

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. № 3

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. № 3. 1—176.

Сдано в набор 11.09.2023.

Подписано в печать 26.09.2023.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 22,0. Усл. печ. л. 21,51. Уч.-изд. л. 25,38.

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. 3.

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	
Павлов Я. Н., Саввина Н. В. Социологическое исследование факторов риска репродуктивных потерь населения Магаданской области	5
Каунина Д. В., Васильева Т. П. Недостаточная приверженность иммунопрофилактике как детерминанта снижения физического состояния населения	11
Садькова Р. Н., Плутницкий А. Н., Мингазов Р. Н. Розацеа в международной практике: связь с соматической патологией пациентов, особенности косметологической помощи	20
Мартырозов А. В., Черкасов С. Н., Федяева А. В. Значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях	25
Загдын З. М., Кобесов Н. В., Дмитриева М. П., Печенкин А. В. Эффективность различных методов скрининга туберкулеза среди уязвимых групп населения (аналитический обзор)	30
Сафроненко В. А., Шин В. Ф., Меметова А. С., Мороз А. А., Ким Ю. Е., Фисунова А. Н., Гришин Д. В. Влияние пандемии COVID-19 на общую смертность населения на примере ростовской области	37
Мухаммадеева О. Р., Шарафутдинова Н. Х. Основные показатели диспансерного наблюдения взрослого населения с хроническими дерматозами	43
Найденова Н. Е., Ильинских Е. Н., Острикова О. И., Шиловская К. Ю., Комогорцева К. А., Ченуша Д. С., Богинская П. В., Семенова А. В. COVID-19 и хронические неинфекционные заболевания: анализ данных Федерального регистра в Томской области	48
Шинкарева Н. В., Вишнякова Н. А., Александрова О. Ю., Горенков Р. В., Шинкарев С. В., Кустов Е. В., Семенов Д. П., Зубко А. В. Кабинет хронических неинфекционных заболеваний как лучшая практика организации диспансерного наблюдения	56
Яковлева Т. П., Гапоненко А. В., Сошенко М. В., Шмырев В. И. Особенности формирования здоровья молодежи в условиях социально-экономической трансформации общества	63
Тасова З. Б. Заболеваемость раком шейки матки жительниц крупного административного центра	69
Морозова Е. А., Попсуйко А. Н., Данильченко Я. В., Казачек Я. В., Агиенко А. С., Артамонова Г. В. Структура занятости персонала при осуществлении медико-биологических научных исследований	74
Медведева Е. И., Крошилин С. В. Новые медицинские технологии: гендерные различия восприятия телемедицины .	79
Ростовская Т. К., Рычихина Н. С. Современные тенденции демографического развития мужского населения на примере Ивановской области	87
Лебедева У. М., Гришина Н. К., Мингазова Э. Н. Численность населения и ожидаемая продолжительность жизни в регионе Крайнего Севера в динамике двух десятилетий . . .	94
Бедарева В. Е., Варакина Ж. Л., Харькова О. А. Оценка доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний	99
Багирова А. П., Чжэнь В. Трансформация репродуктивной функции семьи и ее следствия: результаты динамики демографической политики в КНР	103
Наберушкина Э. К., Бессчетнова О. В., Волкова О. А. Гендерный подход к исследованию инвалидности и паллиативной помощи	108
Якушин М. А., Васильев М. Д., Бакирова Э. А., Воробьева А. В., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Заповитрянная А. А., Рубцова Н. И., Якушина Т. И. Организационные решения анализа старческой коморбидности	114
Ананченкова П. И., Аксенова Е. И. Развитие медико-географических исследований в контексте доступности медицинской помощи населению	123

PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE MANAGEMENT

Pavlov Y. N., Savvina N. V. Sociological research of risk factors of reproductive losses of the population of the Magadan region	5
Kaunina D. V., Vasilieva T. P. Insufficient adherence to immunoprophylaxis as a determinant of the population physical condition decrease	11
Sadykova R. N., Plutnicki A. N., Mingazov R. N. Rosacea in international practice: relationship with somatic pathology of patients, features of cosmetological care	20
Martirosov A. V., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V. The importance of a responsible attitude to one's own health as a social characteristic of a patient in the formation of his attitude to the organization of medical care provided on an outpatient basis	25
Zagdyn Z. M., Kobesov N. V., Dmitrieva M. P., Pechenkin A. V. Efficacy of various TB screening methods in vulnerable groups (analytical review)	30
Safronenko V. A., Shin V. F., Memetova A. S., Moroz A. A., Kim Yu. E., Fisunova A. N., Grishin D. V. The impact of the COVID-19 pandemic on the overall mortality of the population on the example of the Rostov region	37
Mukhamadeeva O. R., Sharafutdinova N. Kh. The main indicators of dispensary observation of the adult population with chronic dermatoses	43
Naydenova N. E., Ilinskikh E. N., Ostriкова O. I., Shilovskaya K. Yu., Komogortseva K. A., Chenusha D. S., Boginskaya P. V., Semenova A. V. COVID-19 and chronic non-communicable diseases: analysis of data from the Federal Register in the Tomsk region	48
Shinkareva N. V., Vishnyakova N. A., Alexandrova O. Yu., Gorenkov R. V., Shinkarev S. V., Kustov E. V., Sementsov D. P., Zubko A. V. The office of chronic non-communicable and infectious diseases is the best practice for organizing dispensary observation	56
Yakovleva T. P., Gaponenko A. V., Soshenko M. V., Shmyrev V. I. Features of youth health formation in conditions of socio-economic transformation of society	63
Tasova Z. B. Incidence of cervical cancer in women living in a large administrative center	69
Morozova E. A., Popsuiko A. N., Danilchenko Ya. V., Kazachek Y. V., Agienko A. S., Artamonova G. V. Working day structure of personnel in biomedical research	74
Medvedeva E. I., Kroshilin S. V. New medical technologies: gender differences in the perception of telemedicine	79
Rostovskaya T. K., Rychikhina N. S. Modern trends in the demographic development of the male population on the example of the Ivanovo region	87
Lebedeva U. M., Grishina N. K., Mingazova E. N. Population and life expectancy in the Far North region in the dynamics of two decades	94
Bedareva V. E., Varakina Z. L., Kharkova O. A. Accessibility and quality assessment of medical and social rehabilitation of disabled people due to occupational injuries and diseases	99
Bagirova A. P., Zhen B. The transformation of family reproductive function and its consequences: results of demographic policy dynamics in the PRC	103
Naberushkina E. K., Besschetnova O. V., Volkova O. A. Gender approach to disability and palliative care research	108
Yakushin M. A., Vasiliev M. D., Bakirova E. A., Vorobyova A. V., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Zapovitryannaya A. A., Rubtsova N. I., Yakushina T. I. Organizational decisions of the analysis of senile comorbidity	114
Ananchenkova P. I., Aksenova E. I. Development of medico-geographical research in the context of accessibility of medical care to the population	123

Вигдорчик Я. И., Боровиков В. В. Современные подходы к совершенствованию корпоративной системы охраны здоровья трудящихся 127

Зудин А. Б., Гурицкой Л. Д., Мелерзанов А. В. Внедрение концепции Knowledge management (управление знаниями) в деятельности медицинских организаций 132

Патрушев М. А., Найговзина Н. Б. Результаты социологического опроса населения по вопросу участия в профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации ... 138

История медицины

Саркисов А. С. Выдающийся российский ученый М. С. Бала-
ян (11.05.1933—5.11.2000) 143

Кузьмина Ю. А., Слышкин Г. Г., Чиж Н. В. Коммуникативные технологии санитарного просвещения 147

Трегубов В. Н. Сохраняя и укрепляя память о первом руко-
водителе кафедры социальной гигиены Н. А. Семашко в
Сеченовском Университете (к 150-летию со дня рожде-
ния) 153

Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Сорокина Т. С. Пирогов-
ские съезды о проблемах организации фармацевтическо-
го дела в России 158

Завьялов А. И., Райкова С. В., Мясникова И. В., Петров В. В.
Вклад медицинской общественности, земских и частно-
практикующих врачей в борьбу и профилактику соци-
альных болезней в Саратовской губернии в конце XIX —
начале XX вв. 163

Пашков К. А., Нагиева И. Э., Паренькова О. Р., Шадрин П. В.
Профессор А. И. Дойников — легенда отечественной
стоматологии. К 105-летию со дня рождения 169

Рецензии

Чичерин Л. П. Рецензия на диссертацию Татарковой Ю. В.
«Научное обоснование мероприятий по совершенствова-
нию офтальмологической помощи студентам на примере
медицинского вуза», выполненную на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук по специальности
3.2.3 — общественное здоровье, организация и социоло-
гия здравоохранения 175

Vigdorchik Y. I., Borovikov V. V. Modern approaches to improving
the corporate system of health care for workers

Zudin A. B., Gurtskoi L. D., Melerzanov A. V. Implementation of
the knowledge management concept in the activities of medi-
cal organizations

Patrushev M. A., Naygovzina N. B. Results of a survey of the pop-
ulation on the issue of participation in check-ups and screen-
ing programs

History of medicine

Sarkisov A. S. Outstanding Russian scientist M. S. Balayan
(11.05.1933—5.11.2000)

Kuzmina Yu. A., Slyshkin G. G., Chizh N. V. Communicative
technologies of public health education

Tregubov V. N. Preserving and strengthening the memory of the
first head of the department of social hygiene N. A. Semash-
ko at Sechenov University (to the 150th anniversary of his
birth)

Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Sorokina T. S. Pirogov con-
gresses on the problems of pharmaceutical business organiza-
tion in Russia

Zavyalov A. I., Raikova S. V., Myasnikova I. V., Petrov V. V. Con-
tribution of the medical community, zemstvo and private
practitioners to the fight and prevention of social diseases in
the Saratov province in the late twentieth and early twentieth
centuries

Pashkov K. A., Nagieva I. E., Paren'kova O. R., Shadrin P. V. Prof.
A. I. Doinikov — a legend of Russian stomatology. On the
105th anniversary of his birth

Reviews

Chicherin L. P. Review of Tatarcova Yulia Vladimirovna's «Scien-
tific justification of measures to improve ophthalmic care for
students using the example of a medical university», per-
formed by specialty 3.2.3 — public health, health organiza-
tion and sociology

Общественное здоровье и организация здравоохранения

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.001

Социологическое исследование факторов риска репродуктивных потерь населения Магаданской области

Ярослав Николаевич Павлов¹, Надежда Валерьевна Саввина²

^{1,2}ФГАОУ ВО «СВФУ имени М. К. Аммосова», Якутск, Российская Федерация

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

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

Аннотация. В статье представлены результаты проведенного авторского опроса по проблеме репродуктивных потерь населения на базе ОГБУЗ «Магаданский родильный дом». На первом этапе были выявлены факторы риска репродуктивных потерь у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом, включая психологическое, материальное состояние и непосредственно данные анамнеза. Анализ последующих результатов анкетирования 400 женщин с высоким риском репродуктивных потерь позволил выявить низкие уровни обеспеченности женщин составляющими медико-генетической помощи. Установлена низкая удовлетворенность обеспеченностью льготными препаратами, информационными средствами по предупреждению репродуктивных потерь. Определены меры медицинского и управленческого характера, которые способствуют улучшению медико-генетического обслуживания женщин в направлении предупреждения репродуктивных потерь: повышение социальной и информационной обеспеченности; льготными и безвозмездными медико-генетическими обследованиями, медицинскими препаратами и витаминными комплексами.

Ключевые слова: Репродуктивные потери, факторы риска репродуктивных потерь, социо-поведенческие факторы, анкетирование, экспертный опрос.

Для цитирования: Павлов Я. Н., Саввина Н. В. Социологическое исследования факторов риска репродуктивных потерь населения Магаданской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 5—10. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.001.

Public health and healthcare management

Original article

Sociological research of risk factors of reproductive losses of the population of the Magadan region

Yaroslav N. Pavlov¹, Nadezhda V. Savvina²

^{1,2}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 presents the results of the author's survey on the problem of reproductive losses of the population on the basis of the OGBUZ «Magadan maternity hospital». At the first stage, risk factors for reproductive losses were identified in patients with a burdened obstetric history, including psychological, material condition and direct anamnesis data. The analysis of the subsequent results of the survey of 400 women with a high risk of reproductive losses revealed low levels of provision of women with components of medical and genetic care. Low satisfaction with the provision of preferential drugs, information tools for the prevention of reproductive losses has been established. Measures of a medical and managerial nature have been identified that contribute to improving medical and genetic services for women in the direction of preventing reproductive losses: increasing social and information security; preferential and gratuitous medical and genetic examinations, medical preparations and vitamin complexes.

Key words: reproductive losses, risk factors of reproductive losses, social and behavioral factors, questionnaire, expert survey.

For citation: Pavlov Y. N., Savvina N. V. Sociological research of risk factors of reproductive losses of the population of the Magadan region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):5–10. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.001.

Введение

Репродуктивные потери — потеря продуктов зачатия на всех этапах развития плода в результате са-

мопроизвольного и вынужденного прерывания беременности, мертворождаемости, а также смерти детей первого года жизни [1]. Согласно Междуна-

родной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), к репродуктивным потерям (РП) относят спонтанные аборт, замершие и внематочные беременности [2].

Первоочередными для рисков роста РП являются группа социо-поведенческих причин (социокультуральный и образовательный уровень, стиль жизни, курение, употребление алкоголя и психоактивных веществ и т. д.) [3]. Многими исследованиями определяется, что курение, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами оказывает значительное влияние на увеличение уровней ВПР плода и рисков роста РП [4]. Следует указать, что группа социо-поведенческих факторов риска относятся к так называемым управляемым [5]. Для снижения негативного влияния на эмбрион и развивающийся плод алкоголя, наркотических и токсических и психоактивных веществ в современных в национальных клинических протоколах предусмотрены шаги обращения таких матерей (будущих родителей) к программам поддержки и т. д. Консультирование беременных с участием акушеров-гинекологов и клинических генетиков и других специалистов способны повысить уровень оказания консультационной помощи женщинам репродуктивного возраста.

Методы

Учитывая вышеизложенное, за период 2016—2022 гг. нами было проведено анкетирование 400 женщин, имевших РП в анамнезе, которые находились под наблюдением специалистов ОГБУЗ «Магаданский родильный дом» по вопросам оценки качества медико-социальной помощи. Заполнение анкет проводилось во время консультирования женщин по планированию будущей беременности и проведения соответствующей консультационной помощи добровольно и анонимно.

На основе использования метода моделирования определены перспективы развития медико-социальной помощи женщинам Магаданской области с РП в анамнезе с учетом данных новейших исследований [6]. Оценка эффективности модели профилактики РП проводилась методом экспертных оценок. Экспертная оценка была осуществлена путем опроса привлеченных в качестве экспертов 25 опытных соответствующих экспертов-специалистов в отраслях практической (акушерство и гинекология, педиатрия, генетика [7]) и социальной медицины по 10-балльной шкале по следующим компонентам профилактической помощи: этапность, преемственность, комплексность, безопасность и удобство, экономическая целесообразность, возможные недостатки, полнота охвата, влияние на индивидуальные и популяционные риски генетически обусловленных репродуктивных потерь, продолжительность и качество жизни и уровни обращений за медицинской и правовой или психологической помощью. Следует отметить, что средний возраст привлеченных нами экспертов составлял $56,34 \pm 3,18$ лет при

общем стаже работы в медицине $33,5 \pm 4,12$ лет, в том числе по своей специальности — $29,14 \pm 3$.

Результаты

Для опроса был использован авторский медико-анамнестический опросник с акцентом на наиболее распространенные факторы риска РП и внутренних пороков развития (ВПР) плода и определение уровней обеспеченности этих женщин составляющими медико-генетической помощи и основных мероприятий по предупреждению РП.

Согласно задачам исследования проведено определение удовлетворенности основными составляющими медико-генетической помощи и основных мер по предупреждению РП. Так, при опросе женщин с РП в анамнезе мы констатировали достаточно низкие уровни составляющими медико-генетической помощи, что отражено в таблице 2.

Было установлено, что менее всего опрошенные женщины с РП в анамнезе были удовлетворены обеспеченностью льготными препаратами (216 человек; 54,00%) и третичной (акушерско-гинекологической и медико-генетической) медицинской помощью (218 пациенток; 54,50%). Более половины опрошенных женщин были удовлетворены проведением консультаций (146 человека; 61,50%), информационными средствами по предупреждению РП (252 опрошенных; 63,00%), вторичной медицин-

Таблица 1
Характер репродуктивных потерь у пациенток диагностической группы с отягощенным акушерским анамнезом (абс. ч.; %)

РП в анамнезе	Абс. ч.	%
Один непроизвольный аборт	46	14,94
Два и более самопроизвольных аборта	38	12,34
Одна внематочная беременность	16	5,19
Две внематочные беременности	2	0,65
«Замершая» беременность	82	26,62
Антенатальная гибель плода	16	5,19
Ранняя неонатальная смерть	6	1,95
Множественные ВПР плода, несовместимые с жизнью	2	0,65
Вторичное бесплодие	14	4,55
Различные комбинации РП	86	27,92
Всего...	308	100,00

Таблица 2
Обеспеченность пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе, составляющими медико-генетической помощи (абс. ч.; %)

Составляющие помощи	Удовлетворенность помощью	
	абс. ч.	%
Удовлетворенность льготными препаратами	216	54,00
Удовлетворенность третичной (акушерско-гинекологической и медико-генетической) медицинской помощью	218	54,50
Удовлетворенность консультационной помощью	246	61,50
Удовлетворенность информационными средствами по предупреждению РП	252	63,00
Удовлетворенность вторичной медицинской помощью (акушерско-гинекологической и медико-генетической)	268	67,00
Удовлетворенность санаторно-курортным лечением	274	68,50
Удовлетворенность льготной помощью	286	71,50
Удовлетворенность первичной медицинской помощью	308	77,00
Удовлетворенность быстрой и неотложной помощью	348	87,00

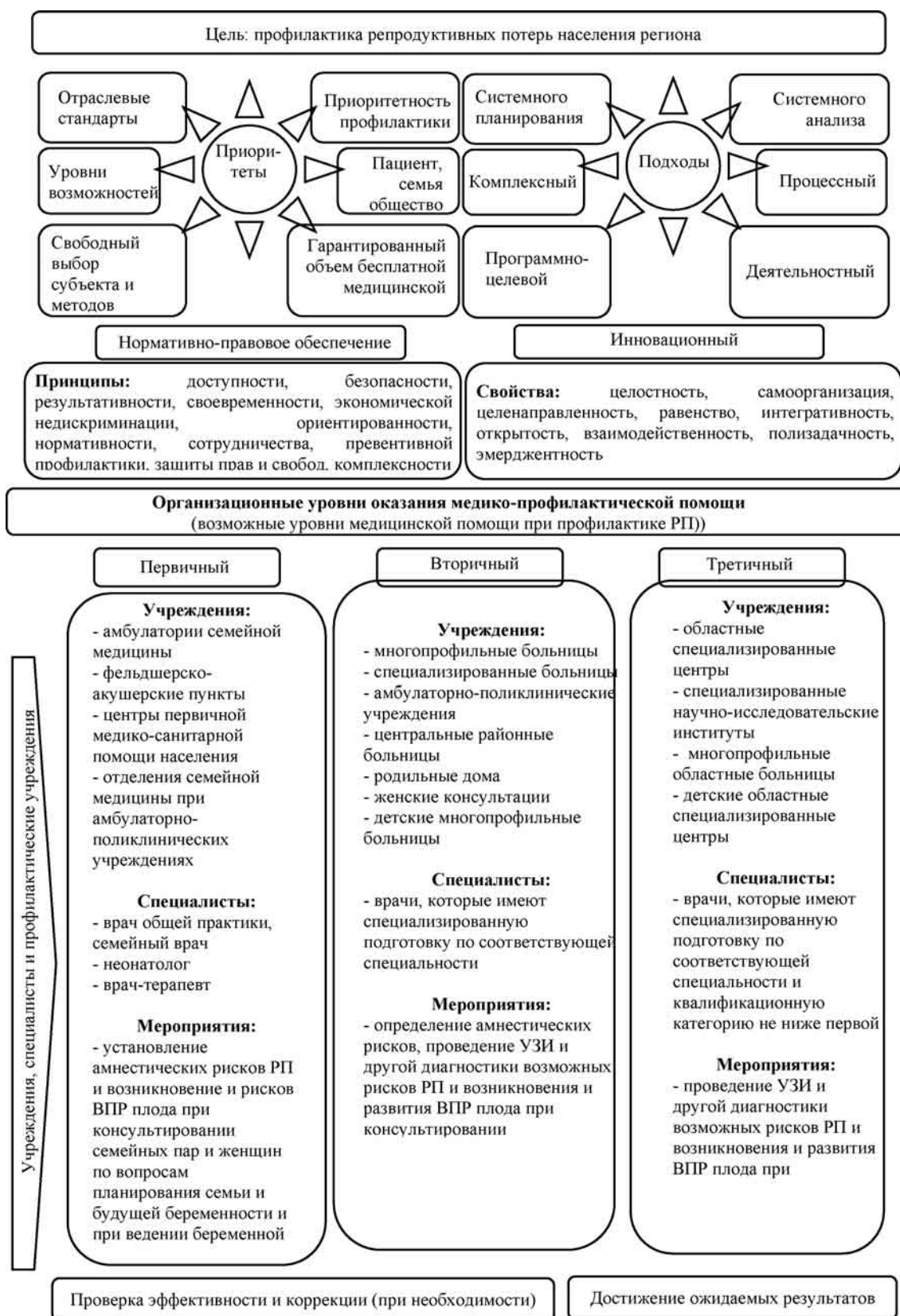


Рис. 1. Организационные уровни оказания медико-профилактической помощи

ской помощью (акушерско-гинекологической и медико-генетической) (268 пациентки; 67,00%) и санаторно-курортным лечением (274 человек; 68,50). Наиболее опрошенные женщины отмечали удовлетворенность предоставлением льготной помощи (286 женщины; 71,50), первичной медицинской помо-

щью (308 опрошенных; 77,00%) и быстрой и неотложной помощью (348 опрошенных; 87,00%), что отражено в таблице 2.

