обитания*. 2018;(5):30—34.
14. Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю., Татариныч А. А., Федотов Д. М., Цамерян А. П., Добрук И. В. и др. Гигиенические проблемы охраны зрения школьников и студентов в условиях гиперинформационного общества. *Российская детская офтальмология*. 2017;(4):5—9.
15. Кучма В. Р., Седова А. С., Степанова М. И., Рапопорт И. К., Поленова М. А., Соколова С. Б., Александрова И. Э., Чубаровский В. В. Особенности жизнедеятельности и самочувствия детей и подростков, дистанционно обучающихся во время эпидемии новой коронавирусной инфекции (Covid-19). *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2020;(2):4—23.

REFERENCES

1. Kondakov AM, Sergeev IS. Methodology of designing general education in the context of digital transformation. *Pedagogy*. [Pedagogy]. 2021;(1):5—23. (In Russian).
2. Filkina OM, Vorob'eva EA, Dolotova NV, Kocherova OYu, Malyshekina A. I. The duration of the use of digital devices as one of the risk factors for the development of myopia in schoolchildren. *Health Risk Analysis*. [Analiz riska zdorov'yu] 2020;(4):76—83. (In Russian).
3. Jian Wang, Mei Li, Daqiao Zhu, Yang Cao Smartphone Overuse and Visual Impairment in Children and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2020 Dec; 22(12): e21923. Published online 2020 Dec 8. doi: 10.2196/21923.
4. Gary W. Small, Jooyeon Lee, Aaron Kaufman, Jason Jalil, Prabha Siddarth, Himaja Gaddipati, Teena D. Moody, Susan Y. Bookheimer. Brain health consequences of digital technology use. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020 Jun; 22(2):179—187. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.2/gsmall PMID: PMC7366948
5. Ra CK, Cho J, Stone MD, et al Association of digital media use with subsequent symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. *JAMA*. 2018; 320(3): 255—263. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
6. Skoblina NA, Popov VI, Eryomin AL, Markelova SV, Milushkina OYu, Obrubov SA, Tsameryan AP. Risks of developing diseases of an eye and its adnexa in students in conditions of the violation of hygienic rules for the use of electronic devices. *Hygiene and Sanitation*. [Gigiiena i sanitariya]. 2021;100(3):279—284. (In Russian). doi:10.47470/0016-9900-2021-100-3-279-284.
7. Shubochkina E. I., Vyatleva O. A., Blinova E. G. Risks of visual impairment and its progression in children and adolescents in modern conditions of education and upbringing (scientific review). *Public health and life environment*. [Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya], 2022;(4):22—30. (In Russian).
8. Ayzatova MV, Aleksandrova IE, Mirskaya NB, Isakova NV, Vershinina MG, Fisenko AP. The impact of using interactive panels in the learning process on the main parameters of the indoor school environment. *Public health and life environment*. [Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya]. 2021;2(335):17—23. (In Russian). doi:10.35627/2219—5238/2021-335-2-15-21.
9. Alexandrova I. E., Ayzatova M. V. Functional state of the body of elementary schoolchildren when using e-learning tools. *Russian Journal of Woman and Child Health*. [Russkiy meditsinskiy zhurnal. Mat' i ditya]. 2022;5(2):157—163. (In Russian). doi: 10.32364/2618-8430-2022-5-2-157-163.

10. Stepanova MI, Berezina NO, Polenova MA. et al. Assessment of students' well-being in class using interactive panels. *Problems of school and university medicine and health. [Voprosy shkol'noy i universitetskoy meditsiny i zdorov'ya]*. 2020;(1):22—27. (In Russian).
11. Berezina NO, Alexandrova IE, Azyatova MV, Mirskaya NB. The use of interactive panels in the classroom and health of schoolchildren. *Public health and life environment. [Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya]*. 2021;29(10):22—26. (In Russian). doi: 10.35627/2219—5238/2021-29-10-22-26.
12. Aksenova E. I., Shkrumyzk A. R. Healthcare personnel in the context of the introduction of digital systems. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2021;(4):130—137. (In Russian). doi: 10.25742/NRIPH.2021.04.018.
13. Poretskova G.Yu, Pechkurov D. V., Rapoport I. K. On the issue of systematization of school-conditioned pathology. *Public health and life environment [Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya]*. 2018;(5):30—34. (In Russian).
14. Skoblina N. A., Milushkina O. Yu., Tatarinchik A. A., Fedotov D. M., Tsameryan A. P., Dobruk I. V. et al. Hygienic problems of visual protection of schoolchildren and students in a hyperinformational society. *Russian ophthalmology of children. [Rossiyskaya det-skaya oftal'mologiya]*. 2017;(4):579. (In Russian).
15. Kuchma V. R., Sedova A. S., Stepanova M. I., Rapoport I. K., Polenova M. A., Sokolova S. B., Alexandrova I. E., Chubarovsky V. V. Features of life and well-being of children and adolescents studying remotely during the epidemic of a new coronavirus infection (Covid-19). *Problems of school and university medicine and health. [Voprosy shkol'noy i universitetskoy meditsiny i zdorov'ya]*. 2020;(2):4—23. (In Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.08.2022; одобрена после рецензирования 30.01.2023; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 30.08.2022; approved after reviewing 30.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.