Для повышения удовлетворенности и обеспеченности женщин с РП в анамнезе медико-генетической помощью опрошенные отмечали необходи-

мость внедрения целого ряда мер медицинского и управленческого характера, основные из которых представлены на Рис. 1.

Оптимизированная модель профилактики РП разработана с учетом подходов системного планирования, системного анализа, комплексного, процессного, программно-целевого, деятельностного и инновационного. Модель обладает свойствами целостности, самоорганизации, целеустремленности, равновесия, интегративности, открытости и взаимодействия (внутренние и внешние каналы взаимодействия), полизадачности и эмерджентности и включает в себя основные цели и приоритеты (признание профилактического направления РП приоритетным направлением деятельности отрасли здравоохранения; ориентированности на пациента, его семью и общество в целом; равные возможности; гарантированный объем безвозмездной медицинской помощи; свободный выбор субъекта медицинской помощи и осознанный выбор методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний; функциональные и действенные принципы для достижения ожидаемых результатов.

Эффективное и бесперебойное функционирование разработанной оптимизированной модели профилактики РП обязательно предусматривает проверку ее эффективности и действенности и налаживания действенных механизмов «обратной связи» для возможности своевременного вмешательства и корректировки (при необходимости) при выявлении сбоев и разбалансированности. Основным механизмом, позволяющим действенно и эффективно функционировать оптимизированной модели и сочетающей все ее компоненты, является ее цель: профилактика РП.

Оптимизированная модель действенно функционирует при условии выполнения основных ее приоритетов, определенных с учетом основных законодательных актов по оказанию первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, которые оказывают медицинскую помощь соответствующего вида:

- признание профилактического направления РП приоритетным направлением деятельности отрасли здравоохранения — с учетом приоритетности сохранения и улучшения показателей здоровья населения в целом и будущего поколения как основных приоритетов развития и первоочередных задач региона;
- ориентированности на пациента, его семью и общество в целом — вовлечение как самого пациента, так и его семьи и целого общества в процесс принятия соответствующих решений по применению необходимого уровня медицинских вмешательств (диагностика, профилактика, лечение);
- равные возможности — независимость объема помощи и возможностей ее получения от финансовых, расовых, религиозных, национальных, политических или других возможностей и убеждений или социального происхожде-

ния или имущественного или иного положения;

- гарантированный объем безвозмездной медицинской помощи — регулирование на уровне государства получения безвозмездного объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий по снижению уровней РП;
- свободный выбор субъекта медицинской помощи и осознанный выбор методов профилактики, диагностики и лечения — учет возможностей для пациента свободно выбирать учреждения специалистов для оказания помощи и владеть в полном объеме информацией о применяемых методах профилактики, диагностики и лечения;
- соблюдение отраслевых стандартов в сфере здравоохранения — проведение всех лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с принятыми программами, протоколами и стандартами оказания помощи;
- принятие и введение в действие соответствующих нормативно-правовых актов — на государственном уровне внедрение необходимого объема соответствующих целевых программ по профилактике, диагностике и лечению РП.

Оптимизированная модель профилактики РП предусматривает необходимые эффективные медико-организационные воздействия на женщину через все возможные организационные уровни оказания медико-профилактической помощи (возможные уровни вмешательства при профилактике РП: первичный, вторичный и третичный) для достижения ожидаемых результатов и понижения популяционных уровней РП). Модель эффективно и бесперебойно действует при обязательной проверке ее эффективности и действенности и отлаженной «обратной связи» для возможности своевременного вмешательства и корректировки (при необходимости) при выявлении любых внутренних или внешних сбоев и/или разбалансировок.

В таблице 3 было определено, что первые ранги среди этих мероприятий занимали следующие: повышение социальной и информационной обеспеченности — 366 (91,50%) человека; увеличение охвата беременными медико-генетическими обследованиями — 356 (89,00%) опрошенных; улучшение обеспеченности льготными и безвозмездными медико-генетическими обследованиями, медицинскими препаратами и витаминными комплексами — 348 (87,00%) женщины; улучшение материально-технической базы медико-генетических учреждений — 346 (86,50%) пациентки. Кроме того, обследованные для улучшения качества их медико-генетического обслуживания отмечали необходимость достаточного объема финансирования — 336 (84,00%) человек; улучшение льготного санаторно-курортного обслуживания беременных — 336 (84,00%) женщин; проведение психологического консультирования перед планированием беременности — 318 (79,50%) пациенток; создание специализированных медико-генетических учреждений — 312 (78,00%); улучше-

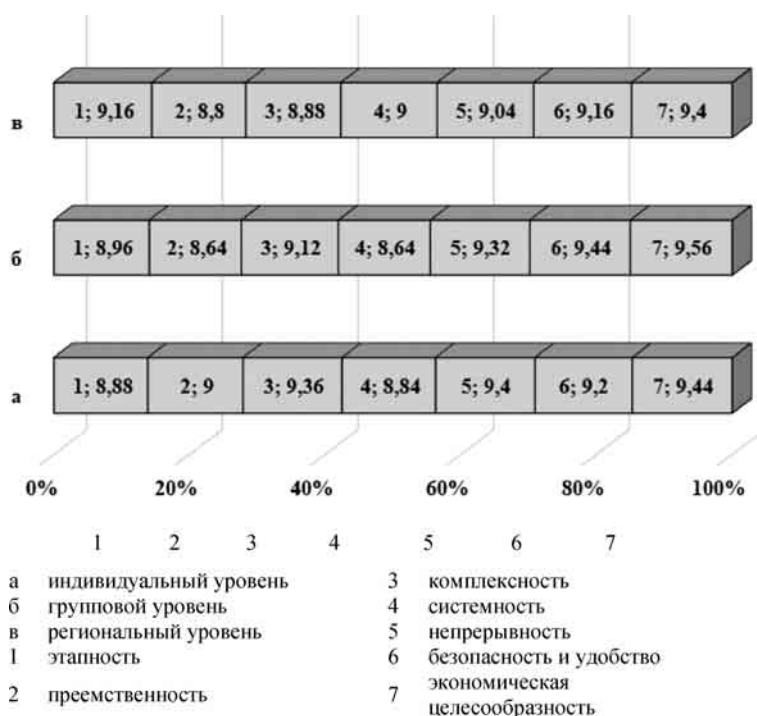


Рис. 4. Результаты экспертных оценок медико-социальной эффективности и экономической действенности внедрения оптимизированной модели профилактики РП (среднее значение по 10-балльной шкале, М±m).

ние консультационной помощи — 294 (73,50%) обследованных и улучшение медико-генетического обслуживания — 286 (71,50%) опрошенных. Последние места занимали следующие мероприятия: повышение роли третичной (272 человек; 68,00%) и вторичной (246 женщины; 61,50%) медико-санитарной помощи; увеличение соответствия организации медико-генетической диагностики и консультирования с учетом современных клинических требо-

ваний — 242 (60,50%); повышение уровня профессиональной подготовки медицинских специалистов (168 человека; 42,00%) и роли первичной медико-санитарной помощи — 168 (42,00%) женщины.

Полученные результаты экспертной оценки даны нами в таблице 3. Так, по выводам экспертов, наивысшую оценку медико-социальной эффективности и экономической действенности модели профилактики РП получила экономическая целесообразность ее внедрения на всех уровнях помощи: индивидуальном (9,44±0,10) баллов), групповом (9,56±0,10) и популяционном (9,40±0,10).

Кроме того, и другие характеристики экспертных оценок отметились достаточно высокими прогнозируемыми уровнями оценки. Управляемость вышеуказанными факторами риска роста РП заключается в выполнении рекомендаций врачей, предупреждении стрессогенных факторов, нормализации питания, отказе от вредных условий труда, нормализации режима труда и отдыха, адекватных физических и информационных нагрузках, отказе от вредных привычек и тому подобное. Все эти меры учитываются акушерской службой при выполнении ПКП. При этом, наиболее эффективными методами предупреждения РП авторы считают проведение качественной консультационной работы.

Выводы

По результатам проведенного опроса выяснены достаточно низкие уровни обеспеченности женщин составляющими медико-генетической помощи. Установлена низкая удовлетворенность обеспеченностью льготными препаратами (54,00%) и третичной медицинской помощью (54,50%), проведением преемственной подготовки (61,50%), информационными средствами по предупреждению репродуктивных утрат (63,00%), вторичной медицинской помощью (67,00%) и санаторно-курортным лечением (68,50%). Определены меры медицинского и управленческого характера, которые должны способствовать улучшению медико-генетического обслуживания женщин в направлении предупреждения репродуктивных потерь: повышение социальной и информационной обеспеченности (91,50%); льготными и безвозмездными медико-генетическими обследованиями, медицинскими препаратами и витаминными комплексами (87,00%).

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. Губина О. В., Проворова А. А. Роль инноваций в решении демографических проблем Арктики: опыт изучения восприятия населением. *Арктика и Север*. 2021;(44):130—157.
4. Адушев М. Н. Демография и экономика России: зависимость, проблемы и возможности их решения. *Региональная экономика и управление: электронный научный журнал*. 2021;68(4):41.

Таблица 3

Экспертные оценки медико-социальной эффективности и экономической действенности внедрения оптимизированной модели профилактики генетически обусловленных репродуктивных потерь (среднее значение по 10-балльной шкале, М±m)

Параметры оценки	Индивидуальный уровень	Групповой уровень	Региональный уровень
Этапность	8,88±0,18	8,96±0,12	9,16±0,12
Преемственность	9,00±0,15	8,64±0,14	8,80±0,14
Комплексность	9,36±0,10	9,12±0,12	8,88±0,13
Системность	8,84±0,15	8,64±0,16	9,00±0,13
Непрерывность	9,40±0,12	9,32±0,11	9,04±0,15
Безопасность и удобство	9,20±0,13	9,44±0,10	9,16±0,12
Экономическая целесообразность внедрения	9,44±0,10	9,56±0,10	9,40±0,10
Возможные недостатки	—	—	—
Полнота охвата профилактической помощью		8,76±0,18	
Индивидуальный риск генетически обусловленных РП		9,04±0,16	
Популяционный риск генетически обусловленных РП		8,84±0,17	
Продолжительность жизни		8,88±0,13	
Качество жизни		9,24±0,10	
Обращение за медицинской помощью		7,96±0,15	
Обращение за правовой/психологической помощью		8,32±0,16	
Другое		—	

5. Medvedev A. V., Ustinova O. V. A Sociological approach to the management of reproduction of the population. *Modern problems of science and education*. 2015;(2(part 2):669—669.
6. 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.
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. 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).
4. 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).
5. Medvedev A. V., Ustinova O. V. A Sociological approach to the management of reproduction of the population. *Modern problems of science and education*. 2015;(2(part 2):669—669.
6. 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 korenogo 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).
7. Yatsenko A. N., Turek P. J. Reproductive genetics and the aging male. *J Assist Reprod Genet*. 2018;35(6):933—941.

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 27.12.2022; одобрена после рецензирования 25.01.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 27.12.2022; approved after reviewing 25.01.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Обзор

УДК 614.47

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.002

Недостаточная приверженность иммунопрофилактике как детерминанта снижения физического состояния населения

Дарья Владимировна Каунина¹, Татьяна Павловна Васильева²

^{1,2}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

¹dkaunina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2369-7811>

²Vasileva_tp@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

Аннотация. Представлен обзор научной литературы с использованием электронных библиотек E-library, Scopus, PubMed, CyberLeninka и РИНЦ, посвященных проблемам общественного здоровья, связанных с отказами от вакцинации. Проанализирована степень изученности темы в данной области научных интересов, что позволило определить приверженность населения иммунопрофилактике и уровень специфической иммунорезистентности как детерминант физического состояния населения в целом. В ходе анализа, систематизации и обобщения информации выявлены значительные проблемы, связанные с несовершенством организации работы по иммунопрофилактике. В данной статье кластерно сгруппированы основные причины отказа от вакцинации по результатам исследований, проведенных как в России, так и за рубежом. Критерием отбора публикаций было содержание в актуальных исследованиях конкретных факторов отказов от прививок. Автор показывает обусловленность отношения к вакцинации следующими показателями: формирование мотивации или приверженности населения иммунопрофилактике, уровень доверия «официальной» медицине, информированность о рисках вакцинации, совершенство нормативно-правового регулирования в области вакцинопрофилактики, вклад ресурсной составляющей, влияние социального окружения. Впервые разделены причины отказа от вакцинации в зависимости от «историчности» заболевания.

Ключевые слова: отказ, вакцинация, иммунопрофилактика, приверженность, детерминант, физическое состояние.

Для цитирования: Каунина Д. В., Васильева Т. П. Недостаточная приверженность иммунопрофилактике как детерминанта снижения физического состояния населения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 11—19. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.002.

Review

Insufficient adherence to immunoprophylaxis as a determinant of population physical condition decrease

Darya V. Kaunina¹, Tatiana P. Vasilyeva²

^{1,2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

¹dkaunina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2369-7811>

²Vasileva_tp@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4831-1783>

Annotation. The review of scientific literature with the use of electronic libraries like E-library, Scopus, PubMed, CyberLeninka and RSCI devoted to public health problems related to vaccination refusals is presented in this article. The degree of study of the topic in this area of scientific interests has been analyzed, which made it possible to determine the commitment of the population to immunoprophylaxis and the level of specific immunoresistance as a determinant of the physical condition of the population as a whole. There are significant problems associated with the imperfection of the organization of work on immunoprophylaxis have been identified during the analysis, systematization and generalization of information, were. The main reasons of vaccination refusal are clustered in this article in accordance with the results of studies conducted both in Russia and abroad. The criterion for the publications selection was the content of specific factors of vaccination refusals in current studies. The author shows the conditionality of the attitude to vaccination by the following indicators: the motivation formation or population adherence to immunoprophylaxis, the level of trust in «official» medicine, risks of vaccination awareness, the of perfection regulatory coordination in the field of vaccination, the contribution of the resource component, the influence of the social environment. For the first time, the reasons for refusing vaccination are divided depending on the «historicity» of the disease.

Keywords: refusal, vaccination, immunoprophylaxis, adherence, determinant, physical condition.

For citation: Kaunina D. V., Vasileva T. P. Insufficient adherence to immunoprophylaxis as a determinant of the population physical condition decrease. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):11–19. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.002.

Актуальность

Общеизвестное толкование Всемирной организации здравоохранения понятия «общественного

здоровья как медико-социального ресурса и потенциала общества, способствующего обеспечению национальной безопасности» в последние годы, когда

все страны мира были вовлечены в пандемию COVID-19, становится как никогда актуальным. Несмотря на то, что это определение дано ВОЗ давно критерии общественного здоровья еще не разработаны. С точки зрения ВОЗ могут использоваться такие как:

- отчисление валового национального продукта (ВНП) на здравоохранение;
- доступность первичной медико-социальной помощи, включая профилактическую медицину;
- гигиеническая грамотность населения;
- уровень иммунизации населения;
- уровень детской смертности и состояния питания детей;
- средняя продолжительность предстоящей жизни;
- степень обследования беременных медицинским персоналом.

В то же время анализ этих критериев показывает, что они, в большей степени, отражают степень принимаемых мер государством на разных уровнях управления детерминантами общественного здоровья, в том числе величину межведомственного взаимодействия, уровень грамотности населения и качество организации медицинской помощи, здоровье населения, чем состояние самого общественного здоровья как медико-социального ресурса и потенциала общества. При этом методическая обоснованность этих критериев различна. Так, если такой показатель здоровья населения, как ожидаемая продолжительность здоровой жизни широко и подробно представлен в научной литературе и практике, то подход, определяющий уровень специфической иммунорезистентности в качестве компонента физического состояния населения, являющегося составляющей медико-биологической детерминанты улучшения общественного здоровья в современной науке, не изучен.

Несмотря на то, что иммунизация признана стратегическим и эффективным направлением профилактической медицины как в России, так и во всем мире, имеет место глобальное увеличение отказов от вакцинации. В 2019 году Всемирная организация здравоохранения впервые включила в перечень проблем здравоохранения снижение охвата населения вакцинацией: с 86% в 2019 г. до 83% в 2020 г.¹ В своей Программе действий в области иммунизации на период до 2030 г. ВОЗ обозначила комплексные цели и стратегические задачи, призывая страны мира к ускоренной политике по совершенствованию мероприятий, направленных на ликвидацию вакциноуправляемых болезней.

Анализ современной терминологии иммунопрофилактики показал наличие двух понятий, отражающих уровень вакцинации: «привитость» и «охват иммунизацией». При этом «привитость» определяется по доле лиц, получивших полный курс вакцинации согласно графику, а «охват иммунизацией» —

это доля лиц, получивших не менее одной дозы вакцины, включенной в Национальный календарь прививок [1]. Регламентированы методики расчета и мониторинга этих показателей [2]. Информация о данных показателя содержится в утвержденной приказом Росстата статистической форме № 6².

Для принятия решения по выработке тактики по ревакцинации той или иной вакциной применяются такие критерии как «иммунологическая эффективность вакцины» и «эпидемиологическая эффективность иммунизации», которые в основном отражают эффективность иммунобиологических препаратов, а также такие понятия, как «индекс эффективности» и «коэффициент эффективности». С этой же целью введены такие показатели, как охват прививками отдельных контингентов населения, численность прививаемых контингентов (перспективный расчет), число привитых, число незащищенных из группы привитых входят в оценку экономической эффективности иммунопрофилактики³. Оценка эффективности мероприятий иммунопрофилактики по уровню привитости может быть проведена путем анализа числа пропущенных детей, т. е. не получивших последующее введение вакцин и использованием упрощенного метода оценки «отсева» (по рекомендации ВОЗ). При наличии отсева более 10% необходима оценка причин и коррекция.⁴

Если учесть, что здоровье населения определяется представленным в нем контингентом с высоким уровнем специфической иммунорезистентности, то именно оно и определяется как основной критерий физического здоровья популяции.

Вместе с тем показатели иммунопрофилактики до настоящего времени в нашей стране не используются при определении физического состояния населения/общества, что связано с отсутствием доступной методической базы.

Цель исследования состоит в том, чтобы систематизировать научные данные в части терминологии с позиций рассмотрения уровня специфической иммунорезистентности как составляющей физического состояния населения, являющегося компонентом медико-биологической детерминанты общественного здоровья и обозначить стратегически важные на данном этапе развития общества причины отказа населения от вакцинации.

Материалы и методы

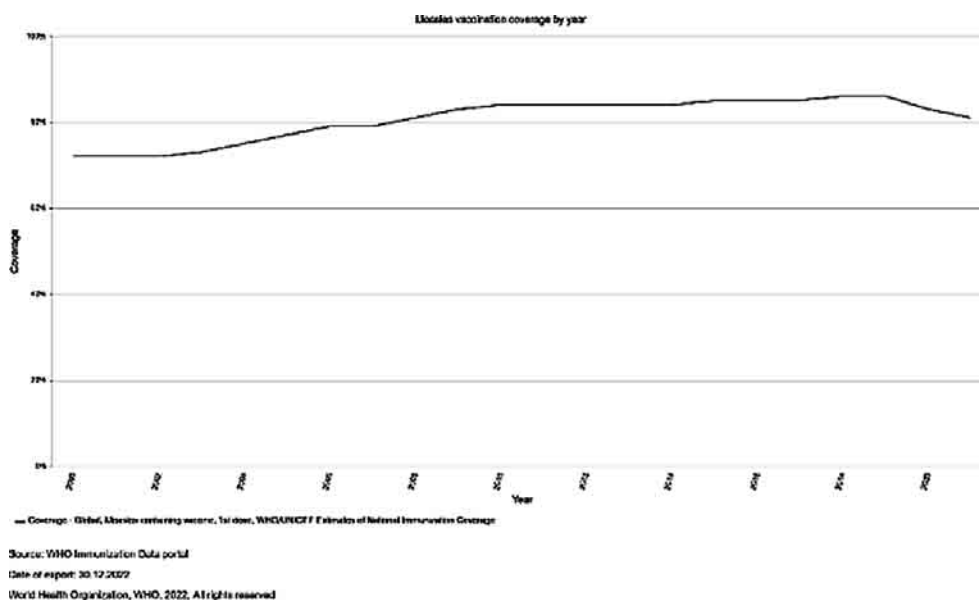
В обзор включались научные статьи с использованием электронных библиотек E-library, Scopus,

² Приказом Росстата от 07.12.2022 № 911 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за контингентами детей и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний»

³ «МУ 3.3.1878—04. 3.3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Экономическая эффективность вакцинопрофилактики. Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004)

⁴ Основные требования и критерии оценки качества работы детских лечебно-профилактических учреждений по иммунопрофилактике. Методические рекомендации», (утв. Минздравом России 01.03.2000 N 99/222)

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

Рис. 1. Охват вакцинацией (V1) против кори в мире (2000—2021 г.г.)⁵Таблица 1
Охват вакцинацией (V1) против кори в мире (2000—2021 г.г.)⁵

Год	% охвата 1-й дозой против кори в мире	Год	% охвата 1-й дозой против кори в мире
2021	81	2010	84
2020	83	2009	83
2019	86	2008	81
2018	86	2007	79
2017	85	2006	79
2016	85	2005	77
2015	85	2004	75
2014	84	2003	73
2013	84	2002	72
2012	84	2001	72
2011	84	2000	72

PubMed, CyberLeninka и РИНЦ, посвященных исследованиям причин отказов от вакцинации. Критерием отбора публикаций было содержание в актуальных исследованиях конкретных факторов отказов от прививок. Проанализировано более 40 научных статей, опубликованных за последние 5 лет методом контент-анализа.

Результаты

В общей массе медицинских услуг больше всего людей охвачено именно иммунизацией, что позволяет отнести ее к стратегически важному инструменту государственной политики в области обеспечения качества общественного здоровья. Рабочей гипотезой, как было указано выше, явилось предположение, что через управление иммунопрофилактикой можно влиять на физическое состояние населения, а через эту детерминанту влиять на индекс общественного здоровья.

Актуальность изучения состояния критерия «Охват вакцинацией» характеризуют сведения мировой статистики о снижении этого показателя и о повышении частоты заболеваний⁵.

Так, по официальным данным ВОЗ уровень охвата вакцинацией первой дозой против кори снизился до 81 % в 2021 году, что является самым низким показателем с 2008 года. К 2030 году планируется рассматривать охват вакцинаций против кори и уровень заболеваемости корью, как индикаторы эффективности программ иммунизации в мире⁶.

Так, например, в России введение плановой вакцинопрофилактики кори (1968 г.), характеризовалось ростом охвата первой вакцинацией детей в возрасте 24 месяцев до 98,7% к 2007 году, и последовательным снижением до 97,84% к 2021 году.

Показатель отражает процентное отношение числа детей, вакцинированных против кори при достижении ими 24-месячного возраста, к количеству детей этого возраста, стоящих на учете в медицинских организациях.

Введение плановой вакцинопрофилактики в России против дифтерии (1957 г.), также характеризовалось ростом охвата вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев до 97,8 % к 2006, 2007 годам, и последовательным снижением к 2021 году до 96,73%.

Начало вакцинопрофилактики полиомиелита, (1960 г.), ознаменовалось значительным успехом в ликвидации полиомиелита и ростом охвата детей вакцинацией в возрасте 1 года до 98,29% к 2007 году, и последовательным снижением до 96,89 % к 2021 году.

На графике, как пример уменьшения охвата вакцинацией детей в возрасте 24 месяцев представлено снижение до 97,79 % к 2021 году после введения плановой вакцинопрофилактики эпидемического паротита (1982 г.), самые высокие показатели были достигнуты в 2009 году (98,9 %).

Введение плановой вакцинопрофилактики вирусного гепатита В (1998 г.), характеризовалось ростом охвата вакцинацией детей в возрасте 12 меся-

⁵ <https://www.who.int/ru/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades>

⁶ <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>

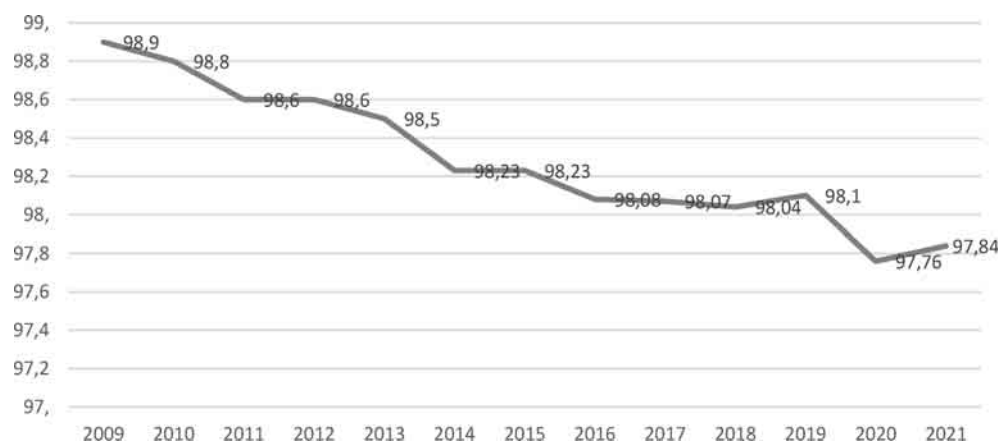


Рис. 2. Охват иммунизации населения в России против кори в декретированные сроки — 24 месяца (процент, значение показателя за год) (2009—2021 г.г.)

цев до 98 % к 2007 году, и последовательным снижением до 96,89 % к 2021 году.

Введение плановой вакцинопрофилактики краснухи (1998 г.), характеризовалось ростом охвата вакцинацией детей в возрасте до 24 месяцев до 98,8 % к 2009 году, и последовательным снижением к 2021 году до 97,8 %.

В целом, снижение абсолютного числа ежегодного вакцинирующихся в России в последнее десятилетие отражено на графике.

Данные об охватах вакцинации и абсолютных показателях по так называемым «старым» многолетнедействующим вакцинам получены из источников официальной Государственной статистики⁷.

Информация о причинах отказов от вакцинации получены также методом контент-анализа данных литературы.

Снижение показателя охвата вакцинацией постоянно привлекало внимание исследователей [3—9].

Проведенный контент-анализ полученных этими исследователями данных показал, что в структуре причин отказа населения от вакцинопрофилактики вакцинами с многолетним положительным стажем применения приоритетное место по сравнению с такими причинами как «миграция», «отсутствие иммунобиологических препаратов», нехватка кадров, несвоевременность пересмотров медицинских отводов занимали социальные, демографические, психологические факторы. Проведенный нами социологический опрос населения о причинах отказов от вакцинопрофилактики при так называемых «старых» инфекциях показал, что кроме медицинских факторов, имели место мотивационные поведенческие факторы, а именно низкая воспринимаемая опасность заболеваний.

Выявлено наличие причин, связанных с появлением мнения населения о небольшом риске возник-

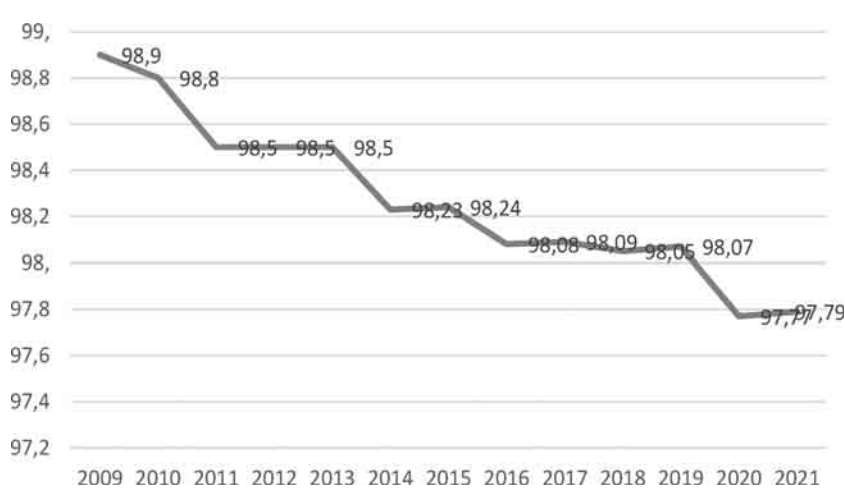


Рис. 3. Охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки -24 месяца (процент, значение показателя за год) (2009—2021 г.г.)

новения заболевания и минимальности смертельного исхода при возникновении профилактируемого заболевания. То есть, можно говорить о появлении причин, свидетельствующих о «затухании» мотивации к жизненно важной прививке.

Для оценки ситуации с причинами отказов от вакцинации при «новых» инфекциях (на примере COVID-19) изучены данные научных исследований, проведенных в последние годы по данной проблематике [10—12]. К основным причинам отказов от вакцинации были отнесены: низкий уровень доверия населения к новым вакцинам, сомнения в ее эффективности, страх побочных осложнений и вреда иммунитету, представление о высокой вероятности неэффективности вакцин.

В одной из самых последних публикаций освещается исследование, проведенное в России, согласно которому установлен коэффициент корреляции между заболеваемостью и вакцинированными от COVID-19, а также между смертностью и вакцинированными. Ученые заявляют о влиянии вакцинации на снижении смертности [13].

Возможность проведения вакцинации была предоставлена населению Российской Федерации начиная с января 2021 года (вакцина Спутник V произ-

⁷ <https://www.fedstat.ru/indicators/search?searchText=Вакцинация+>

водитель ФГБУ «НИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России зарегистрирована 11.08.2020, вакцина «ЭпиВакКорона» производитель ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзор зарегистрирована 13.10.2020). Эффективность и безопасность которых подтверждена клиническими испытаниями.

Согласно официальным оперативным данным⁸ на 12.08.2022 в России число полных курсов вакцинации против коронавирусной инфекции составило 89 423 801, а уровень коллективного иммунитета — 7,4%. Введение вакцинации против новой коронавирусной инфекции позволило снизить нагрузку на систему здравоохранения, уменьшить ограничительные мероприятия и вернуться к социальной и трудовой активности населения.

В то же время обращает внимание, что, хотя условия для масштабной вакцинации были созданы еще в январе 2021 года, то есть на первом году от начала регистрации первого случая заболевания в России, однако не удалось достигнуть порога охвата вакцинацией, необходимого для достижения уровня коллективного иммунитета [13]. По мнению ученых, данный показатель должен составить не менее 60% [7,14]. Оценивая этот показатель можно отметить, что он относительно неблагоприятен. Согласно международным исследованиям, уровень отказов населения от вакцинации против коронавирусной инфекции в России в 2022 году составил 36%, и занимает первое место среди стран в мире⁹.

На графике представлены мировые данные о структуре причин отказов от вакцинации против

новой коронавирусной инфекции, полученные из официальной статистики¹⁰.

К основным причинам недоверия вакцинам от COVID-19 относятся: ошибочные представления о низкой эффективности вакцин, страхи по поводу их безопасности, опасения побочных эффектов и стремительные проведения клинических испытаний [15].

Установлено, что приоритетность причин по сравнению со структурой причин отказов, выявленных при так называемых «старых» вакцинах, изменилась.

Так, в структуре причин отказов от вакцинации новой коронавирусной инфекции практически не регистрировались такие причины как «низкий риск заболеть» и «низкий риск смерти», чему способствовали усилия новостных каналов и СМИ.

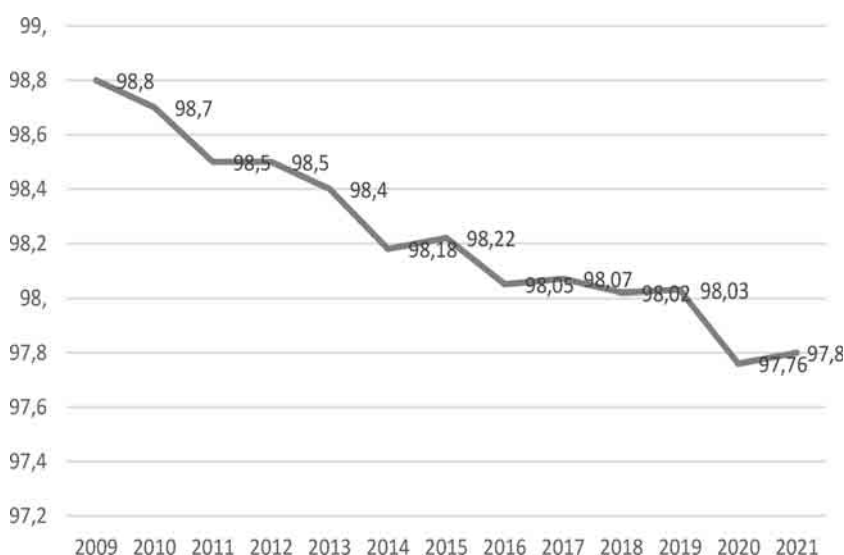


Рис. 4. Охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки -24 месяца (процент, значение показателя за год) (2009—2021 г.г.)

⁸ <https://стопкоронавирус.пф/information/>
⁹ <https://morningconsult.com/globalvaccine-tracking/>

¹⁰ <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1282/30/lang.ru/>

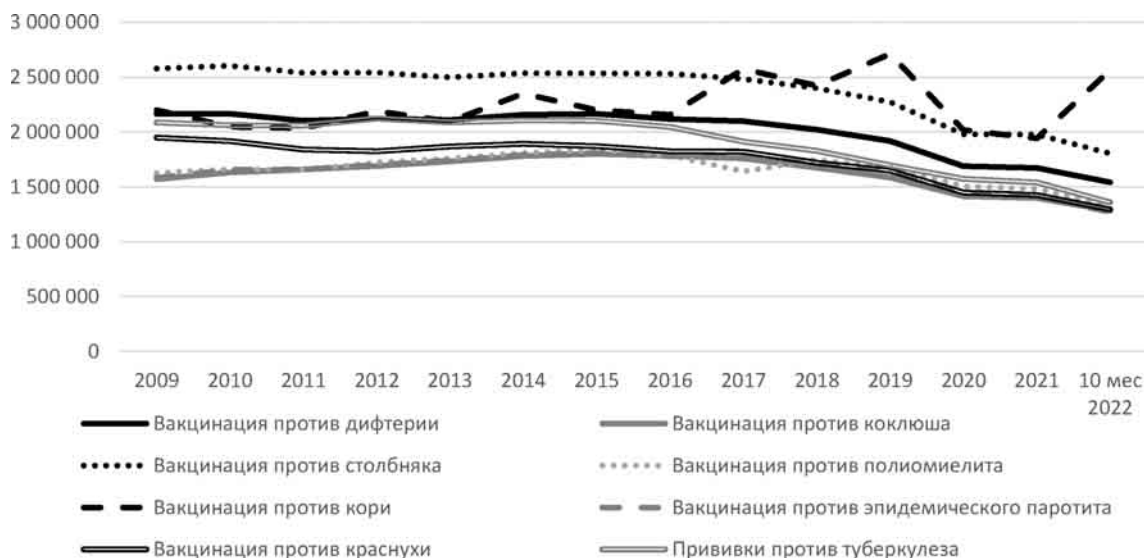


Рис. 5. Динамика охвата иммунизации в абсолютных показателях среди населения России (в т.ч. детского) (2009—10 мес. 2022 г.г.)

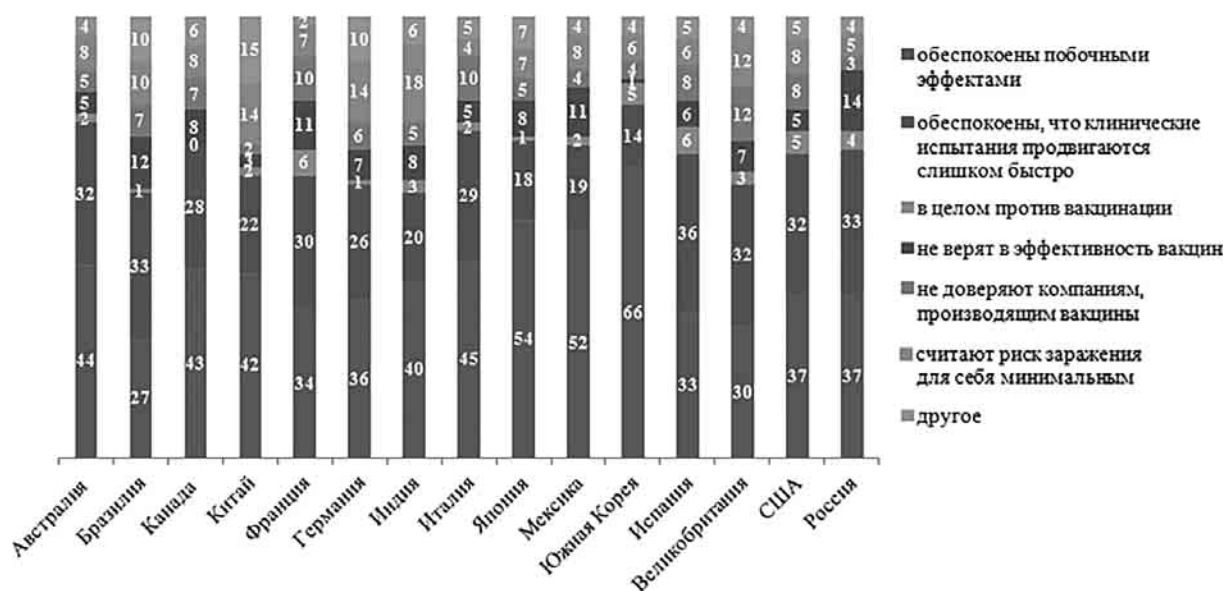


Рис. 6. Главные факторы неопределённости вакцинации в отдельных странах мира¹⁰

В основном, новостные сводки в России были направлены на формирование доверия к власти, уверенности контроля над ситуацией государственных органов. Медийная политика сводилась к пропаганде активных действий лидеров страны, стратегия депроблематизации. В свою очередь, иностранные СМИ освещали проблемные вопросы в здравоохранении, риски и потери в экономике [16]. Так, в одном из исследований оперативной сводки на «Первом канале», «в части выпусков в мае 2020 года информация о числе смертей уже не давалась, а после 25 июня она не давалась уже ни разу, хотя ежедневно в России, по официальным данным, умирало большее число людей, чем в предыдущий период. Если в марте акцент делался на числе летальных случаев, то в мае — на том, что прирост числа заболевших снижается по сравнению с предыдущими днями, а в июне — на том, что много людей выздоравливает» [17] и эта информация выходила в эфир еще до начала массовой вакцинации.

Согласно международным исследованиям, в России основным источником информации о пандемии стали социальные сети, друзья, «сарафанное радио» для 48% россиян, новостные каналы, СМИ — в 33%, мнения официальных представителей государственной власти и медицинских работников прислушиваются в 13% случаях¹¹ Россия является государством с самым низким уровнем доверия к средствам массовой информации и как следствие с высоким недоверием к вакцинации, к профилактическим мероприятиям.

На лидирующие позиции вышли факторы недоверия, определяющие отказы населения от вакцинации, как следствие низкой информированности населения об реальных угрозах пандемии из официальных источников. Недостаток информации об актуальной и достоверной ситуации во время пандемии способствовал росту активного поиска инфор-

мации в социальных сетях, где широко проводится антивакцинаторская пропаганда, что подтверждают вышеуказанные цифры.

Обзор научных публикаций выявил, что отношение к вакцинации условно можно разделить на полный отказ, полное принятие вакцинации и нерешительность в принятии решения [3]. Эти данные, на наш взгляд, являются обоснованием этапности формирования у человека отказа от вакцинации, а это, соответственно, определяет последовательность управления устранением данной причины невакцированности населения.

Для проведения структурирования выявленных по данным контент-анализа причин отказов населения от вакцинации использован метод экспертных оценок. В таблице представлена проблематика причин отказов, их систематизации, относительно факторов принятия решения.

Таким образом, появились новые мотивационные причины отказа от вакцинации: низкий уровень доверия населения к вакцинам от «новых» болезней, сомнения в их эффективности, страх побочных осложнений и вреда иммунитету, представление о высокой вероятности неэффективности вакцин, пренебрежение научными данными, доверие информации из социальных сетей. К основным путям преодоления антивакцинаторского лобби мы считаем разработку стратегических мер на каждом этапе формирования недоверия среди населения: начиная от создания информационного контента в сети Интернет до принятия мер государственного регулирования.

Стратегии по увеличению процента охвата вакцинацией могут быть как глобальные, такие как улучшение ресурсной составляющей и доступности к различным видам вакцин, организация электронных информационных систем по отслеживанию отказов, так и на местном уровне — первичном звене медицинской помощи. Например, вакцинация при госпитализации или при прохождении диспансери-

¹¹ <https://morningconsult.com/globalvaccine-tracking/>

Таблица 2

Анализ проблематики причин отказов, их систематизации, относительно факторов принятия решения (по данным SWOT-анализа)

Факторы принятия решения (риски)	Причины отказов
Нормативно-правовое регулирование в области вакцинопрофилактики	— возможность отказа от вакцинации в ФЗ 157* — сложный календарь проведения вакцинации — перебои с поставками вакцин, — недостаточная мощность производства — некачественный отбор на прививку [18] — недостаточные функциональные возможности лечебно-профилактической организации
Формирование мотивации или приверженности населения иммунопрофилактике	— недостаточность убеждения медицинских работников [19,20] — негативные настроения и недостаточная осведомленность профессиональных медицинских работников [4,5] — пропаганда антивакцинаторов [21—24] — информационной воздействие социальных сетей [18] — недостаток публичных научных данных о эффективности вакцинации [25] — недостаточная информированность населения по вопросам безопасности и поствакцинальных осложнений [6,26] — представление о высокой вероятности серьезных побочных эффектов вакцинации и в целом небезопасности вакцин [10] — представление о коммерческой выгоде фармацевтического бизнеса [27]
Социальные	— религиозные [28,29] — мировоззренческие — социально-демографические (возраст, образование родителей, уровень дохода, семейное положение)** [30,31] — социальный статус [32] — использование альтернативной медицины [33] — миграция
Физические	— уровень здоровья — болезнь — медицинские противопоказания — прием лекарственных препаратов
Поведенческие	— переоценка собственной компетенции, иллюзия контроля над ситуацией [34] — свобода выбора [35] — колебания и неуверенность [12]

* Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

** https://www.ranepa.ru/news/sotsialnoe-polozhenie-rossiyan-v-usloviyakh-vaktsinatsii/?sphrase_id=1972190

зации, различные подходы к организации вакцинации в зависимости от инфекции.

Заключение

Методический подход к научному обоснованию организации управления физическим состоянием населения на основе коллективного иммунитета предполагает выявление не только причин отказов от вакцинации, но и факторов риска, факторов, определяющих принятие решения.

Наличие информации об основных причинах отказа от вакцинации населения позволяет реализовывать межотраслевой подход системы управления профилактикой (семья, общество, государство, популяция).

Научное обоснование совершенствование работы с отказами от вакцинации через управление рисками, влияющими на факторы принятия решения, может повлиять на улучшение детерминант и интегральных показателей здоровья населения, повы-

сить качество жизни и всесторонне содействовать национальной безопасности страны.

Стратегический приоритет любого государства — формирование приверженности и спроса на вакцинацию со стороны общества¹².