Юбилейные и памятные даты

УДК 93/94

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.023

Юбилейные и памятные даты истории здравоохранения 2023 года Михаил Владимирович Поддубный¹, Ирина Валентиновна Егорышева², Елена Владимировна Шерстнева³

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

Аннотация. В статье представлены юбилейные и памятные даты истории медицины и здравоохранения 2023 года.

Ключевые слова: история медицины, 2023 год.

Anniversaries and memorial dates

Anniversary and memorable dates of the history health 2023

Poddubny M. V.¹, Egorysheva I. V.², Sherstneva E. V.³

FSSBI «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» 105064, Moscow, Russian Federation

Annotation. The article presents the anniversary and memorable dates of the history of medicine in 2023.

Keywords: *history of medicine, 2023.*

250 лет — первое описание Кавказских Минеральных Вод (И. А. Гюльденштедт, 1773).

225 лет — Медико-хирургические академии в Петербурге (с 1798 г.; с 1881 г. — Военно-медицинская академия) и Москве (1798—1804; 1837—1842).

150 лет — создание первого в России Врачебного совета при Шадринском земстве Пермской губернии (1873).

150 лет — первая в России санитарно-эпидемиологическая станция (Москва, 1873).

150 лет — Московское медико-филантропическое общество (1873).

150 лет — «Здоровье и воспитание в городе и за городом»: Актовая речь (Г. А. Захарьин, 1873).

125 лет — создание при Русском обществе охранения народного здравия Комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним (1898).

125 лет — Русский госпиталь — первое лечебное учреждение в Эфиопии (1898).

100 лет — I Всероссийское совещание по санитарной статистике (1923, 25—27 мая).

100 лет — I конференция, посвященная вопросам профессиональной гигиены (1923).

100 лет — Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского (Москва, 1923).

100 лет — Государственный институт социальной гигиены (Москва, 1923).

100 лет — первая в стране клиника социальных и профессиональных болезней при кафедре социаль-

ной гигиены медицинского факультета I Московского университета (1923).

100 лет — Декрет СНК РСФСР об организации курортного дела (1923, 13 марта).

100 лет — «Труды комиссии по обследованию санитарных последствий войны 1914 -1920 гг.» (Под ред. П. И. Куркина и П. А. Кувшинникова, 1923).

100 лет — «Социальная гигиена: Общественная медицина и социальная гигиена, как наука и как предмет преподавания в высшей школе» (З. Г. Френкель, 1923).

100 лет — журнал «Гигиена труда» (Москва, 1923—1928).

75 лет — объединение поликлиник с больницами в СССР (1948).

75 лет — утверждение номенклатуры санитарно-противоэпидемических учреждений здравоохранения в СССР (1948).

50 лет — «Положение о государственном санитарном надзоре в СССР» (1973).

50 лет — введена интернатура во всех медицинских институтах и медицинских факультетах университетов СССР (1973).

4 января — 175 лет со дня рождения Михаила Яковлевича КАПУСТИНА (1848—1920), российского гигиениста и общественного деятеля, земского санитарного врача, профессора Казанского университета. Рассматривал земскую медицину как новое, основанное на общественных началах самобытное

явление, присущее только России. Одним из первых поднял вопрос об учреждении Института общественной гигиены с целью широкой подготовки врачей-гигиенистов. Уделял большое внимание разработке вопросов общественной медицины, особенно земской, и осуществлению санитарно-гигиенических мероприятий на селе. Исследования посвящены проблемам гигиены воздуха и жилищ, гигиены питания, борьбе с отдельными инфекциями, вопросам планировки сельских больниц. Был председателем Казанского медицинского общества. Принимал активное участие в Пироговских съездах. Депутат II и III Государственной Думы.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