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Fedson DS. Measuring protection: efficacy versus effectiveness. *Dev Biol Stand.* 1998;(95):195—201.
- Брико Н. И., Бражников А. Ю., Кирьянова Е. В. и др. Клиническая эпидемиология и основы доказательной медицины. Под ред. Н. И. Брико. М.: Изд-во «Ремедиум Приволжье»; 2019.
- Larson H. J., Jarrett C., Eckersberger E et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007—2012. *Vaccine.* 2014;32(19):2150—9.
- Н. И. Брико, А. Я. Миндлина, Н. П. Галина, В. А. Коршунов, Р. В. Полибин. Приверженность различных групп населения иммунопрофилактике: как изменить ситуацию? *Фундаментальная и клиническая медицина.* 2019;4(4):8—18.
- Баянова Т. А. Приверженность отдельных групп населения вакцинопрофилактике гриппа: результаты анкетирования. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика.* 2021;20(1):69—75.
- Дмитриев А. В., Федина Н. В., Ткаченко Т. Г., Гудков Р. А., Петрова В. И., Филимонова Т. А. Приверженность вакцинации различных слоев населения: результаты анкетирования. *Детские инфекции.* 2019;18(4):32—37. doi: 10.22627/2072-8107-2019-18-4-32-37.
- Plans-Rubió P. Percentages of Vaccination Coverage Required to Establish Herd Immunity against SARS-CoV-2. *Vaccines (Basel).* 2022;10(5):736. doi: 10.3390/vaccines10050736.
- Paul J, Carson & Anthony T. Flood. Catholic Social Teaching and the Duty to Vaccinate Pages 36—43. Published online: 22 Mar 2017.
- Chard AN, Gacic-Dobo M, Diallo MS, Sodha SV, Wallace AS. Routine Vaccination Coverage — Worldwide, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(45):1706—1710. doi: 10.15585/mmwr.mm6945a7.
- О. В. Торубар, Е. А. Шестакова, Л. С. Орлова Анализ причин отказов от вакцинации (в том числе от новой коронавирусной инфекции). *Modern Science.* 2022;(5—2):194—197.
- Galanis P, Vraika I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Katsiouroumpa A, Kaitelidou D. Willingness, refusal and influential factors of parents to vaccinate their children against the COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2022;157:106994. doi: 10.1016/j.jupmed.2022.106994.
- Рассказова Е. И., Тхостов А. Ш. Готовность к вакцинации против коронавируса как мера доверия официальным медицинским рекомендациям: роль тревоги и представлений. *Национальный психологический журнал.* 2021;41(1):76—90.
- А. Н. Каира, А. А. Мурзина. Некоторые особенности проявления эпидемического процесса COVID-19 на территории Российской Федерации на этапе продолжающейся пандемии. *Санитарный врач.* 2022;(12):881—893. doi: 10.33920/med-08-2212-02.
- С. В. Борисевич, Т. Е. Сизикова, В. Н. Лебедев. Пандемия COVID-19: анализ возможных сценариев развития эпидемии заболевания в России. *Вестник войск РХБ защиты.* 2020;4(2):116—130. doi: 10.35825/2587-5728-2020-4-2-116-130.
- Savulescu J. Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk? *J Med Ethics.* 2021;47(2):78—85. doi: 10.1136/medethics-2020-106821.
- Л. М. Мухарямова, А. Р. Заляев, Е. Ю. Шаммазова. Пандемия COVID-19 в российских массмедиа: политический контекст. *Политическая лингвистика.* 2021;85(1):72—80. doi: 10.12345/1999—2629_2021_01_06.
- Казун А. Д., Казун А. П. Волновая (де)проблематизация: освещение пандемии коронавируса в России на федеральном телеканале. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены.* 2020;(6):284—306. doi: 10.14515/monitoring.2020.6.1754.
- Succi RCM. Vaccine refusal — what we need to know. *J Pediatr (Rio J).* 2018;94(6):574—581. doi: 10.1016/j.jpmed.2018.01.008.
- Kaufman J, Ryan R, Walsh L, Horey D, Leask J, Robinson P, Hill S. Face-to-face interventions for informing or educating parents about

¹² <https://www.immunizationagenda2030.org/>

- early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD010038. doi: 10.1002/14651858.CD010038.pub3.
20. Н. И. Брико, Н. Н. Цапкова, Л. Р. Батыршина и др. Проблемы вакцинопрофилактики взрослого населения. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2018;17(2):4—15.
 21. Ильина С. В. О профилактических прививках, инфекционных болезнях и мере ответственности. *Педиатрическая фармакология*. 2016;3(13):285—288.
 22. Попова А. Ю., Ежлова Е. Б., Мельникова А. А., Михеева И. В. Реализация программы иммунизации в Российской Федерации на современном этапе: вызовы, возможности, перспективы. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2018;(6):3—10. doi: 10.36233/0372-9311-2018-6-3-10.
 23. Jang, S. Mo, Mckeever, B. W., Mckeever, R., Kim, J. K. From Social Media to Mainstream News: The Information Flow of the Vaccine-Autism Controversy in the US, Canada, and the UK. *Health Communication*. 2019;34(1):110—117. doi:10.1080/10410236.2017.1384433.
 24. Wilson, K., Keelan, J. Social media and the empowering of opponents of medical technologies: The case of anti-vaccinationism. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(5):e103. doi: 10.2196/jmir.2409.
 25. S. Hilton, M. Petticrew, K. Hunt. Parents' champions vs. vested interests: who do parents believe about MMR? A qualitative study. *BMC Public Health*. 2007;(7):42.
 26. Kata A. A. Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*. 2010;(28):1709—1716.
 27. Bianco A, Mascaro V, Zucco R, Pavia M. Parent perspectives on childhood vaccination: How to deal with vaccine hesitancy and refusal? *Vaccine*. 2019;37(7):984—990. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.12.062.
 28. Alberto Giubilini, Francesca Minerva, Udo Schuklenk, Julian Savulescu, The 'Ethical' COVID-19 Vaccine is the One that Preserves Lives: Religious and Moral Beliefs on the COVID-19 Vaccine. *Public Health Ethics*, 2021;14(3):242—255.
 29. Paul J. Carson & Anthony T. Flood. Catholic Social Teaching and the Duty to Vaccinate Pages 36—43. Published online: 22 Mar 2017.
 30. X. Bosch-Capblanch, K. Banerjee, A. Burton. Unvaccinated children in years of increasing coverage: how many and who are they? Evidence from 96 low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*. 2012;(6):697—710.
 31. T. J. Zuzaka, I. Zuzak-Siegrista, L. Ristb et al. Attitudes towards vaccination: users of complementary and alter-native medicine versus non-users. *SWISS MED WKLY*. 2008;138(47—48):713—718.
 32. Сенькевич О. А., Плотоненко З. А., Молочный В. П., Каплиева О. В. Социально-демографический портрет семьи, отказывающейся от вакцинации детей, и причины отказов. *Инфекционные болезни*. 2021;19(1):124—130.
 33. Brown K. F., Kroll JS, Hudson MJ et al Factors underlying parental decision about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. *Vaccine*. 2010;28(26):4235—48.
 34. Иванова А. Е., Вангородская С. А., Семенова В. Г., Евдокушкина Г. Н. Антипрививочные настроения российской молодежи: основные причины и пути преодоления. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2022;68(2):8.
 35. Tokish H, Solanto MV. The problem of vaccination refusal: a review with guidance for pediatricians. *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(5):683—693.
 6. Dmitriev A. V., Fedina N. V., Tkachenko T. G., Gudkov R. A., Petrova V. I., Filimonova T. A. Adherence to vaccination of various segments of the population: survey results. *Childhood infections. [Detskije infektsii]*. 2019;18(4):32—37. (In Russian). doi: 10.22627/2072-8107-2019-18-4-32-37.
 7. Plans-Rubió P. Percentages of Vaccination Coverage Required to Establish Herd Immunity against SARS-CoV-2. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(5):736. doi: 10.3390/vaccines10050736.
 8. Paul J. Carson & Anthony T. Flood. Catholic Social Teaching and the Duty to Vaccinate Pages 36—43. Published online: 22 Mar 2017.
 9. Chard AN, Gacic-Dobo M, Diallo MS, Sodha SV, Wallace AS. Routine Vaccination Coverage — Worldwide, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(45):1706—1710. doi: 10.15585/mmwr.mm6945a7.
 10. O. V. Torubar, E. A. Shestakova, L. S. Orlova. Analysis of the reasons for refusal of vaccination (including from a new coronavirus infection). *Modern Science*. 2022;(5—2):194—197. (In Russian).
 11. Galanis P, Vraha I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Katsiroumpa A, Kaitelidou D. Willingness, refusal and influential factors of parents to vaccinate their children against the COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2022;157:106994. doi: 10.1016/j.jypmed.2022.106994.
 12. Rasskazova E. I., Tkhostov A. Sh. Readiness for vaccination against coronavirus as a measure of trust in official medical recommendations: the role of anxiety and perceptions. *National Psychological Journal. [Natsional'nyy psikhologicheskii zhurnal]*. 2021;41(1):76—90. (In Russian).
 13. A. N. Cairo, A. A. Murzina. Some features of the manifestation of the COVID-19 epidemic process on the territory of the Russian Federation at the stage of the ongoing pandemic. *Sanitary doctor. [Sanitarnyy vrach]*. 2022;(12):881—893. (In Russian). doi: 10.33920/med-08-2212-02.
 14. S. V. Borisevich, T. E. Sizikova, V. N. Lebedev. The COVID-19 pandemic: an analysis of possible scenarios for the development of the epidemic of the disease in Russia. *Bulletin of the troops of the RCH Protection. [Vestnik voysk RKHb zashchity]*. 2020;4(2):116—130. (In Russian). doi: 10.35825/2587-5728-2020-4-2-116-130.
 15. Savulescu J. Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk? *J Med Ethics*. 2021;47(2):78—85. doi: 10.1136/medethics-2020-106821.
 16. L. M. Mukharyamova, A. R. Zalyaev, E. Y. Shammazova. The COVID-19 pandemic in the Russian mass media: a political context. *Political Linguistics. [Politicheskaya lingvistika]*. 2021;85(1):72—80. (In Russian). doi: 10.12345/1999—2629_2021_01_06.
 17. Kazun A. D., Kazun A. P. (2020) Cyclic (De)Problematization: Coverage of the Coronavirus Pandemic in Russia on a Federal TV Channel. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes. [Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskije i sotsial'nye peremeny]*. 2020;(6):284—306. (In Russian). doi: 10.14515/monitoring.2020.6.1754.
 18. Succi RCM. Vaccine refusal — what we need to know. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(6):574—581. doi: 10.1016/j.jped.2018.01.008.
 19. Kaufman J, Ryan R, Walsh L, Horey D, Leask J, Robinson P, Hill S. Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD010038. doi: 10.1002/14651858.CD010038.pub3.
 20. N. I. Briko, N. N. Tsapkova, L. R. Batoryshina et al. Problems of vaccinoprophylaxis of the adult population. *Epidemiology and vaccinoprophylaxis. [Epidemiologiya i vaksinoprofilaktika]*. 2018;17(2):4—15. (In Russian).
 21. Ilyina S. V. On preventive vaccinations, infectious diseases and the measure of responsibility. *Pediatric pharmacology. [Pediatricheskaya farmakologiya]*. 2016;3(13):285—288. (In Russian).
 22. Popova A. Yu., Yezhlova E. B., Melnikova A. A., Mikheeva I. V. Implementation of the immunization program in the Russian Federation at the present stage: challenges, opportunities, prospects. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology. [Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii]*. 2018;(6):3—10. (In Russian). doi: 10.36233/0372-9311-2018-6-3-10.
 23. Jang, S. Mo, Mckeever, B. W., Mckeever, R., Kim, J. K. From Social Media to Mainstream News: The Information Flow of the Vaccine-Autism Controversy in the US, Canada, and the UK. *Health Communication*. 2019;34(1):110—117. doi:10.1080/10410236.2017.1384433.
 24. Wilson, K., Keelan, J. Social media and the empowering of opponents of medical technologies: The case of anti-vaccinationism. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(5):e103. doi: 10.2196/jmir.2409.

REFERENCES

1. Fedson DS. Measuring protection: efficacy versus effectiveness. *Dev Biol Stand*. 1998;(95):195—201.
2. Briko NI, Brazhnikov AYU, Kiryanova EV, et al. *Klinicheskaya epidemiologiya i osnovy dokazatel'noi meditsiny*. Ed. Briko NI. Moscow: Remedium Volga Region Publishing House; 2019. (In Russian).
3. Larson H. J., Jarrett C, Eckersberger E et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007—2012. *Vaccine*. 2014;32(19):2150—9.
4. N. I. Briko, A. Ya. Mindlina, N. P. Galina, V. A. Korshunov, R. V. Polybin. Adherence of various population groups to immunoprophylaxis: how to change the situation? *Fundamental and clinical medicine. [Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina]*. 2019;4(4):8—18. (In Russian).
5. Bayanova T. A. Adherence of certain population groups to influenza vaccination: survey results. *Epidemiology and vaccination. [Epidemiologiya i vaksinoprofilaktika]*. 2021;20(1):69—75. (In Russian).

25. S. Hilton, M. Petticrew, K. Hunt. Parents' champions vs. vested interests: who do parents believe about MMR? A qualitative study. *BMC Public Health*. 2007;(7):42.
26. Kata A. A. Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*. 2010;(28):1709—1716.
27. Bianco A, Mascaro V, Zucco R, Pavia M. Parent perspectives on childhood vaccination: How to deal with vaccine hesitancy and refusal? *Vaccine*. 2019;37(7):984—990. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.12.062.
28. Alberto Giubilini, Francesca Minerva, Udo Schuklenk, Julian Savulescu, The 'Ethical' COVID-19 Vaccine is the One that Preserves Lives: Religious and Moral Beliefs on the COVID-19 Vaccine. *Public Health Ethics*, 2021;14(3):242—255.
29. Paul J. Carson & Anthony T. Flood. Catholic Social Teaching and the Duty to Vaccinate Pages 36—43. Published online: 22 Mar 2017.
30. X. Bosch-Capblanch, K. Banerjee, A. Burton. Unvaccinated children in years of increasing coverage: how many and who are they? Evidence from 96 low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health*. 2012;(6):697—710.
31. T. J. Zuzaka, I. Zuzak-Siegrista, L. Ristb et al. Attitudes towards vaccination: users of complementary and alter-native medicine versus non-users. *SWISS MED WKLY*. 2008;138(47—48):713—718.
32. Senkevich O. A., Plotonenko Z. A., Molochny V. P., Kaplieva O. V. Socio-demographic portrait of a family refusing to vaccinate children and the reasons for refusals. *Infectious diseases. [Infektsionnye bolezni]*. 2021;19(1):124—130. (In Russian).
33. Brown K. F., Kroll JS, Hudson MJ et al Factors underlying parental decision about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. *Vaccine*. 2010;28(26):4235—48.
34. Ivanova A. E., Vangorodskaya S. A., Semenova V. G., Evdokushkina G. N. Anti-vaccination moods of Russian youth: the main causes and ways of overcoming. *Social aspects of public health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2022;68(2):8. (In Russian).
35. Tokish H, Solanto MV. The problem of vaccination refusal: a review with guidance for pediatricians. *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(5):683—693.

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 13.01.2023; одобрена после рецензирования 15.02.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 13.01.2023; approved after reviewing 15.02.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.003

Розацеа в международной практике: связь с соматической патологией пациентов, особенности косметологической помощи

Ромина Наилевна Садыкова¹, Андрей Николаевич Плутницкий²,
Рустем Наилевич Мингазов³✉

^{1,2}Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация;

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

³ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

¹sadykovaromina23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1771-7537>

²mbufmbc@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2933-267X>

³mnrn85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

Аннотация. В статье приведен анализ научной литературы, показывающий, что современные исследования в основном сосредоточены на роли иммунитета и микроорганизмов в патогенезе розацеа. Для выяснения общих патогенетических механизмов и генетических факторов между розацеа и раком кожи актуальны исследования в различных популяциях с подробными клиническими данными, генетическим анализом и более длительным периодом наблюдения. Оценка качества жизни больных розацеа представляет большой интерес для клинической практики. Подчеркивается, что существует острая необходимость в глобальных исследованиях для разработки современного комплексного лечения розацеа, при чем данная патология, как хроническое воспалительное заболевание кожи, требует активного лечения во время обострений и превентивных стратегий для ограничения рецидивов.

Ключевые слова: розацеа, сопутствующие соматические заболевания, хроническое воспалительное заболевание кожи, рак кожи, лечение во время обострения, превентивные стратегии, обзор.

Для цитирования: Садыкова Р. Н., Плутницкий А. Н., Мингазов Р. Н. Розацеа в международной практике: связь с соматической патологией пациентов, особенности косметологической помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 20—24. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.003.

Review article

Rosacea in international practice: relationship with somatic pathology of patients, features of cosmetological care

Romina N. Sadykova¹, Andrey N. Plutnicki², Rustem N. Mingazov³✉

^{1,2}Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation;

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

³Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

¹sadykovaromina23@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1771-7537>

²mbufmbc@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2933-267X>

³mnrn85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

Annotation. The article provides an analysis of the scientific literature, showing that modern research is mainly focused on the role of immunity and microorganisms in the pathogenesis of rosacea. To elucidate the common pathogenetic mechanisms and genetic factors between rosacea and skin cancer, studies in various populations with detailed clinical data, genetic analysis and a longer follow-up period are relevant. Assessment of the quality of life of patients with rosacea is of great interest for clinical practice. It is emphasized that there is an urgent need for global research to develop a modern comprehensive treatment for rosacea, and this pathology, as a chronic inflammatory skin disease, requires active treatment during exacerbations and preventive strategies to limit relapses.

Key words: rosacea, comorbid somatic diseases, chronic inflammatory skin disease, skin cancer, treatment during an exacerbation, preventive strategies, review.

For citation: Sadykova R. N., Plutnicki A. N., Mingazov R. N. Rosacea in international practice: relationship with somatic pathology of patients, features of cosmetological care. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):20—24. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.003.

Недавно проведенные исследования позволили выявить эпидемиологическую связь между розацеа и хроническими системными заболеваниями, включая сердечно-сосудистые, а также желудочно-кишечными и неврологическими расстройствами. Считается, что наличие хронического воспалительного процесса в организме тесно связано с развитием и прогрессированием множественных видов рака, включая рак кожи. В связи с чем наличие розацеа совместно с другими заболеваниями у пациентов, представляет исследовательский интерес у авторов, изучающих вопросы распространенности розацеа среди населения [1—5].

В последние годы появляются все больше данных указывающих на то, что пациенты с розацеа имеют высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. Показана связь розацеа с более высокими шансами инсулинорезистентности или диабета, высоким систолическим артериальным давлением, дислипидемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Пациенты с розацеа предрасположены к повышенному субклиническому сердечно-сосудистому риску. Данные 12 исследований с участием 40 752 пациентов с розацеа свидетельствуют, что, по сравнению с контрольной группой, пациенты с розацеа имеют более высокие показатели систолического и диастолического артериального давления, общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, большую толщину эпикардального жира и более высокую частоту гипертензии и резистентности к инсулину [1, 4].

В кросс-секционном исследовании данных пациентов ($n = 604$) с диагнозом розацеа или мигрени обнаружена распространенность мигрени у 54% пациентов с розацеа и у 65% пациентов с мигренью. Сопутствующая мигрень была значимо связана с признаками розацеа: гиперемией, глазными симптомами и жжением, тогда как папулы/пустулы были обратно связаны с сопутствующей мигренью. При этом не было обнаружено связи между сопутствующей мигренью и центральной лицевой эритемой, ринофимой, телеангиэктазиями, отеком или сухостью. Сопутствующая розацеа не была связана с каким-либо конкретным подтипом мигрени или тяжестью мигрени. Причинно-следственная связь между розацеа и мигренью неясна и требует дополнительных исследований, а также генетических и экспериментальных исследований для выявления возможной патофизиологической связи. Многие пациенты не знали о наличии у них сопутствующего заболевания с риском недолечения или неадекватного лечения пациентов, что приводило к высокой физической и психологической нагрузке, что говорит о необходимости междисциплинарного подхода к лечению розацеа и сопутствующих заболеваний [6].

Связь между розацеа и раком кожи остается небездательной, с противоречивыми сообщениями. Популяционное когортное исследование пациентов с розацеа ($n = 11420$) из Южной Кореи показало повышенный риск актинического кератоза и кератиноцитарной карциномы, возможно, потому, что они

имеют схожие общие патогенные факторы, включая ультрафиолетовое (УФ) излучение. УФ-излучение, а также хроническое воспаление кожи являются возможным общим патогенным фактором, объясняющим связь между розацеа и актиническим кератозом, а также розацеа и кератиноцитарной карциномой. Исследование, проведенное в Южной Кореи, показало, что примерно 95% случаев актинического кератоза, 91% базально-клеточной карциномы и 71% плоскоклеточной карциномы у населения Южной Кореи возникают в области головы и шеи, что подтверждает общую роль воздействия УФ-излучения при розацеа и этих заболеваниях. Кроме того, розацеа, актинический кератоз и кератиноцитарная карцинома могут иметь общие предрасполагающие генетические факторы; недавнее генетическое исследование выявило IRF4 как ген, обуславливающий риск развития розацеа, который также связан с актиническим кератозом и кератиноцитарной карциномой. При этом статистически значимого повышения риска развития меланомы и рака желудка, колоректального рака или печени не наблюдалось. Результаты этого исследования могут дополнительно подтвердить важность защиты от солнца у пациентов с розацеа [5].

Ввиду интереса к ассоциации между уровнями гомоцистеина в сыворотке и воспалительными заболеваниями кожи, такими как псориаз и гнойный гидраденит, и розацеа, исследование методом случай-контроль с охватом пациентов ($n = 138$) с папуло-пустулезной розацеа и 58 из контрольной группы здоровых людей ($n = 58$) выявило, что уровни витамина B12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови у пациентов с папуло-пустулезной розацеа были значительно ниже, чем у здоровых людей. Хотя уровни гомоцистеина в сыворотке существенно не различались между пациентами с папуло-пустулезной розацеа и контрольной группой, тяжесть папуло-пустулезной розацеа положительно коррелировала с уровнями гомоцистеина в сыворотке, что предполагает возможную связь между гипергомоцистеинемией и дефицитом витамина B12 у пациентов с розацеа [7].

Розацеа и демодекоз являются распространенными заболеваниями лица в дерматологической практике. Связь розацеа с демодекозом остается спорной, хотя появляется все больше доказательств того, что клещи *Demodex* могут играть ключевую роль в воспалительном процессе. Действительно, высокая плотность *Demodex* наблюдается почти во всех случаях розацеа с папулопустулами, и папулопустулы розацеа можно эффективно лечить местными акрицидными средствами. Недавние исследования показывают, что демодекс индуцирует два противоположных действия на иммунитет хозяина: защитный иммунный ответ, направленный на уничтожение клеща, и иммуносупрессивное действие, направленное на стимуляцию его собственной пролиферации. Более того, первоначальный защитный иммунный ответ, вероятно, направлен в пользу клеща за счет истощения Т-клеток, вызванного иммуносупрессивными свойствами фактора роста эндо-

теля сосудов, что также может объяснить благоприятное влияние, которое, по-видимому, оказывает измененный сосудистый фон при розацеа. Данные свидетельствуют о том, что розацеа с папулопустулами можно с полным основанием отнести к пролиферации демодексов, которые, по-видимому, являются необходимым фактором в причинно-следственной связи, в которой взаимодействуют множественные кофакторы и влияют на возникновение и тяжесть воспалительных симптомов, от ограниченных (фолликулярный отрубевидный лишай) к более выраженным. В целом, розацеа с папулопустулами можно рассматривать как хроническую инфекцию, вызванную клещами *Demodex*, с сопутствующим истощением Т-клеток [8,9].

Представляет интерес вопрос связи климатических условий и клещей *Demodex* в патогенезе розацеа, особенно при ношении лицевых масок, например, из-за пандемии коронавирусной болезни. Анализ ($n = 86$) японских пациентов, обычно носящих маски для лица, с розацеа и подобными заболеваниями показал, что сезон со средней температурой около 20°C является фактором риска развития розацеа и подобных заболеваний у людей, носящих маски для лица в Японии, а снижение числа клещей *Demodex* связано с ослаблением симптомов [10].

Розацеа оказывает значительное влияние на эмоциональное, социальное и профессиональное благополучие, а также на качество жизни пациентов. Из-за обезображивающих проявлений, характерных для данного заболевания, потери зрения при глазной розацеа, пациенты с розацеа часто испытывают стигматизацию, заниженную самооценку и социальные фобии. Следовательно, они могут страдать от депрессии и беспокойства и склонны избегать разных социальных ситуаций, что снижает качество жизни больных. Качество жизни и психическое здоровье, как правило, значительно ухудшаются с увеличением тяжести заболевания [2,11–14].

На материале данных пациентов показано, что розацеа в значительной степени может предрасполагать пациентов к развитию депрессии и тревоги. У пациентов с розацеа повышен риск развития тревожных расстройств, в том числе генерализованного тревожного расстройства. Пациенты женского пола, пациенты с более низким уровнем образования, пациенты с фиматозным подтипом, пациенты, не получавшие лечения, и пациенты с психическими заболеваниями в анамнезе могут подвергаться особому риску тревожности, что необходимо учитывать для улучшения их самочувствия. Связанное с розацеа качество жизни снижается с увеличением количества назначаемых препаратов, а также с неконтролируемой активностью симптомов, особенно низкое качество жизни в связи с заболеванием отмечается у пациенток женского пола [2,3,15].

Розацеа, как хроническое воспалительное заболевание кожи, требует активного лечения во время обострений и превентивных стратегий для ограничения рецидивов. В дополнение к общему уходу за кожей существует несколько одобренных вариантов лечения, доступных для решения этих проблем, как

местных, так и системных. Для некоторых проявлений розацеа эффективны интенсивный импульсный свет, лазер и хирургия. Обновление диагностического подхода к розацеа с упором на индивидуальные особенности привело к прогрессу в понимании патофизиологии, подходов к лечению и, в конечном итоге, ухода за пациентами. Новые методы лечения розацеа были разработаны по трем направлениям: более глубокое понимание патофизиологии; разработка новых местных модальностей для активных вмешательств, ранее известных как эффективные при розацеа; и перепрофилирование лечения, используемого при других дерматологических состояниях розацеа. Эти терапевтические достижения расширяют возможности лечения и могут улучшить результаты лечения пациентов с розацеа. Тем не менее, хотя целью является достижение полного или почти полного устранения признаков розацеа, в настоящее время не все пациенты достигают этих результатов, несмотря на длительное лечение. Таким образом, по-прежнему существует постоянная потребность в более эффективных методах лечения, в том числе комбинированных, для достижения такого результата. Наконец, современные подходы к лечению почти исключительно сосредоточены только на двух признаках розацеа — эритеме и папулах/пустулах. Глазная розацеа и фима, включая медицинские вмешательства на ранних воспалительных фазах последней, в значительной степени игнорировались [16].

На сегодняшний день используется несколько методов лечения с разными результатами. Лечение розацеа зависит от имеющихся признаков, их тяжести и воздействия. Общая профилактика розацеа включает бережный уход за кожей, защиту от солнца, предотвращение триггеров и изменение образа жизни. Рекомендации по лечению, основанные на фактических данных, включают местное применение бримонидина и оксиметазолина пристойкой эритеме; местную азелаиновую кислоту, ивермектин, метронидазол, миноциклин и пероральный доксициклин, тетрациклин и изотретиноин при папулах и пустулах; сосудистые лазеры и световые приборы для телеангиэктазий; и омега-3 жирные кислоты и глазную эмульсию циклоспорина для глазной розацеа. В то время как хирургическая или лазерная терапия может быть рассмотрена для клинически невоспаленной фимы, испытаний их полезности не проводилось. Комбинированная терапия включает бримонидин с ивермектином для местного применения или метронидазол для местного применения с пероральным доксициклином. Метронидазол, ивермектин и азелаиновая кислота для местного применения подходят для поддерживающей терапии [12,17,18].

Пациентов с только сосудистыми симптомами розацеа следует тщательно обследовать на наличие фолликулярных чешуек как признаков избыточного роста демодексов или фолликулярного отрубевидного лишая, чтобы таких пациентов, по крайней мере, можно лечить на ранней стадии с помощью акрицидного крема [8].

Данные о лечении розацеа ($n = 20944$ пациентов), основанные на фенотипическом подходе, показали высокую достоверность для местного применения бримонидина и умеренной достоверности для местного применения оксиметазолина в отношении уменьшения временно персистирующей эритемы. Были доказательства низкой или средней достоверности для лазерной и интенсивной импульсной световой терапии в отношении эритемы и главным образом телеангиэктазий. В отношении уменьшения папул/пустул имеются доказательства высокой достоверности для местного применения азелаиновой кислоты и местного ивермектина; доказательства со средним и высоким уровнем определенности в отношении доксициклина 40 мг с модифицированным высвобождением (MR) и изотретиноина; и доказательства со средним уровнем достоверности в отношении метронидазола для местного применения, а также миноциклина для местного применения и миноциклина для приема внутрь одинаково эффективны, как и доксициклин в дозе 40 мг MR. Для тетрациклина и низких доз миноциклина были доказательства с низким уровнем достоверности. В отношении глазной розацеа имелись доказательства со средним уровнем достоверности в отношении эффективности пероральных омега-3 жирных кислот и доказательства с низким уровнем достоверности в отношении глазной эмульсии циклоспорина и доксициклина. Следует отметить, что на цветной коже светотерапию рекомендуется использовать с осторожностью, чтобы избежать появления раздражающей пигментации [19,20].

Роль косметолога в лечении розацеа и поддержании ремиссии считается немаловажной. Косметолог, как более доступный для пациентов специалист, может помочь внедрить здоровые повседневные привычки, включая уход за кожей и привычки питания, а также поддерживать и опосредовать хорошее общение между пациентом и лечащим врачом пациента, тем самым улучшая соблюдение и обеспечивая долгосрочные удовлетворительные результаты. В рамках лечения пациентам косметолог может помочь обучить пациентов, страдающих розацеа, разработать эффективные программы домашнего ухода за кожей и дать рекомендации по процедурам в салонах красоты. Необходим правильный уход за кожей, включающий использование дермокосметики, очищение кожи и частые посещения салонов красоты для индивидуальных аппаратных процедур [13].

Защита от солнца является ключевой мерой профилактики розацеа при всех фототипах кожи. Особого внимания требует подбор цвета косметики, защищающей кожу. Лазерные вмешательства на сосудистых и фиматозных компонентах розацеа могут быть подходящими вариантами лечения розацеа [21].

Таким образом, современные исследования в основном сосредоточены на роли иммунитета и микроорганизмов в патогенезе розацеа. Существует острая необходимость в глобальных исследованиях для разработки современного комплексного лече-

ния розацеа, включая его патогенез, факторы риска, связь подтипов розацеа с диетой, сопутствующие заболевания, лечение и профилактику розацеа. Для выяснения общих патогенетических механизмов и генетических факторов между розацеа и раком кожи актуальны исследования в различных популяциях с подробными клиническими данными, генетическим анализом и более длительным периодом наблюдения. Оценка качества жизни больных розацеа представляет большой интерес для клинической практики и требует дальнейшего изучения. Розацеа, как хроническое воспалительное заболевание кожи, требует активного лечения во время обострений и превентивных стратегий для ограничения рецидивов. Помимо общего ухода за кожей существует несколько одобренных вариантов лечения, как местных, так и системных.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Zhang J., Yan Y., Jiang P., Liu Z., Liu Y., Liu Y., Wang X., Li M., Xu Y. Association between rosacea and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20(9):2715—2722. doi: 10.1111/jocd.13884.
2. Chang H. C., Huang Y. C., Lien Y. J., Chang Y. S. Association of rosacea with depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022;(299):239—245. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.008.
3. Incel Uysal P., Akdogan N., Hayran Y., Oktem A., Yalcin B. Rosacea associated with increased risk of generalized anxiety disorder: a case-control study of prevalence and risk of anxiety in patients with rosacea. *An Bras Dermatol.* 2019;94(6):704—709. doi: 10.1016/j.abd.2019.03.002.
4. Tsai T. Y., Chiang Y. Y., Huang Y. C. Cardiovascular Risk and Comorbidities in Patients with Rosacea: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(17). doi: 10.2340/00015555—3668.
5. Cho S. I., Lee H., Cho S. Risk of Skin Cancer and Actinic Keratosis in Patients with Rosacea: A Nationwide Population-based Cohort Study. *Acta Derm Venereol.* 2022;102. doi: 10.2340/actadv.102.2563.
6. Wienholtz N. K.F., Christensen C. E., Zhang D. G., Rehnagel A. A., Byrnel H. V.S., Haugaard J. H., Ashina M., Thyssen J. P., Egeberg A. Clinical characteristics of combined rosacea and migraine. *Front Med (Lausanne).* 2022;(9). doi: 10.3389/fmed.2022.1026447.
7. Chung B. Y., Kim H. O., Park C. W., Yang N. G., Kim J. Y., Eun Y. S., Chung E. H., Lee S. Y., Park Y. L., Lee S. H., Heo N. H., Shin M. J., Kim J. E. Relationships of Serum Homocysteine, Vitamin B12, and Folic Acid Levels with Papulopustular Rosacea Severity: A Case-Control Study. *Biomed Res Int.* 2022; 2022. doi: 10.1155/2022/5479626.
8. Forton F. M. N. The Pathogenic Role of Demodex Mites in Rosacea: A Potential Therapeutic Target Already in Erythematotelangiectatic Rosacea. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2020;10(6):1229—1253. doi: 10.1007/s13555-020-00458-9.
9. Forton F. M. N. Rosacea, an infectious disease: why rosacea with papulopustules should be considered a demodicosis. A narrative review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(7):987—1002. doi: 10.1111/jdv.18049.
10. Nobeyama Y., Aihara Y., Asahina A. Characteristics of Rosacea and Similar Diseases in Patients Wearing Face Masks. *Skin Appendage Disord.* 2022;8(6):462—468. doi: 10.1159/000525024.
11. Yang F., Zhang Q., Song D., Liu X., Wang L., Jiang X. A Cross-Sectional Study on the Relationship Between Rosacea Severity and Quality of Life or Psychological State. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022;(15):2807—2816. doi: 10.2147/CCID.S390921.
12. Kang C. N., Shah M., Tan J. Rosacea: An Update in Diagnosis, Classification and Management. *Skin Therapy Lett.* 2021;26(4):1—8.
13. Nowicka D., Chilicka K., Dziendziora-Urbińska I., Szygula R. Skincare in Rosacea from the Cosmetologist's Perspective: A Narrative Review. *J Clin Med.* 2022;12(1). doi: 10.3390/jcm12010115.
14. Hu X. M., Li Z. X., Zhang D. Y., Yang Y. C., Zheng S. Y., Zhang Q., Wan X. X., Li J., Yang R. H., Xiong K. Current research and clinical

- trends in rosacea pathogenesis. *Heliyon*. 2022;8(10). doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10874.
15. Zierl S., Guertler A., Hildebrand J. A., Clanner-Engelshofen B. M., French L. E., Reinholz M. A comprehensive epidemiological study of rosacea in Germany. *Eur J Dermatol*. 2021;31(6):744—751. doi: 10.1684/ejd.2021.4165.
 16. van Zuuren E. J., Arents B. W.M., van der Linden M. M.D., Vermeulen S., Fedorowicz Z., Tan J. Rosacea: New Concepts in Classification and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(4):457—465. doi: 10.1007/s40257-021-00595-7.
 17. Miyachi Y., Yamasaki K., Fujita T., Fujii C. Metronidazole gel (0.75%) in Japanese patients with rosacea: A randomized, vehicle-controlled, phase 3 study. *J Dermatol*. 2022;49(3):330—340. doi: 10.1111/1346—8138.16254.
 18. Del Rosso J. Q., York J. P., Bhatia N. Effective Treatment of Inflammatory Lesions of Rosacea with Subantibiotic Dose Doxycycline Irrespective of Patient Weight or Baseline Lesion Count Severity. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2022;15(11):69—74.
 19. van Zuuren E. J., Fedorowicz Z., Tan J., van der Linden M. M.D., Arents B. W.M., Carter B., Charland L. Interventions for rosacea based on the phenotype approach: an updated systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol*. 2019;181(1):65—79. doi: 10.1111/bjd.17590.
 20. Sarkar R., Podder I., Jagadeesan S. Rosacea in skin of color: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2020;86(6):611—621. doi: 10.4103/ijdv.IJDVL_769_19.
 21. Maliyar K., Abdulla S. J. Dermatology: how to manage rosacea in skin of colour. *Drugs Context*. 2022;(11):2021-11-1. doi: 10.7573/dic.2021—11.
 7. Chung B. Y., Kim H. O., Park C. W., Yang N. G., Kim J. Y., Eun Y. S., Chung E. H., Lee S. Y., Park Y. L., Lee S. H., Heo N. H., Shin M. J., Kim J. E. Relationships of Serum Homocysteine, Vitamin B12, and Folic Acid Levels with Papulopustular Rosacea Severity: A Case-Control Study. *Biomed Res Int*. 2022; 2022. doi: 10.1155/2022/5479626.
 8. Forton F. M. N. The Pathogenic Role of Demodex Mites in Rosacea: A Potential Therapeutic Target Already in Erythematotelangiectatic Rosacea. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020;10(6):1229—1253. doi: 10.1007/s13555-020-00458-9.
 9. Forton F. M. N. Rosacea, an infectious disease: why rosacea with papulopustules should be considered a demodicosis. A narrative review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(7):987—1002. doi: 10.1111/jdv.18049.
 10. Nobeyama Y., Aihara Y., Asahina A. Characteristics of Rosacea and Similar Diseases in Patients Wearing Face Masks. *Skin Appendage Disord*. 2022;8(6):462—468. doi: 10.1159/000525024.
 11. Yang F., Zhang Q., Song D., Liu X., Wang L., Jiang X. A Cross-Sectional Study on the Relationship Between Rosacea Severity and Quality of Life or Psychological State. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;(15):2807—2816. doi: 10.2147/CCID.S390921.
 12. Kang C. N., Shah M., Tan J. Rosacea: An Update in Diagnosis, Classification and Management. *Skin Therapy Lett*. 2021;26(4):1—8.
 13. Nowicka D., Chilicka K., Dzieńdziora-Urbińska I., Szyguda R. Skin-care in Rosacea from the Cosmetologist's Perspective: A Narrative Review. *J Clin Med*. 2022;12(1). doi: 10.3390/jcm12010115.
 14. Hu X. M., Li Z. X., Zhang D. Y., Yang Y. C., Zheng S. Y., Zhang Q., Wan X. X., Li J., Yang R. H., Xiong K. Current research and clinical trends in rosacea pathogenesis. *Heliyon*. 2022;8(10). doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10874.
 15. Zierl S., Guertler A., Hildebrand J. A., Clanner-Engelshofen B. M., French L. E., Reinholz M. A comprehensive epidemiological study of rosacea in Germany. *Eur J Dermatol*. 2021;31(6):744—751. doi: 10.1684/ejd.2021.4165.
 16. van Zuuren E. J., Arents B. W.M., van der Linden M. M.D., Vermeulen S., Fedorowicz Z., Tan J. Rosacea: New Concepts in Classification and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(4):457—465. doi: 10.1007/s40257-021-00595-7.
 17. Miyachi Y., Yamasaki K., Fujita T., Fujii C. Metronidazole gel (0.75%) in Japanese patients with rosacea: A randomized, vehicle-controlled, phase 3 study. *J Dermatol*. 2022;49(3):330—340. doi: 10.1111/1346—8138.16254.
 18. Del Rosso J. Q., York J. P., Bhatia N. Effective Treatment of Inflammatory Lesions of Rosacea with Subantibiotic Dose Doxycycline Irrespective of Patient Weight or Baseline Lesion Count Severity. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2022;15(11):69—74.
 19. van Zuuren E. J., Fedorowicz Z., Tan J., van der Linden M. M.D., Arents B. W.M., Carter B., Charland L. Interventions for rosacea based on the phenotype approach: an updated systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol*. 2019;181(1):65—79. doi: 10.1111/bjd.17590.
 20. Sarkar R., Podder I., Jagadeesan S. Rosacea in skin of color: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2020;86(6):611—621. doi: 10.4103/ijdv.IJDVL_769_19.
 21. Maliyar K., Abdulla S. J. Dermatology: how to manage rosacea in skin of colour. *Drugs Context*. 2022;(11):2021-11-1. doi: 10.7573/dic.2021—11.

REFERENCES

1. Zhang J., Yan Y., Jiang P., Liu Z., Liu Y., Liu Y., Wang X., Li M., Xu Y. Association between rosacea and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *J Cosmet Dermatol*. 2021;20(9):2715—2722. doi: 10.1111/jocd.13884.
2. Chang H. C., Huang Y. C., Lien Y. J., Chang Y. S. Association of rosacea with depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;(299):239—245. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.008.
3. Incel Uysal P., Akdogan N., Hayran Y., Oktem A., Yalcin B. Rosacea associated with increased risk of generalized anxiety disorder: a case-control study of prevalence and risk of anxiety in patients with rosacea. *An Bras Dermatol*. 2019;94(6):704—709. doi: 10.1016/j.abd.2019.03.002.
4. Tsai T. Y., Chiang Y. Y., Huang Y. C. Cardiovascular Risk and Comorbidities in Patients with Rosacea: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(17). doi: 10.2340/00015555—3668.
5. Cho S. I., Lee H., Cho S. Risk of Skin Cancer and Actinic Keratosis in Patients with Rosacea: A Nationwide Population-based Cohort Study. *Acta Derm Venereol*. 2022;102. doi: 10.2340/actadv.102.2563.
6. Wienholtz N. K.F., Christensen C. E., Zhang D. G., Rechnagel A. A., Byrnel H. V.S., Haugaard J. H., Ashina M., Thyssen J. P., Egeberg A. Clinical characteristics of combined rosacea and migraine. *Front Med (Lausanne)*. 2022;(9). doi: 10.3389/fmed.2022.1026447.

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 14.02.2023; одобрена после рецензирования 22.03.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 14.02.2023; approved after reviewing 22.03.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 615.035:616—08:616-053

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.004

Значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Арам Вачаганович Мартиросов¹, Сергей Николаевич Черкасов²,
Анна Владимировна Федяева^{3✉}

^{1–3}Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова РАН, Москва, Российская Федерация;

¹Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Российская Федерация

¹dr.martirosov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5240-8372>

²cherkasovsn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1664-6802>

³orgzdravotdel@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-8874-0921>

Аннотация. Цель исследования: научно обосновать значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. **Материалы и методы исследования.** Первичные данные были получены путем анкетирования пациентов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Всего было роздано 502 анкеты, получен ответ от всех респондентов. Исследование проведено в городе Москва. Основная группа — 420 пациентов, признавших за собой первостепенную ответственность за свое здоровье (активная модель поведения), контрольная группа — 82 пациента, которые возложили первостепенную ответственность за свое здоровье на внешние, по отношению к себе, субъекты (пассивная модель поведения). **Результаты.** Интегральная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не зависит от факта признания пациентом первостепенной ответственности за свое здоровье (3,37±0,05 против 3,41±0,13 баллов). Независимо от факта признания первостепенной ответственности за свое здоровье величина оценки повышается с увеличением частоты посещения медицинской организации. Более строго пациенты оценивали деятельность администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания (3,24±0,06 балла в основной группе и 3,34±0,14 баллов в контрольной группе). Пациенты, принимающие на себя первостепенную ответственность за свое здоровье, несколько чаще болеют острыми заболеваниями, но реже имеют хронические заболевания. Основные претензии пациентов касались организации работы участковых врачей и узких специалистов.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов, факторы удовлетворенности, амбулаторная помощь, медицинская организация, социальные детерминанты.

Для цитирования: Мартиросов А. В., Черкасов С. Н., Федяева А. В. Значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 25—29. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.004.