9 мая — 80 лет со дня рождения Александра Владимировича ШАБРОВА (1943, род. в Ленинграде), организатора медицинского образования и здравоохранения, специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения, академика РАН, заслуженного деятеля науки. В 1991—2011 гг. — ректор и одновременно заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсами семейной медицины и клинической фармакологии Северо-Западного медицинского университета им. И. И. Мечникова. С 2011 г. — главный научный сотрудник лаборатории нейроэкологии отдела экологической физиологии НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН. Основные направления научных исследований: экология, организация здравоохранения и медицинской науки; изучение различных аспектов общественного здоровья, реформирование здравоохранения. Предложил концепцию реформирования первичной медицинской помощи в Северо-Западном Федеральном округе и в Санкт-Петербурге. Удостоен Премии Правительства РФ (2000).

Соч.: Основы клинической гепатологии, заболевания печени и билиарной системы. Учеб. пособие. СПб., 2005. (Совм. с др.); Современные лекарственные средства: Клинико-фармакологический справочник практического врача. СПб., 2006. (Совм. с др.).

Лит.: А. В. Шабров // 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 426; people.su/123335

18 мая — 70 лет со дня рождения Рамила Усмановича ХАБРИЕВА (1953, род. в д. Таишево Кукморского района Татарской АССР), организатора здравоохранения, специалиста в области экономики здравоохранения, академика РАН, заслуженного врача. В 1989—1994 гг. — министр здравоохранения Республики Татарстан. В 1994—2001 гг. — начальник инспекции, начальник управления, руководитель Департамента Министерства здравоохранения РФ. С 2004 г. — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, одновременно (с 2000 г.) — заведующий кафедрой организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Первого Московского медицинского университета им. И. М. Сеченова. С 2007 г. — заместитель директора — начальник отдела Департамента социального развития и охраны

окружающей среды Правительства РФ. В 2013—2018 гг. — директор, с 2018 г. — научный руководитель Национального института общественного здравоохранения им. Н.А.Семашко. Основные направления научно-практической деятельности: повышение эффективности государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств; поиск оптимальных схем лекарственного обеспечения декретированных контингентов, законодательно-нормативная деятельность; фармакоэкономические исследования. В 2007 г. удостоен Премии Правительства РФ.

Соч.: Молекулярные механизмы нежелательных эффектов лекарственных средств. М., 2005. (Совм. с др.); Методологические основы фармакоэкономического анализа. М., 2011 (Совм. с др.).

Лит.: Р. У. Хабриев // 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 481; [ru/yandexsearch?text=Хабриев+Рамил+Усманович+академик+РАМН&lr=213](http://ru.yandexsearch?text=Хабриев+Рамил+Усманович+академик+РАМН&lr=213).

18 июля — 70 лет со дня рождения Сергея Никифоровича ПУЗИНА (1953, род. в поселке Низовая Хачмасского района Азербайджанской ССР), российского организатора здравоохранения, специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения, академика РАН, заслуженного деятеля науки. С 2000 г. — генеральный директор Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и одновременно (с 2001 г.) — заведующий кафедрой клинической педиатрии и организации геронтологической помощи Российской академии последиplomного образования. Исследования посвящены проблемам общественного здоровья и здравоохранения, инвалидности, в частности реинтеграции инвалидов в обществе, медико-социальной помощи пожилым людям. Результаты его исследований легли в основу большинства нормативно-методических документов, внедренных в деятельность Государственной службы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации РФ, и способствовали повышению эффективности медико-социального обслуживания населения и комплексной реабилитации инвалидов.

Соч.: Трудоспособность больных с посттромбофлебитической болезнью нижних конечностей. Казань, 1984; Инвалидность как геронтологическая проблема. М., 2003. (Совм. с др.); Медико-социальная реабилитация лиц пожилого и старческого возраста. М., 2007. (Совм. с др.); Организация геронтологической и геронтопсихиатрической помощи. М., 2007. (Совм. с др.); Судебная медико-социальная экспертиза. Правовые и организационные основы. М., 2010. (Совм. с др.).

Лит.: С. Н. Пузин // 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 469.