Original article

The importance of a responsible attitude to one's own health as a social characteristic of a patient in the formation of his attitude to the organization of medical care provided on an outpatient basis

Aram V. Martirosov¹, Sergey N. Cherkasov², Anna V. Fedyeva^{3✉}

^{1–3}V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation;

¹Moscow Medical University «Reaviz», Moscow, Russian Federation

¹dr.martirosov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5240-8372>

²cherkasovsn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1664-6802>

³orgzdravotdel@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-8874-0921>

Annotation. The purpose of the study: To scientifically substantiate the importance of a responsible attitude to one's own health as a social characteristic of a patient in the formation of his attitude to the organization of medical care provided in outpatient settings. **Materials and methods of research.** The primary data were obtained by interviewing patients of medical organizations providing medical care on an outpatient basis. A total of 502 questionnaires were distributed, and a response was received from all respondents. The study was conducted in Moscow. The main group consisted of 420 patients who recognized primary responsibility for their health (active behavior model), the control group consisted of 82 patients who assigned primary responsibility for their health to external subjects (passive behavior model). **Results.** The integral assessment of the activities of medical organizations providing medical care on an outpatient basis does not depend on the fact that the patient recognizes primary responsibility for his health (3.37±0.05 vs. 3.41±0.13 points). Regardless of the fact that the primary responsibility for one's health is recognized, the value of the assessment increases with an increase in the frequency of visits to a medical organization. More strictly, the patients assessed the activities of the city (district) administration on the organization of medical care (3.24±0.06 points in the main group and 3.34±0.14 points in the control group). Patients who take pri-

mary responsibility for their health are somewhat more likely to suffer from acute diseases, but less likely to have chronic diseases. The main complaints of patients concerned the organization of work of district doctors and narrow specialists.

Key words: *patient satisfaction, satisfaction factors, outpatient care, medical organization, social determinants.*

For citation: Martirosov A. V., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V. The importance of a responsible attitude to one's own health as a social characteristic of a patient in the formation of his attitude to the organization of medical care provided on an outpatient basis. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):25–29. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.004.

Введение

Отношение к собственному здоровью может во многом определять поведение пациента, а также степень его приверженности к здоровьесберегающим моделям поведения. Принятие на себя перво-степенной ответственности за собственное здоровье (активная модель поведения) повышает степень критичности не только к своему поведению, но и к организации медицинского обслуживания [1–4]. С другой стороны, пациенты принимающие, или как минимум декларирующие, такие подходы должны обладать большей адекватностью в оценках и осознавать ограниченные возможности системы здравоохранения по восстановлению их здоровья. Однако при таком подходе может проявляться и другая модель поведения [5–7]. Не доверяя системе здравоохранения, пациент начинает принимать самостоятельные решения относительно своего здоровья, основываясь на том, что именно он несет за него ответственность (повышенная степень активности). Так как уровень его профессиональных знаний не соответствует требуемому в контексте принятия решений относительно своего здоровья, то и решения могут быть не всегда адекватны ситуации. Чаще всего этот социальный фактор рассматривали как положительный [8–13], но исчерпывающей информации по его влиянию на отношение к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не существует.

Цель исследования

Научно обосновать значимость ответственного отношения к собственному здоровью как социальной характеристики пациента в формировании его отношения к организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Первичные данные были получены путем анкетирования пациентов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Всего было роздано 502 анкеты, получен ответ от всех респондентов. Исследование проведено в городе Москва.

Оценка факта признания ответственности за свое здоровье производилась на основании ответа на вопрос анкеты: «Кто по Вашему мнению ответственен за Ваше здоровье в ПЕРВУЮ очередь?». Респондентам было предложено три закрытых варианта ответа: «я сам отвечаю за свое здоровье», государство, медицинские организации. Один вариант ответа был открытым, когда сам пациент мог указать на структуры или субъект, который, по его мнению, ответственен в первую очередь за его здоровье.

Наиболее распространенным ответом было признание перво-степенной ответственности за свое здоровье — основная группа (420 человек). Такая модель поведения рассматривалась как активная. В контрольную группу включили 82 человека, которые выбрали иные варианты ответа и возложили перво-степенную ответственность за свое здоровье на внешние, по отношению к себе, субъекты — пассивная модель поведения.

Сравнение групп проводилось по стандартной схеме с использованием непараметрического критерия достоверности различий χ^2 .

Результаты

В основной группе пациентов, принимающих на себя перво-степенную ответственность за свое здоровье (активная модель поведения), интегральная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составила $3,37 \pm 0,05$ баллов, а в контрольной группе пациентов, которые возлагают перво-степенную ответственность за свое здоровье на внешние по отношению к себе субъекты — пассивная модель поведения) $3,41 \pm 0,13$ баллов. Показательно, что в основной группе пациентов дисперсия была более чем в два раза ниже, чем в контрольной группе, однако достоверных различий между группами в величине оценки не было ($p > 0,05$).

Пациенты основной группы реже посещали поликлинику. Среднее число посещений за год составило 2,65 раза, тогда как в контрольной группе 3,09 раз в год. Более редкое посещение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, может свидетельствовать о разных моделях поведения, но может определяться и потребностью в медицинской помощи, зависимой от наличия острых или хронических заболеваний.

В соответствии с данными опроса более половины пациентов основной группы (54,7%) имеют хроническое заболевание, тогда как в контрольной группе только 43,9%. Более высокий удельный вес пациентов, имеющих хроническое заболевание, в основной группе определяет более высокую вероятность обращения за медицинской помощью, однако такого не наблюдается. Частота острых заболеваний несколько выше среди пациентов контрольной группы 1,11 заболеваний против 1,24 заболеваний в год среди пациентов основной группы. Среди пациентов контрольной группы больше тех, кто болел острыми заболеваниями более 3-х раз в год (17,1% в контрольной группе против 9,8% в основной группе).

Следовательно, наблюдаются разнонаправленные тенденции. Пациенты, принимающие на себя

Таблица 1

Оценка организации деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в зависимости от частоты ее посещения пациентами основной и контрольной групп (ответственность за собственное здоровье)

Частота посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Основная группа (признание ответственности за свое здоровье — активная модель поведения)	Контрольная группа (возложение ответственности за свое здоровье на внешние субъекты — пассивная модель поведения)	Достоверность различий
Крайне редко (менее 1 раза в год)	3,29±0,06	3,40±0,16	> 0,05
1—2 раза в год	3,37±0,06	3,22±0,09	> 0,05
3—5 раз в год	3,35±0,05	3,70±0,11	> 0,05
Более 5 раз в год	3,68±0,04	3,66±0,14	> 0,05
Независимо от частоты посещений	3,37±0,05	3,41±0,13	> 0,05

первостепенную ответственность за свое здоровье, несколько чаще болеют острыми заболеваниями, но реже имеют хронические заболевания.

Далее, для каждой подгруппы (сформированной с учетом частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях) были получены величины средней оценки качества организации деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (данные представлены в таблице 1).

Независимо от факта признания первостепенной ответственности за свое здоровье величина оценки повышается с увеличением частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Наиболее высокая оценка наблюдалась среди тех пациентов, кто наиболее часто посещал медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Более строго пациенты оценивали деятельность администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания. В основной группе средняя величина оценки составила 3,24±0,06 балла, в контрольной группе 3,34±0,14 баллов. Различия между оценкой деятельности медицинской организации и администрации были значительнее в основной группе, тогда как в пациенты, включенные в контрольную группу, не видели особых различий между оценкой деятельности медицинской организации и администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания. То есть пациенты, считающие именно себя ответственными за свое здоровье, сильнее дифференцировали деятельность по организации медицинской помощи между медицинской организацией и органами власти и строже оценивали более высокие уровни управления. Возможно, в связи с такой оценкой они не доверяли свое здоровье органам государственной и муниципальной власти, а старались решить вопросы, связанные со здоровьем самостоятельно. В таком случае, признание первостепенной ответственности за свое здоровье является не признаком высокой ответственности, а признаком недоверия со стороны граждан к системе охраны здоровья.

Далее, для каждой подгруппы (сформированной с учетом частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях) были получены величины средней оценки деятельности администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания (данные представлены в таблице 2).

Логично предположить, что, возлагая ответственность за свое здоровье на внешние субъекты, в том числе и административно-властные структуры, оценка их деятельности со стороны таких пациентов должна быть выше и это наблюдается в реальности. В основной группе никакой зависимости величины оценки от частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не было (табл.2), тогда как в контрольной группе величина оценки возрастала при увеличении частоты посещений медицинской организации. Чем выше была частота обращений, тем выше была оценка деятельности администрации.

Полученные данные свидетельствуют о различных подходах к оценке системы управления медицинской помощью у пациентов с разным отношением к признанию ответственности за свое здоровье. Разные подходы должны генерировать различия в оценке деятельности отдельных подразделений поликлиники. Если принять во внимание высказанное предположение о том, что пациенты, признающие свою первостепенную ответственность за свое здоровье за собой, делают это вследствие недоверия к системе здравоохранения, то и оценка деятельности поликлиники и отдельных ее подразделений может быть более критичной. Возможно, эта потенциальная критика и стала основанием для формирования недоверия к внешним субъектам и возложения первостепенной ответственности за свое здоровье на себя.

С учетом достаточно низких оценок деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, следует провести анализ отношения пациентов к организации отдельных процессов и аспектов деятельности поликлиники. В основной группе половина опрошенных пациентов не высказала никаких претензий

Таблица 2

Оценка качества организации деятельности администрации по организации медицинского обслуживания в зависимости от частоты ее посещения пациентами основной и контрольной групп (ответственность за собственное здоровье)

Частота посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Основная группа (признание ответственности за свое здоровье — активная модель поведения)	Контрольная группа (возложение ответственности за свое здоровье на внешние субъекты — пассивная модель поведения)	Достоверность различий
Крайне редко (менее 1 раза в год)	3,27±0,06	3,24±0,2	>0,05
1—2 раза в год	3,26±0,05	3,26±0,12	>0,05
3—5 раз в год	3,23±0,06	3,65±0,11	<0,05
Более 5 раз в год	3,29±0,06	3,54±0,11	>0,05
Независимо от частоты посещений	3,24±0,06	3,34±0,14	>0,05



Рис. 1. Число пациентов основной и контрольной групп (ответственность за собственное здоровье), высказавших претензии к организации работы поликлиники и отдельных ее подразделений (на 100 опрошенных).

1 — режим работы поликлиники, 2 — организация работы регистратуры, 3 — организация работы участковых врачей, 4 — организация работы узких специалистов, 5 — организация работы лаборатории, 6 — организация работы руководства поликлиники

к организации работы поликлиники (52 из 100 опрошенных), в контрольной группе таковых было несколько меньше (48 из 100 опрошенных).

Основные претензии касались организации работы участковых врачей и узких специалистов (рис. 1). Значимые различия между оценками наблюдались только в отношении организации работы участковых врачей, деятельность которых вызвала больше претензий у пациентов, которые ответственность за свое здоровье возлагали на внешние, по отношению к себе, субъекты управления.

Выводы

Интегральная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не зависит от факта признания пациентом первостепенной ответственности за свое здоровье ($3,37 \pm 0,05$ против $3,41 \pm 0,13$ баллов). Независимо от факта признания первостепенной ответственности за свое здоровье величина оценки повышается с увеличением частоты посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Более строго пациенты оценивали деятельность администрации города (округа) по организации медицинского обслуживания ($3,24 \pm 0,06$ балла в основной группе и $3,34 \pm 0,14$ баллов в контрольной группе).

Возлагая ответственность за свое здоровье на внешние субъекты, в том числе и административные структуры, пациенты более высоко оценивали деятельность этих структур. Пациенты, принимающие на себя первостепенную ответственность за свое здоровье, несколько чаще болеют острыми заболеваниями, но реже имеют хронические заболевания.

Основные претензии пациентов касались организации работы участковых врачей и узких специалистов. Значимые различия между оценками наблюдались только в отношении организации работы участковых врачей, деятельность которых вызвала больше претензий у пациентов, которые ответ-

ственность за свое здоровье возлагали на внешние, по отношению к себе, субъекты управления.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Genovese U., Del Sordo S., Pravettoni G., Akulin I. M., Zoja R., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*. 2017;7(1):010301. DOI: 10.7189/jogh.07.010301.
- Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S. A data management model for proactive risk management in healthcare. *Advances in Systems Science and Applications*. 2020;20(1):114—118. DOI: 10.25728/assa.2020.20.1.864.
- Келасьев В. Н., Первова И. Л., Полуэктова Н. М. Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2016;(1):15—26.
- Огуль Л. А., Анопко В. П., Шаповалова М. А. Планирование стратегий ЛПУ. *Наука Красноярья*. 2012;1(5):60—68.
- Акулин И. М., Чеснокова Е. А., Пресняков Р. А. К вопросу о расследовании ятрогенных преступлений в контексте перехода на цифровое здравоохранение: новые перспективы и проблемы нормативно-правового регулирования. *Право и современные технологии в медицине*; отв. ред. А. А. Мохов, О. В. Сушко-ва. Москва; 2019: 300—303.
- Егиазарян К. А., Лалабекова М. В., Черкасов С. Н. и др. Территориальные особенности планирования необходимого объема медицинской помощи по профилю травматология и ортопедия. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2016;(11—12):23—29.
- Коновалов О. Е., Уряев О. М., Кича Д. И. Медицинская активность больных бронхиальной астмой. *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2013;(3):98—100.
- Арстангалиева З. Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2013;3(11):1309.
- Сопова И. Л., Черкасов С. Н., Полозков И. М. Влияние уровня образования на степень ответственности в отношении собственного здоровья. *Прикаспийский вестник медицины и фармации*. 2020;(3—4):21—26.
- Полозков О. И., Черкасов С. Н., Мешков Д. О. Признание ответственности за свое здоровье как детерминанта здоровья в старших возрастных группах. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(1):30—35.
- Cott C. A., Gignac M. A.M., Badley E. M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999;53(11):731—736.
- Черкасов С. Н., Горбунов А. Л., Саидов С. С., Федяева А. В., Сухов А. А. Половозрастные различия отношения к соблюдению рекомендаций врача пациентами хирургического профиля. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье*. 2022;4(58):98—103.
- Gorbunov A. L., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V., Moroz I. N., Martirosov A. V., Suhov A. A. Attitude to informing the doctor about the treatment process in different age and sex groups of patients. *Bulletin Biomedicine and sociology*. 2022;7(1):66—75.

REFERENCES

- Genovese U., Del Sordo S., Pravettoni G., Akulin I. M., Zoja R., Casali M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*. 2017;7(1):010301. DOI: 10.7189/jogh.07.010301.
- Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S. A data management model for proactive risk management in healthcare. *Advances in Systems Science and Applications*. 2020;20(1):114—118. DOI: 10.25728/assa.2020.20.1.864.
- Kelasyev V. N., Pervova I. L., Poluektova N. M. Human concept: social and subjective determinants of health. *Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy [Vestnik Sankt-Petersburgskogo universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika]*. 2016;(1):15—26. (in Russian).
- Ogul' L. A., Anopko V. P., Shapovalova M. A. Planning of LCP strategies. *Krasnoyarsk Science. [Nauka Krasnoyars'ya]*. 2012;1(5):60—68. (in Russian).

5. Akulin I. M., Chesnokova E. A., Presnyakov R. A. On the investigation of iatrogenic crimes in the context of the transition to digital health care: new perspectives and problems of regulatory and legal regulation. *Law and modern technologies in medicine. [Pravo i sovremennyye tekhnologii v meditsine]*; ed. A. A. Mokhov, O. V. Sushkova. Moscow; 2019: 300—303. (in Russian).
6. Yegiazaryan K. A., Lalabekova M. V., Cherkasov S. N. et al. Territorial features of the planning of the required amount of medical care according to the profile of traumatology and orthopedics. *Health care Standardization Problems. [Problemy standartizatsii v zdravookhranении]*. 2016;(11—12):23—29. (in Russian).
7. Konovalov O. E., Uryashev O. M., Kicha D. I. Medical activity of patients with bronchial asthma. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald. [Rossiyskiy mediko-biologicheskiiy vestnik im. akademika I. P. Pavlova]*. 2013;(3):98—100. (in Russian).
8. Arstangalieva Z.Zh. Determinants of a healthy lifestyle of elderly people. *Bulletin of Medical Internet Conferences. [Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy]*. 2013;3(11):1309. (in Russian).
9. Sopova I. L., Cherkasov S. N., Polozkov I. M. Influence of the level of education on the degree of responsibility in relation to one's own health. *Caspian Journal of Medicine and Pharmacy. [Prikaspiyskiy vestnik meditsiny i farmatsii]*. 2020;(3—4):21—26. (in Russian).
10. Polozkov O. I., Cherkasov S. N., Meshkov D. O. Recognition of responsibility for their health as a determinant of health in older age groups. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2021;(1):30—35. (in Russian).
11. Cott C. A., Gignac M. A.M., Badley E. M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1999;53(11):731—736.
12. Cherkasov S. N., Gorbunov A. L., Saidov S. S., Fedyaeva A. V., Sukhov A. A. Gender-age differences in the attitude towards compliance with the doctor's recommendations by surgical patients. *Bulletin of the Medical Institute «REAVIZ»: rehabilitation, doctor and health. [Vestnik meditsinskogo instituta «REAVIZ»: reabilitatsiya, vrach i zdorov'e]*. 2022;4(58):98—103. (in Russian).
13. Gorbunov A. L., Cherkasov S. N., Fedyaeva A. V., Moroz I. N., Martirosov A. V., Suhov A. A. Attitude to informing the doctor about the treatment process in different age and sex groups of patients. *Bulletin Biomedicine and sociology*. 2022;7(1):66—75.

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 27.02.2023; одобрена после рецензирования 22.03.2023; принята к публикации 30.08.2023.
The article was submitted 27.02.2023; approved after reviewing 22.03.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Обзорная статья

УДК 614.1/2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.005

Эффективность различных методов скрининга туберкулеза среди уязвимых групп населения (аналитический обзор)

Зинаида Моисеевна Загдын¹, Николай Викторович Кобесов², Мария Павловна Дмитриева³, Анатолий Владимирович Печенкин⁴

^{1,4}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ Республики Северная Осетия-Алания «Республиканский клинический центр фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, 362015, г. Владикавказ, Лечебный проезд, д. 1;

³СПб ГБУЗ «Городской противотуберкулезный диспансер», 196142, г. Санкт-Петербург, ул. Звездная 12.

¹dinmetyan@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1149-5400>

²kobesov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9833-5700>

³masha.dmitrieva@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-81247034>

⁴a.pechenkin@pharmline.ru, <http://orcid.org/0009-0006-9821-3566>

Аннотация. Одним из основополагающих принципов общественного здоровья является единство профилактики и лечения болезней, особенно социально значимых, в том числе инфекционных, таких как ТБ. К профилактическим мерам по снижению распространения ТБ относится его раннее выявление (скрининг), включая ключевые группы риска. **Целью** исследования, выполненного с применением информационно-аналитического и статистического методов, на основе материалов собственных разработок, отечественных и зарубежных публикаций, данных, полученных из форм федерального статистического наблюдения, является изучение эффективности различных методов скрининга ТБ, в том числе латентного, среди уязвимых групп населения. Из результатов исследования следует, что в России, на фоне улучшения эпидемической ситуации, основным скрининговым методом ТБ продолжают оставаться периодические ФЛГ осмотры населения. Эффективные и современные методы скрининга ТБ используются крайне редко: МГМ (6,2%), IGRA-тесты для скрининга ЛТИ среди ключевых групп риска применяются не системно, преимущественно среди детского населения, наряду с отечественным АТР. Между тем, при равных показателях охвата населения скрининговыми осмотрами и доли впервые выявленных случаев ТБ при скрининге, его выявляемость в регионах с высокой заболеваемостью достоверно выше, нежели в регионах с низкой заболеваемостью ТБ (95,0%ДИ: -0,12 — -3,11, $p < 0,02$). Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к организации скрининга ТБ: в регионах с высокой заболеваемостью ТБ сохранить массовые ФЛГ осмотры среди населения; на территориях с низкими показателями заболеваемости активный скрининг ТБ проводить лишь среди уязвимых групп, в том числе используя МГМ, для скрининга ЛТИ — АТР и IGRA-тесты, а среди обратившихся за медицинской помощью организовать пассивный скрининг ТБ.

Ключевые слова: туберкулез, уязвимые группы, ЛТИ, скрининг, IGRA-тесты, АТР, эффективность.

Для цитирования: Загдын З. М., Кобесов Н. В., Дмитриева М. П., Печенкин А. В. Эффективность различных методов скрининга туберкулеза среди уязвимых групп населения (аналитический обзор) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 30—36. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.005.

Review article

Efficacy of various tb screening methods in vulnerable groups (analytical review)

Zinaida M. Zagdyn¹, Nikolay V. Kobesov², Mariya P. Dmitrieva³, Anatoliy V. Pechenkin⁴

^{1,4}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

²Republic Clinical Center of Pthisiopulmonology of Ministry of Health Care of Republic of North Ossetia-Alania, 362015, Lechebniy proezd, 1, Vladikavkaz, Russia;

³Saint-Petersburg State Budgetary Health Care Facility "City antituberculous dispensary", 196142, Zvezdnaya street, 12, Saint-Petersburg, Russia.

¹dinmetyan@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1149-5400>

²kobesov@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9833-5700>

³masha.dmitrieva@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-81247034>

⁴a.pechenkin@pharmline.ru, <http://orcid.org/0009-0006-9821-3566>

Annotation. One of the fundamental principles of public health is the collaboration of prevention and treatment of diseases, especially socially significant ones, including infections, such as TB. Preventive measures to reduce the TB spread include its early detection (screening), among key risk groups too. The study aim, provided by using information-analytical and statistical methods, based on own materials, national and foreign publications, data obtained from federal statistical observation forms, is to know the effectiveness of various TB

and LTBI screening methods, among vulnerable groups. The study results show that in Russia, along with improvement in the epidemic situation, periodic CXR examinations continue to be the main TB screening method. Effective and modern TB screening methods are used extremely rarely: MGM (6,2%), IGRA-tests for LTBI screening among key risk groups are used non-systemically, mainly among children, along with national ART. Meanwhile, with equal rates of population screening coverage and share of new TB cases found by screening, its detection rate in regions with a high TB incidence is significantly prevailing in regions with a low one (95,0% CI: -0,12 — -3,11, $p < 0,02$). The obtained data indicate the need for a differentiated approach to provide TB screening measures: in regions with a high TB incidence, to maintain mass CXR screening; in areas with low incidence rates, active TB screening should be carried out only among vulnerable groups, including usage of MGM, ATR and IGRA-tests for LTBI screening, and passive TB screening should be organized among those who seek medical care.

Key words: tuberculosis, vulnerable groups, LTBI, screening, IGRA-tests, ATR, efficacy.

For citation: Zagdyn Z. M., Kobesov N. V., Dmitrieva M. P., Pechenkin A. V. Efficacy of various TB screening methods in vulnerable groups (analytical review). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):30–36. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.005.

Введение

Одним из основополагающих принципов системы здравоохранения, созданной Н. А. Семашко, является единство профилактики и лечения болезни, которое никогда и ни для какой системы здравоохранения не потеряет свою актуальность [1, 2]. При разработке профилактических мер против того или иного заболевания необходимо учитывать целесообразность и эффективность этих мер, исходя из важности для системы здравоохранения и социальной значимости данной патологии для общественного здоровья [3]. Туберкулез (ТБ) в России признан социально значимым, представляющим опасность для окружающих и национальную угрозу для страны, инфекционным заболеванием^{1,2}. Несмотря на снижение заболеваемости, распространенности и смертности от ТБ в последнее десятилетие, в Российской Федерации (РФ) сохраняется рост случаев с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и сочетанием ТБ с ВИЧ-инфекцией, обусловленный преимущественно низкой приверженностью к лечению маргинальных слоев населения [4–6]. Такая ситуация требует усиления профилактической направленности противотуберкулезных мер среди населения, в том числе раннего выявления (скрининга) ТБ среди уязвимых групп.

Целью настоящего описательно-аналитического исследования является изучение эффективности различных методов, используемых для скрининга ТБ, в том числе латентного, среди уязвимых групп населения.

Материалы и методы

В работе применены информационно-аналитический и статистический методы. Материалом для исследования служили: отечественные и зарубежные публикации, выбранные через поисковые системы PubMed, www.base-search.net, e-Library, Ciberleninka; сведения из таблиц, разработанных авторами и полученных из регионов Северо-Западного федерального округа (СЗФО) за 2021 год, данные

Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) [7]. Также использована информация из форм федерального статистического наблюдения: формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом», формы № 30 «Сведения о медицинской организации», формы № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом».

Для сравнения парных выборок рассчитывались 95,0% доверительный интервал (95,0%ДИ), t-критерий Стьюдента, p-value на базе программы SPSS 26. К регионам с высокой заболеваемостью ТБ были отнесены территории с показателями 60,0 на 100 тыс. населения и выше за 2021 год, с низкой заболеваемостью — с показателями 15,0 на 100 тыс. населения и ниже.

Результаты и обсуждение

Уязвимую к ТБ категорию населения по факторам риска условно можно разделить на несколько групп, которые перекрещиваются. Группу по социально-экономическим факторам риска формируют: малоимущие слои населения; лица без определенного места жительства (БОМЖ); находящиеся в местах лишения свободы (МЛС); беженцы, мигранты, в том числе трудовые и работающие вахтовым методом; люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ); лица с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), в том числе от алкоголизма; коренные малочисленные народы и др. [8–10]. В группу населения, имеющей медико-биологические факторы риска по ТБ, входят пациенты: с ВИЧ-инфекцией; сахарным диабетом; хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания; язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки; силикозом и другими пылевыми заболеваниями легких; длительно принимающие кортикостероиды, цитостатики, ингибиторы фактора некроза опухоли- α (ФНО- α); перенесшие ТБ в прошлом и пр. [11–13]. Также выделяют эпидемиологическую группу риска по ТБ в составе: семейных, производственных и других тубконтактов с пациентом, имеющим активный туберкулезный процесс; сотрудников медицинских организаций (МО), в том числе противотуберкулезных; военнослужащих; работников детских дошкольных и школьных организаций, социальных домов, пищевой отрасли, которые при заболевании активным ТБ представляют опасность для окружающих, и объединены в так называемую «декретированную» группу риска [14–16].

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. № 715 (ред. от 31.01.2020 г.) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». КонсультантПлюс. URL: <http://www.consultant.ru>. Дата обращения: 12.12.2022.

² Указ Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537 (ред. от 01.07.2014) «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.». КонсультантПлюс. URL: <http://www.consultant.ru>. Дата обращения: 02.12.2022.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), выделяя уязвимые группы риска, в том числе жителей отдаленных районов, рекомендует проводить систематический скрининг на ТБ **всего населения** при уровне его распространенности на определенной территории 0,5% и выше. В качестве основных инструментов для скрининга ТБ среди подростков и взрослых предлагается использовать наличие симптомов, рентгенограмму (РГ) органов грудной клетки или молекулярные быстрые диагностические тесты (МБДТ), в частности GeneXpert MTB/RIF; среди детей, близко контактирующих с пациентами с ТБ — клинические симптомы и РГ [17].

Особое внимание уделяется ЛЖВ, среди которых первоначально предлагается применять систематический скрининг на ТБ 4-х симптомов (ВОЗ 4СС или WHO 4SS): кашля, лихорадки, потери веса, ночных потов. При наличии хотя бы одного из перечисленных симптомов пациент подлежит более глубокому обследованию на ТБ. Также, для скрининга ТБ среди ЛЖВ, наряду с рутинным выявлением клинического синдрома, рекомендуется применение РГ, МБДТ, определение С-реактивного белка с пороговым значением выше 5 мг/л. Среди ВИЧ-положительных детей младше 10 лет скрининг на ТБ проводится по наличию симптомов и тубконтакта в анамнезе [17].

В метаанализе Alsdurf H. и соавторов 27 публикаций из 16 стран мира указывается, что скрининг ТБ с рутинным выявлением симптомов заболевания и последующим выполнением РГ и GeneXpert MTB/RIF у высоко уязвимых групп населения наиболее эффективен, в том числе экономически, в местах, учреждениях и/или среди тех слоев населения, где высока распространенность ТБ: в МЛС, среди ЛЖВ, жителей отдаленных территорий с низкой доступностью медицинской помощи и др. [18]. Применение более дорогостоящих методов скрининга ТБ, таких как МБДТ, липо-арабиноманановый тест (LAM-test), минуя рутинные методы — WHO 4SS и РГ, оправдано лишь среди ЛЖВ [19, 20]. Среди населения с высокой плотностью и высокой распространенностью ТБ предпочтителен активный скрининг инфекции по клиническим симптомам с распросом жителей волонтерами, медицинскими работниками «от двери к двери» [21]. Низкую эффективность имеет скрининг ТБ с использованием передвижных рентгенологических установок, особенно среди труднодоступных для МО слоев населения: лиц БОМЖ, потребителей ПАВ [22]. При низкой распространенности ТБ эффективным является пассивный скрининг ТБ среди обратившихся за медицинской помощью [23].

В Российской Федерации основным нормативно-правовым актом (НПА), регулирующим скрининг ТБ среди населения, является Приказ Минздрава России от 21.03.2017 N 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»³. Согласно данному НПА методом, используемым для массового выявления ТБ среди населения (взрослые и подростки), является флюоро-

графические (ФЛГ) осмотры с различной периодичностью обследования разных групп риска. Проведение скрининга ТБ среди ЛЖВ дополнительно регулируется федеральными клиническими рекомендациями⁴, где ФЛГ/РГ методы скрининга расширены выявлением WHO 4SS. Среди детей и подростков для скрининга ТБ применяются методы иммунодиагностики: от 12 месяцев до 7 лет — проба Манту 2ТЕ PPD-L, от 8 до 17 лет — проба аллергена туберкулезного рекомбинантного (АТР) или Диаскинтеста⁵, при этом среди подростков дополнительно проводятся ФЛГ осмотры (см. выше).

Известно, что чем меньше распространенность ТБ, тем больше требуется ресурсных затрат для его выявления среди всей популяции. В настоящее время в России, на фоне улучшения ситуации по ТБ, проведение массовых ФЛГ осмотров населения на ТБ вызывает много дискуссий и противоречий. Исследователи из Архангельской области установили низкую эффективность и высокую стоимость ФЛГ осмотров при массовом скрининге ТБ; использование метода оказалось наиболее эффективным при выявлении ТБ среди ключевых групп риска: ЛЖВ, мигрантов, лиц БОМЖ. В связи с этим авторы рекомендуют сосредоточиться на активном скрининге ТБ среди уязвимых групп, а среди всего населения скрининг ТБ проводить лишь у тех, кто обратился за медицинской помощью, т. е. пассивно [24]. С другой стороны, массовые ФЛГ осмотры населения позволяют выявлять не только ТБ, но и другие заболевания органов дыхания, в частности периферический рак легкого [25].

Мы провели сравнение показателей скрининга ТБ среди населения регионов с низким и высоким уровнем заболеваемости ТБ за 2021 год, представленные в таблице 1.

По результатам статистического анализа, охват населения скринингом на ТБ, равно как и доля впервые выявленных случаев ТБ при скрининге, не имели достоверных различий между регионами с низкой и высокой заболеваемостью ТБ ($p > 0,81$ и $p > 0,70$ соответственно). В то же время, выявляемость ТБ при его скрининге в регионах с высокой заболеваемостью ТБ была значимо выше, нежели в регионах с низким уровнем заболеваемости ТБ ($p < 0,02$).

³ Приказ Минздрава России от 21.03.2017 N 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза». URL: https://base.garant.ru/71688450/?ysclid=lek1jh1jyo_226990501. Дата обращения: 23.01.2023.

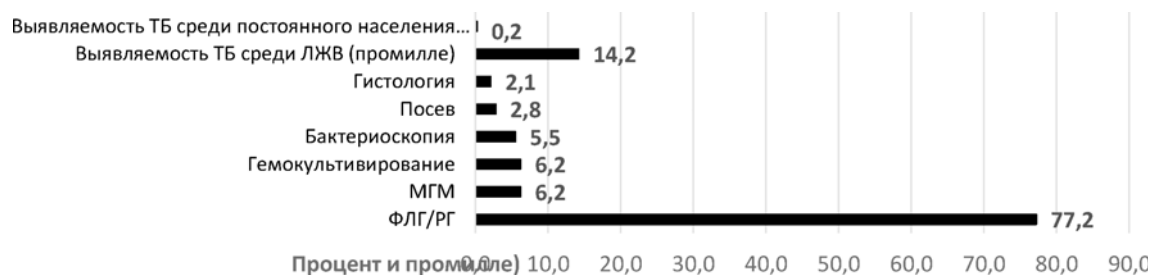
⁴ Общероссийская общественная организация «Российское общество фтизиатров». Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, 2016 г. URL: http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf?ysclid=lek1zs9e9k_329645683. Дата обращения: 03.02.2023.

⁵ Методические рекомендации Минздрава России «Скрининговое обследование детей и подростков с целью выявления туберкулезной инфекции», 2018. URL: https://telemed.ai/media/documents/skriningovoye_obsledovaniye_detey_i_podrostkov_s_tselyu_2018.pdf?ysclid=leky3z5t6g38_746330. Дата обращения: 12.12.23.

Таблица 1

Скрининг и выявляемость туберкулеза в России и регионах с низкой и высокой заболеваемостью туберкулезом в 2021 году (фф. 8, 33 и 30, данные ЦНИИОИЗ; на 100 тыс. населения, на 1000 осмотренных (%), %)

Регионы	Заболеваемость ТБ (на 100 тыс. нас.)	Скрининг и выявляемость ТБ			
		абс. ч.	(%) охвата	Доля впервые выявленных (%)	%
РФ	31,1	103 520 187	71,0	56,3	0,20
Регионы с низкой заболеваемостью ТБ (<15,0 на 100 тыс. населения)					
Вологодская область	10,4	698615	72,0	57,9	0,13
Рязанская область	10,7	703222	69,1	38,0	0,11
Ненецкий автономный округ	13,5	25864	60,7	51,5	0,07
Белгородская обл.	11,4	1098907	82,1	69,3	0,17
Липецкая область	14,4	897524	74,7	68,2	0,12
Воронежская область	14,7	1938969	76,0	48,4	0,10
Костромская область	14,8	338251	70,8	50,0	0,09
Регионы с высокой заболеваемостью ТБ (> 60,0 на 100 тыс. населения)					
Еврейский автономный округ	149,4	69207	44,6	59,8	0,84
Чукотский автономный округ	126,2	36916	74,2	83,6	1,65
Республика Тыва	122,6	252003	76,0	74,4	1,06
Кемеровская область	70,3	2201047	83,6	43,0	0,30
Приморский край	68,3	1028541	55,0	48,5	0,47
Хабаровский край	62,6	1055712	81,1	54,4	0,36
Новосибирская обл.	62,1	2237096	80,4	45,7	0,33
95,0% ДИ	-117,06—-46,25	×	-13,14—16,14	-26,52—19,06	-0,12—-3,11
p-value	p<0,001	×	p>0,81	p>0,70	p<0,02



Применяемые методы скрининга и выявляемость туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, в СЗФО в 2021 году (собственные материалы, фф. 8, % и ‰).

По данным 10 регионов СЗФО от 2021 года основным методом скрининга ТБ среди ЛЖВ, наиболее значимой для распространения ТБ уязвимой группы населения, является РГ/ФЛГ — 77,2%, а молекулярно-генетические методы (МГМ) — 6,2% и другие чувствительные скрининговые инструменты применяются крайне редко (рис.). При этом выявляемость ТБ на 1000 осмотренных среди ЛЖВ оказалась достоверно выше, нежели среди постоянного населения: 14,2 ‰ против 0,2 ‰ (p<0,05).

В странах с низким распространением ТБ мероприятия по его скринингу преимущественно направлены на выявление латентной формы инфекции среди уязвимых групп населения с использованием иммунологических методов (кожных туберкулиновых проб; тестов, основанных на высвобождении лимфоцитами γ -интерферона (IGRA-тесты) под воздействием пептидных антигенов (АГ) [26]. Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) — состояние, когда человек инфицирован *Mycobacterium Tuberculosis Complex*, но активных проявлений заболевания нет. Опасность ЛТИ заключается в возможности ее реактивации под влиянием факторов риска, приводящих к иммуносупрессии (стрессы, голодание, обострение хронических заболеваний и пр.). В странах, где вакцинация БЦЖ не применяется на популяционном уровне, скрининг ЛТИ имму-

нологическими методами с последующим проведением химиопрофилактики ТБ играет важнейшую роль в предотвращении распространения заболевания. В России иммунологические методы (проба Манту 2ТЕ PPD-L и АТР) рекомендованы для скрининга ЛТИ у детей и подростков⁶.

ВОЗ предлагает применять иммунологические методы только для скрининга ЛТИ среди уязвимых групп, и не рекомендует их использовать как для массового скрининга ТБ, так и для диагностики активной формы заболевания [27]. В последнее десятилетие применение туберкулиновых проб, в частности пробы Манту 2ТЕ, во фтизиатрической практике снижается, активно вытесняясь современными IGRA-тестами *in vitro* (используется цельная венозная кровь), которые имеют убедительные преимущества перед классическими кожными пробами (табл. 2).

Недостатками кожных туберкулиновых проб являются: низкая специфичность (29,4%) из-за перекрестной реакции с антигенами (АГ) вакцинного штамма БЦЖ, вызывающей сложности в отличии аллергической реакции от истинной иммуногенной у вакцинированных лиц; частые ложноположительные или лож-

⁶ Клинические рекомендации. Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) у детей. Минздрав России, 2016. URL: http://roftb.ru/netcat_files/doks2017/kl_1.pdf. Дата обращения: 12.12.22.

Таблица 2

Преимущества и недостатки туберкулиновых проб и IGRA-тестов при скрининге латентной туберкулезной инфекции [28—34]

Параметр	Проба Манту	АТР (Диаскинтест®)	T-SPOT.TB	QuantiFERON	TB-Ferron
Метод тестирования	<i>In vivo</i>	<i>In vivo</i>	<i>In vitro</i>	<i>In vitro</i>	<i>In vitro</i>
Чувствительность	98,0%	98,3%	98,8%	80,2%	96,7%
Специфичность	29,4%	98,5%	99,2%	99,0%	95,0%
Ложноположительные реакции	Часто	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Влияние иммуносупрессии на результаты теста	Выраженная	Умеренная	Минимальная	Умеренная	Умеренная
Опыт применения	Долгосрочный	Долгосрочный	Долгосрочный	Долгосрочный	Менее года
Необходимость второго визита	+	+	—	—	—
Доступность в РФ	+	+	+	В РФ не применяется	+

ноотрицательные результаты, особенно у пациентов с выраженной иммуносупрессией; необходимость повторного посещения МО для проверки результатов теста в связи с *in vivo* применением [28, 29]. АТР (Диаскинтест®), содержащий пептидный АГ ESAT-6, отсутствующий у БЦЖ штаммов, разработанный в России и рекомендованный ВОЗ для скрининга ЛТИ [17], имеет ряд преимуществ перед пробой Манту 2 ТЕ PPD-L: высокую специфичность (98,5%), что особо важно для стран, где вакцинация БЦЖ проводится на популяционном уровне, практическое отсутствие ложноположительных и ложноотрицательных результатов, меньшее влияние иммунодефицитных состояний на формирование иммунного ответа на внесенный извне АГ [29, 30]. Недостатком является *in vivo* применение с повторным визитом к врачу для чтения результатов кожного теста.

В России, наряду с АТР, особенно в детской фтизиатрической практике, для скрининга ЛТИ все шире применяются IGRA-тесты. Один из них T-SPOT.TB. Это — *in vitro* тест, основанный на оценке количества сенсibilизированных Т-лимфоцитов в ответ на стимуляцию пептидными АГ ESAT-6, CFP-10, которых нет в БЦЖ штамме, имеет высокие чувствительность (98,8%) и специфичность (99,2%), минимально подвержен влиянию иммуносупрессии, и может применяться у ЛЖВ с низким содержанием CD4-лимфоцитов для скрининга ЛТИ, кроме того, нет необходимости в повторном визите в МО [31].

QuantiFERON-TB Gold, другой *in vitro* тест, также основанный на пептидных АГ ESAT-6 и CFP-10, имеет высокие чувствительность и специфичность, однако больше, чем T-SPOT.TB, подвержен влиянию иммунодефицитных состояний [32, 33]. В настоящее время в России применение данного теста прекращено. Относительно новым в отечественной практике является TB-Ferron тест, также с высокими чувствительностью и специфичностью. Большинство исследователей рекомендуют использовать IGRA-тесты для скрининга ЛТИ в комбинации с туберкулиновыми пробами [29—34].

Заключение

В России основным скрининговым методом ТБ являются ФЛГ-осмотры населения, а методы с высокой диагностической ценностью (МГМ, IGRA-тесты) для скрининга ТБ и ЛТИ, используются крайне редко. Между тем, массовый ФЛГ скрининг среди населения наиболее эффективен в регионах с высокой заболеваемостью ТБ, нежели на территориях с

низкими показателями заболеваемости ($p < 0,05$). Такая ситуация указывает на необходимость дифференцированного подхода к организации скрининга на ТБ: на территориях с низкой заболеваемостью ТБ активный систематический скрининг ТБ необходимо проводить лишь среди уязвимых групп, пассивно обследуя пациентов, обратившихся за медицинской помощью; в регионах с высокой заболеваемостью ТБ сохранить массовый скрининг инфекции среди населения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Баянова Н. А., Пужалин Я. Д., Мамедов В. Г. Плюсы и минусы системы здравоохранения на примере системы Н. А. Семашко. *Молодой ученый*. 2016;130(26):196—99.
2. Хабриев Р. У., Линденбрaten А. Л., Комаров Ю. М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;22(3):3—5.
3. Щепин В. О., Зудин А. Б. Механизмы организации и проведения первичной профилактики онкологических заболеваний. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2012;(3):47.
4. Васильева И. А., Борисов С. Е., Сон И.М., Попов С. А., Нечаева О. Б., Белиловский Е. М., Данилова И. Д. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. *Туберкулез в Российской Федерации 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире*. М.; 2015. С. 196—223.
5. Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в странах мира и в Российской Федерации. *Туберкулез и болезни легких*. 2017;95(9):8—18.
6. Нечаева О. Б. Мониторинг туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. *Медицинский алфавит*. 2017;3(30):24—33.
7. Васильева И. А., Стерликов С. А., Тестов В. В., Михайлова Ю. В., Голубев Н. А., Кучерявая Д. А., Гордина А. В., Пономарев С. Б. Ресурсы и деятельность противотуберкулезных организаций Российской Федерации в 2020—2021 годах. М.: РИО ЦНИИОИЗ; 2022.
8. Gupta R. K., Lipman M., Story A., Hayward A., G. de Vries, R. van Hest, et al. Active case finding and treatment adherence in risk groups in the tuberculosis pre-elimination era. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2018;22(5):479—87. doi: 10.5588/ijtld.17.0767.
9. Богородская Е. М., Белиловский Е. М., Борисов С. Е. Рыбка Л. Н., Петров В. А., Матвеева М. В. Заболеваемость туберкулезом мигрирующего населения и лиц БОМЖ в городе Москве. *Туберкулез и социально значимые заболевания*. 2014;(4):3—17.
10. Корнилова З. Х., Хулхачиев О. Б. Современные подходы к организации выявления туберкулеза среди мигрантов. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015.
11. Mallikarjun V. Jali, Vinay K. Mahishale, Murigendra B. Hiremath. Bidirectional Screening of Tuberculosis Patients for Diabetes Mellitus and Diabetes. *Patients for Tuberculosis Diabetes & Metabolism Journal*. 2013;37(4):291—95. doi: 10.4093/dmj.2013.37.4.291.
12. Byrne A. L., Ben J Marais B. J., Mitnick C. D., Lecca C., G. B. Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review. *Int J Inf Dis*. 2015:138—46. doi: 10.1016/j.ijid.2014.12.016.