200 лет со дня рождения Сергея Павловича ЛОВЦОВА (1823—1876), российского деятеля русской общественной медицины, публициста. Редактор «Военно-медицинского журнала» (1862—1864),

«Архива судебной медицины и общественной гигиены» (1865—1870), в последнем журнале ввел раздел «Общественная гигиена». За цитирование «Капитала» К. Маркса снят с должности редактора. С 1875 г. редактор сборников сочинений по судебной медицине. Выдвинул предложение учредить санитарно-статистические бюро и гигиенические лаборатории. Редактор первого «Медико-топографического сборника» (1869—1870), в котором опубликовал разработанную им программу медико-топографического изучения различных местностей России и их оздоровления.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Каневский Л. О. С. П. Ловцов — редактор «Архива судебной медицины и общественной гигиены». Гигиена и санитария, 1951, 10

175 лет со дня рождения Пульхерии Ивановны ГЛУШАНОВСКОЙ-ЯКОВЛЕВОЙ (1848—1913, род. в Петербурге), одной из первых русских женщин-врачей. Окончила медицинский факультет университета в Цюрихе. С 1881 по 1908 гг. работала в Московском губернском земстве. Одна из основателей и с 1884 г. — заведующая земским оспенным телятником в Москве. Принимала активное участие в работе земского санитарного бюро. Первый председатель Пироговской комиссии по распространению гигиенических знаний в народе.

Соч.: Об оспопрививании в уездах Московской губернии в 1884 г. М., 1885.; Оспопрививание детритом в Московской губернии и губернский телятник. М., 1886.; Краткие сведения о разработке метрических данных по холерным эпидемиям Московской губернии. М., 1892.

Лит.: П. И. Глушановская-Яковлева. Сведения земской санитарно-врачебной организации Московской губернии. 1913. № 4. С. 566 -570.

175 лет со дня рождения Анны Николаевны ШАБАНОВОЙ (1848—1932, род. в Смоленской губернии), одной из первых русских женщин-врачей, педиатра, общественной деятельницы в области женского образования. Основные труды посвящены детским заболеваниям, вопросам вскармливания детей, призрения хронически больных детей. При ее участии были организованы лечебницы для хронически больных детей в Гатчине и детский санаторий близ Виндавы. Одна из инициаторов I Всероссийского женского съезда (1908). Председатель комите-

та Первой женской лиги мира в России (1899), вице-председатель Международного союза женщин (1912).

Соч.: К борьбе с хроническими недугами детей. СПб., 1897; О первой помощи в несчастных случаях до прибытия врача. СПб., 1901.; Очерк женского движения в России. СПб., 1912.

Лит.: Заблудовская Е. Д. Детский врач А. Н. Шабанова. Мед. сестра. 1954. № 11. С. 19—23; Павлучкова А. В. Первая женщина-педиатр герой труда А. Н. Шабанова // Фельдшер. и акуш. 1975. № 1. С. 41—42.

150 лет со дня рождения Евгения Порфирьевича ПЕРВУХИНА (1873—1941, род. в Москве), организатора здравоохранения. До 1917 г. работал в больничных кассах и больницах Петербурга. В 1918—1923 гг. возглавлял службу здравоохранения Петрограда. Под его руководством впервые было проведено объединение медико-санитарного дела и создан единый орган управления — Комиссариат здравоохранения Союза коммун Северной области. В 1923—1924 гг. руководил административным отделом Наркомздрава РСФСР. С 1924 г. находился на партийной работе в Ярославле и в Москве.

Лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; Базанов В. А. Е. Первухин. М., 1973.

150 лет со дня рождения Вениамина Яковлевича КАНЕЛЯ (1873—1918), российского социал-гигиениста, общественного врача, активного участника Пироговского общества и Московского общества фабричных врачей. Труды посвящены вопросам охраны здоровья рабочих, жилища, питания, воспитания, социальных болезней. Автор капитальной монографии по вопросам алкоголизма. С 1911 г. — редактор отдела профессиональной гигиены в журнале «Общественный врач».

Соч.: Фабричная медицина и бюрократия. М., 1906; Гигиена. Для фельдшерских и акушерско-фельдшерских школ. М., 1908; Алкоголизм и борьба с ним. М., 1914

Лит.: Бейлихис Г. А. Вопросы социальной медицины в трудах В. Я. Канеля (1873—1918). Советское здравоохранение, 1963, 4; Бейлихис Г. А. В. Я. Канель — активный участник борьбы за охрану здоровья рабочих в царской России. Гигиена и санитария, 1963, 6.