13. Narh-Bana S. A., Kawonga M., Odopey S. A., Bonsu F., Ibisomi L., Chirwa T. F. Factors influencing the implementation of TB screening among PLHIV in selected HIV clinics in Ghana: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):898. doi: 10.1186/s12913-022-08295-6.
14. Данцев В. В., Карпущенко В. Г., Болехан В. Н., Мучаидзе Р. Д., Иванов В. В., Шитов Ю. Н., Спицын М. Г. Направления совершенствования профилактической работы в группе военнослужащих с повышенным риском заболевания туберкулезом. *Вестник Российской Военно-медицинской академии.* 2016;3(55):99—104.
15. Humphreys A., Abbara A., Williams S., John L., Corrah T., McGregor A., Davidson R. N. Screening contacts of patients with extrapulmonary TB for latent TB infection. *Thorax.* 2018;73(3):277—78.
16. Голубев Д. Н., Егорова О. С., Медвинский И. Д., Голубев Ю. Д. Заболеваемость туберкулезом медицинских работников в противотуберкулезных учреждениях Свердловской области. *Уральский медицинский журнал.* 2014;120(6):102—07.
17. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: Screening. Systematic screening for tuberculosis diseases. Geneva: WHO; 2022.
18. Alsdurf H., Emringham B., Miller C., Zwerling A. Tuberculosis screening costs and cost-effectiveness in high-risk groups: a systematic review. *BMC Infectious Diseases.* 2021;(21):935. doi: 10.1186/s12879-021-06633-3.
19. Zwerling A. A., Sahu M., Ngwira L. G., Khundi McE., Harawa T., Corbett E. L., et al. Screening for tuberculosis among adults newly diagnosed with HIV in sub-Saharan Africa: a cost-effectiveness analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;70(1):83—90. doi: 10.1097/QAI.0000000000000712.
20. Reddy K. P., Gupta-Wright A., Fielding K. L., Costantini S., Zheng A., Corbett E. L., et al. Cost-effectiveness of urine-based tuberculosis screening in hospitalised patients with HIV in Africa: a microsimulation modelling study. *Lancet Glob Health.* 2019;7(2):e200—8. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30436—4.
21. Karki B., Kittel G., Bolokon I. Jr, Duke T. Active community-based case finding for tuberculosis with limited resources. *Asia Pac J Public Health.* 2017;29(1):17—27. doi: 10.1177/1010539516683497.
22. Silva E. N., Pereira A. C.E., de Araujo W. N., Elias F. T.S. A systematic review of economic evaluations of interventions to tackle tuberculosis in homeless people. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e40. doi: 10.26663/RPSP.2018.40.
23. Machechera S. M., Wilkinson E., Hinderaker S. G., Mabhalha M., Zishiri C., Ncube R. T., et al. A comparison of the yield and relative cost of active tuberculosis case-finding algorithms in Zimbabwe. *Public Health Action.* 2019;9(2):63—8. doi: 10.5588/pha.18.0098.
24. Bogdanova E., Mariandyshov O., Hinderaker S. G., Nikishova E., Kulizhskaya A., Sveshnikova O., Grjibovski A., Heldal E., Mariandyshov A. Mass screening for active case finding of pulmonary tuberculosis in the Russian Federation: how to save costs. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2019;23(7):830—37. doi: 10.5588/ijtld.18.0449.
25. Тюрин И. Е. Скрининг заболеваний органов дыхания: современные тенденции. *Пульмонология и аллергология.* 2011;(2):14—6.
26. Cost-effectiveness analysis of programmatic screening strategies for latent tuberculosis infection in the EU/EEA. Technical report. Stockholm: ECDC; 2018.
27. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis tests for tuberculosis infection. Geneva: WHO; 2022.
28. Зазимко Л. А. Использование реакции Манту и Диаскинтеста для массовой и индивидуальной диагностики туберкулеза. *Медицинский алфавит.* 2013;(1):1—3.
29. Бородулина Е. А. Скрининг туберкулезной инфекции. Современные рекомендации. *Аллергология и Иммунология в педиатрии.* 2017;49(2):29—33.
30. Аксенова В. А. Новый кожный тест Диаскинтест как скрининг-метод при выявлении туберкулеза. *Пульмонология.* 2011;65(6):35—39.
31. Ералиева Л. Т., Ракишева А. С., Телегина Е. П., Умутбаева Г. Б. Иммунологический тест T-SPOT.TB в диагностике латентной туберкулезной инфекции и активного туберкулеза. *Фтизиатрическая пульмонология.* 2018;32(2):17—22.
32. Akr C. J. S., Usharrafien U. M., Banna H. S., Hoteit R.A.S., Ashi K. Z., Rahm D. V. Risks and benefits of QuantiFERON-TB testing for LTBI screening of health workers. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2021;25(1):72—4. doi: 10.5588/ijtld.20.0334.
33. Surve S., Bhor V., Naukariya K., Beguem S., Munne K., Tipre Pranita, et al. Discordance between TST and QFT-TBGold Plus for latent tuberculosis screening among under-five children an interim analysis. *J Tropical Pediatrics.* 2021;67(6):1—8. doi: 10.1093/tropej/fmab103.
34. Kerani R. P., Shapiro A. E., Strick L. B. A pilot TB screening model in a U.S. prison population using tuberculin skin test and interferon gamma release assay based on country of origin. *Journal of Correctional Health Care.* 2021;27(4):259—64.

REFERENCES

1. Bayanova N. A., Puzhalin Ya. D., Mamedov V. G. Pro and contra to the N. A. Semashko health care system. *Yang Scientist. [Molodoy ucheniy].* 2016;130(26):196—99 (in Russian).
2. Khabriev R. U., Lindenbraten A. L., Komarov Yu. M. The strategy of health care of population as a background of public social policy. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. [Problemy socialnoj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny].* 2014;22(3):3—5 (In Russian).
3. Schepin V. O., Zudin A. B. Mechanisms for organizing and providing primary prevention measures of oncological diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten Nacionalnogo nauchnoissledovatel'skogo instituta obshchestvenno-zdorovya imeni N. A. Semashko].* 2012;(3):47. (In Russian).
4. Vasileva I. A., Borisov S. E., Son I. M., Popov S. A., Nechaeva O. B., Belilovskiy E. M., Danilova I. D. Multidrug resistance tuberculosis. Tuberculosis in the Russian Federation 2012/2013/2014. Analytical review of statistical indicators used in the Russian Federation and in the world. M.; 2015. P. 196—223 (In Russian).
5. Vasileva I. A., Belilovskiy E. M., Borisov S. E., Sterlikov S. A. Tuberculosis with concurrent HIV infection in the Russian Federation and the world. *Tuberculosis and Lung Diseases. [Tuberkulez i bolezni legkix].* 2017;95(9):8—18 (In Russian).
6. Nechaeva O. B. Monitoring of tuberculosis and HIV-infection in the Russian Federation. *Medical Alphabet. [Medicinskiy alfavit].* 2017;3(30):24—33 (In Russian).
7. Vasileva I. A., Sterlikov S. A., Testov V. V., Mikhailova Yu. V., Golubev N. A., Kucheryavaya D. A., Gordina A. V., Ponomarev S. B. Resources and activities of anti-tuberculosis facilities of the Russian Federation in 2020—2021. M.: RIO Central Research Institute of organization and informatization of healthcare; 2022 (In Russian).
8. Gupta R. K., Lipman M., Story A., Hayward A., G. de Vries, R. van Hest, et al. Active case finding and treatment adherence in risk groups in the tuberculosis pre-elimination era. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2018;22(5):479—87. doi: 10.5588/ijtld.17.0767.
9. Bogorodskaya E. M., Belilovskiy E. M., Borisov S. E. Ry'bka L.N., Petrov V. A., Matveeva M. V. Tuberculosis incidence in the migrants and homeless in Moscow. *Tuberculosis and Socially Significant Diseases. [Tuberkulez i social'no znachimy'e zabolovaniya].* 2014;(4):3—17 (In Russian).
10. Kornilova Z. X., Khulkhachiev O. B. Modern approaches to TB detection among migrants. *Social aspects of population health. [Social'ny'e aspekty' zdorov'ya naseleniya].* 2015 (In Russian).
11. Mallikarjun V. Jali, Vinay K. Mahishale, Murigendra B. Hiremath. Bidirectional Screening of Tuberculosis Patients for Diabetes Mellitus and Diabetes. *Patients for Tuberculosis Diabetes & Metabolism Journal.* 2013;37(4):291—95. doi: 10.4093/dmj.2013.37.4.291.
12. Byrne A. L., Ben J Marais B. J., Mitnick C. D., Lecca L., G. B. Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review. *Int J Inf Dis.* 2015;138—46. doi: 10.1016/j.ijid.2014.12.016.
13. Narh-Bana S. A., Kawonga M., Odopey S. A., Bonsu F., Ibisomi L., Chirwa T. F. Factors influencing the implementation of TB screening among PLHIV in selected HIV clinics in Ghana: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):898. doi: 10.1186/s12913-022-08295-6.
14. Dantsev V. V., Karpuschenko V. G., Bolekhan V. N., Muchaidze R. D., Ivanov V. V., Shitov Yu. N., Spitsyn M. G. The directions of preventive work in the military servicemen with increased risk of tuberculosis. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy. [Vestnik Rossijskoj Voenno-medicinskoj akademii].* 2016;3(55):99—104 (In Russian).
15. Humphreys A., Abbara A., Williams S., John L., Corrah T., McGregor A., Davidson R. N. Screening contacts of patients with extrapulmonary TB for latent TB infection. *Thorax.* 2018;73(3):277—78.
16. Golubev D. N., Egorova O. S., Medvinskij I. D., Golubev Yu. D. The incidence of TB health workers in TB facilities of Sverdlovsk region. *Ural Medical Journal. [Ural'skiy medicinskiy zhurnal].* 2014;120(6):102—07 (In Russian).
17. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: Screening. Systematic screening for tuberculosis diseases. Geneva: WHO; 2022.

18. Alsdurf H., Emringham B., Miller C., Zwerling A. Tuberculosis screening costs and cost-effectiveness in high-risk groups: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*. 2021;(21):935. doi: 10.1186/s12879-021-06633-3.
19. Zwerling A. A., Sahu M., Ngwira L. G., Khundi McE., Harawa T., Corbett E. L., et al. Screening for tuberculosis among adults newly diagnosed with HIV in sub-saharan Africa: a cost-effectiveness analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;70(1):83—90. doi: 10.1097/QAI.00000 00000 000712.
20. Reddy K. P., Gupta-Wright A., Fielding K. L., Costantini S., Zheng A., Corbett E. L., et al. Cost-effectiveness of urine-based tuberculosis screening in hospitalised patients with HIV in Africa: a microsimulation modelling study. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e200—8. doi: 10.1016/S2214-109X(18) 30436—4.
21. Karki B., Kittel G., Bolokon I. Jr, Duke T. Active community-based case finding for tuberculosis with limited resources. *Asia Pac J Public Health*. 2017;29(1):17—27. doi: 10.1177/10105 39516 683497.
22. Silva E. N., Pereira A. C.E., de Araujo W. N., Elias F. T.S. A systematic review of economic evaluations of interventions to tackle tuberculosis in homeless people. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e40. doi: 10.26633/RPSP.2018. 40.
23. Machechera S. M., Wilkinson E., Hinderaker S. G., Mabhala M., Zishiri C., Ncube R. T., et al. A comparison of the yield and relative cost of active tuberculosis case-finding algorithms in Zimbabwe. *Public Health Action*. 2019;9(2):63—8. doi: 10.5588/pha.18.0098.
24. Bogdanova E., Mariandyshev O., Hinderaker S. G., Nikishova E., Kulizhskaya A., Sveshnikova O., Grjibovski A., Haldal E., Mariandyshev A. Mass screening for active case finding of pulmonary tuberculosis in the Russian Federation: how to save costs. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2019;23(7):830—37. doi: 10. 5588/ijtld.18.0449.
25. Tyurin I. E. Screening of respiratory diseases: modern tendencies. *Pulmonology and Allergology*. [Pul'monologiya i allergologiya]. 2011;(2):14—6 (In Russian).
26. Cost-effectiveness analysis of programmatic screening strategies for latent tuberculosis infection in the EU/EEA. Technical report. Stockholm: ECDC; 2018.
27. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis tests for tuberculosis infection. Geneva: WHO; 2022.
28. Zazimko L. A. Use of Mantoux test and Diaskintest for mass and individual diagnosis of TB. *Medical Alfabet*. [Meditsinskiy alfavit]. 2013;(1):1—3 (In Russian).
29. Borodulina E. A. Screening for TB. Modern recommendations. *Allergology and Immunology in Pediatrics*. [Allergologiya i Immunologiya v pediatrii]. 2017;49(2):29—33 (In Russian).
30. Aksenova V. A. Diaskintest: new tuberculosis screening test. *Pulmonology*. [Pulmonologiya]. 2011;65(6):35—39 (In Russian).
31. Eralieva L. T., Rakisheva A. S., Telegina E. P., Umutbaeva G. B. Immunological test T-SPOT.TB in diagnostics of latent tuberculosis infection and active tuberculosis. *Phthisiopulmonology*. [Ftiziopulmonologiya]. 2018;32(2):17—22 (In Russian).
32. Akr C. J. S., Usharrafien U. M., Banna H. S., Hoteit R.A.S., Ashi K. Z., Rahm D. V. Risks and benefits of QuantiFERONW-TB testing for LTBI screening of health workers. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2021;25(1):72—4. doi: 10.5588/ijtld.20.0334.
33. Surve S., Bhor V., Naukariya K., Beguem S., Munne K., Tipre Pranita, et al. Discordance between TST and QFT-TBGold Plus for latent tuberculosis screening among under-five children an interim analysis. *J Tropical Pediatrics*. 2021;67(6):1—8. doi: 10.1093/tropej/fmab103.
34. Kerani R. P., Shapiro A. E., Strick L. B. A pilot TB screening model in a U.S. prison population using tuberculin skin test and interferon gamma release assay based on country of origin. *Journal of Correctional Health Care*. 2021;27(4):259—64.

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 01.03.2023; одобрена после рецензирования 25.04.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 01.03.2023; approved after reviewing 25.04.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 314.172

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.006

Влияние пандемии COVID-19 на общую смертность населения на примере Ростовской области

Виктория Александровна Сафроненко¹, Владимир Федорович Шин²,
Алина Сергеевна Меметова³, Александр Александрович Мороз⁴, Юлия Евгеньевна Ким⁵✉,
Ангелина Николаевна Фисунова⁶, Дмитрий Владиславович Гришин⁷

^{1–7}ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

¹v.chugunova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3010-8587>

²shinmedrostov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2669-2688>

³memetova_alina@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-1798-0418>

⁴morozzz_98@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3893-0767>

⁵livfan1347@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-3274-8433>

⁶angelinafisunova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4286-3173>

⁷Dima_grishin_1980@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1255-8314>

Аннотация. В статье проведён анализ общей смертности в Ростовской области за период с 2019 по 2022 годы, отражена динамика численности населения и заболеваемости COVID-19 за указанный период. Установлено негативное влияние данной инфекции на показатели смертности населения во всех возрастных группах и от всех причин. Определен рост смертности от отдельных причин в постпандемийный период.

Всего в Ростовской области за весь период наблюдения официально зарегистрировано 438594 заболевших COVID-19. При этом в 2019 году не было зарегистрировано ни одного случая, в 2020 году зарегистрирован 51651 случай (11,8%), в 2021 году — 142276 случаев (32,4%), в 2022 году — 244667 случаев (55,8%). Наибольшее негативное влияние COVID-19 на показатели общей смертности отмечено в 2021 году (17,9%), в том числе в этом году умерло наибольшее число людей от самой инфекции COVID-19 (14068 чел.). Несмотря на значительный рост заболевших COVID-19 в 2022 году (244667 чел.), общий показатель смертности по большинству причин, в том числе и от самой инфекции, снизился, что объясняется мутацией вируса Дельта-варианта SARS-CoV-2 в Омикрон-вариант вируса SARS-CoV-2, с более легким течением заболевания и минимальными осложнениями.

За период исследования отмечено негативное влияние COVID-19 как на общую численность населения, так и на общий показатель смертности населения Ростовской области, в частности снижение численности населения 1,2% и рост показателя общей смертности на 12,8%.

Сложившаяся ситуация в постпандемийный период требует от медицинских учреждений организации реабилитации лиц, перенесших COVID-19, и обеспечения полноты охвата указанного контингента диспансерным наблюдением.

Ключевые слова: общая смертность, причина смертности, пандемия, COVID-19, коэффициент смертности, постпандемийный период, население, возрастная группа.

Для цитирования: Сафроненко В. А., Шин В. Ф., Меметова А. С., Мороз А. А., Ким Ю. Е., Фисунова А. Н., Гришин Д. В. Влияние пандемии COVID-19 на общую смертность населения на примере Ростовской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 37—42. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.006.

Original article

The impact of the COVID-19 pandemic on the overall mortality of the population on the example of the Rostov region

Victoria A. Safronenko¹, Vladimir F. Shin², Alina S. Memetova³, Alexander A. Moroz⁴, Julia E. Kim⁵✉,
Angelina N. Fisunova⁶, Dmitry V. Grishin⁷

^{1–7}«Rostov State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russian Federation

¹v.chugunova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3010-8587>

²shinmedrostov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2669-2688>

³memetova_alina@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-1798-0418>

⁴morozzz_98@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3893-0767>

⁵livfan1347@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-3274-8433>

⁶angelinafisunova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4286-3173>

⁷Dima_grishin_1980@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1255-8314>

Annotation. The article analyzes the total mortality in the Rostov region for the period from 2019 to 2022, reflects the dynamics of the population and the incidence of COVID-19 for the specified period. The negative impact of this infection on the mortality rates of the

population in all age groups and from all causes has been established. The increase in mortality from individual causes in the post-pandemic period was determined.

In total, 438594 COVID-19 cases were officially registered in the Rostov region during the entire observation period. At the same time, not a single case was registered in 2019, 51651 cases (11.8%) were registered in 2020, 142276 cases (32.4%) in 2021, 244667 cases (55.8%) in 2022. The greatest negative impact of COVID-19 on overall mortality rates was noted in 2021 (17.9%), including this year the largest number of people died from COVID-19 infection itself (14068 people). Despite a significant increase in COVID-19 cases in 2022 (244667 people), the overall mortality rate for most causes, including from the infection itself, decreased, due to the mutation of the SARS-CoV-2 Delta variant virus into the Omicron variant of the SARS-CoV-2 virus, with a lighter course diseases and minimal complications.

During the study period, the negative impact of COVID-19 was noted both on the total population and on the overall mortality rate of the population of the Rostov region, in particular, a decrease in the population of 1.2% and an increase in the total mortality rate by 12.8%.

The current situation in the post-pandemic period requires medical institutions to organize the rehabilitation of persons who have undergone COVID-19 and to ensure the completeness of coverage of the specified contingent with dispensary supervision.

Key words: total mortality, cause of mortality, pandemic, COVID-19, mortality rate, post-pandemic period, population, age group.

For citation: Safronenko V. A., Shin V. F., Memetova A. S., Moroz A. A., Kim Yu. E., Fisunova A. N., Grishin D. V. The impact of the COVID-19 pandemic on the overall mortality of the population on the example of the Rostov region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):37–42. (In Russ.). doi:10.25742/NRIIPH.2023.03.006.

Введение

Проблема смертности населения, в том числе преждевременной, и сокращение продолжительности жизни остается весьма актуальной как для Российской Федерации в целом, так и для отдельных её регионов, что подтверждается концепцией демографической политики нашей страны, рассчитанной на период до 2025 года¹, основной целью которой является увеличение продолжительности жизни населения и сокращение смертности [1].

Основными целями демографической политики Российской Федерации на современном этапе является рост показателей численности, рождаемости и снижение показателей смертности населения. Отличительной особенностью нашей страны является существенной разрыв как в продолжительности жизни мужчин и женщин, так и в показателях их смертности [2–4].

В последние годы проблема демографической безопасности страны выдвигается на первый план и связана она, в первую очередь, с социально-экономическими параметрами страны, структурой населения, динамикой его естественного движения и влиянием различных глобальных внешних причин² [5,6].

Существенное влияние на демографические показатели в мире в целом и в Российской Федерации в частности, оказала пандемия COVID-19. Согласно данным John's Hopkins University (USA) в мире по состоянию на 03 октября 2022 общее число заражённых COVID-19 составило 618,1 млн человек, а число умерших от данной инфекции более 6,5 млн человек³. В России за аналогичный период зарегистрирован 21,8 млн случаев заражения и более 385 тыс. человек умерших от COVID-19⁴ [7].

¹ Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года»

² Щербакова Е. М. Пандемия COVID-19: промежуточные демографические итоги. Демоскоп Weekly. 2020. № 879–880. [Электронный ресурс]. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2020/0877/barom01.php> (дата обращения: 17.02.2023)

³ Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. [Электронный ресурс]. URL: <https://coronavirus.jhu.edu/> (дата обращения: 13.02.2023).

⁴ Стопкоронавирус.рф. [Электронный ресурс]. URL: <https://стопкоронавирус.рф/information> (дата обращения: 13.02.2023)

Согласно данным отдельных авторов, при пандемии запускается дополнительный процесс, способствующий размножению негативных событий в обществе, влияющих на показатели заболеваемости и смертности, вызывая цепную реакцию, оказывающую отрицательное влияние на данные показатели^{5,6} [8].

В Ростовской области, как и в стране в целом, сложилась непростая ситуация, связанная с COVID-19, что в свою очередь оказало негативное влияние на показатели общей смертности населения.

Цель исследования: изучить влияние новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на показатели общей смертности населения Ростовской области, её структуру с учётом возрастных и гендерных особенностей.

Материалы и методы

Материалами для исследования послужили статистические сборники Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ростовской области (Ростовстата) за 2019–2022 гг., данные единого государственного реестра записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС). Использовались методы статистической обработки данных, сравнительного анализа.

Результаты обсуждения

Население Ростовской области в 2019 году составляло 4202320 чел., из них женщин 2249513 чел. (53,5%), мужчин 1952807 чел. (46,5%). Умерло всего в 2019 году 56013 чел., в том числе 28615 чел. (51,1%) женщин и 27398 чел. (48,9%) мужчин. При этом общий коэффициент смертности в данном году составил 13,3, среди женщин он несколько ниже (12,7), чем среди мужчин (14,0) (Табл. 1).

⁵ Udalova V. Racial Inequality in Pandemic Mortality Widens When Age, Indirect Impact Taken Into Account. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.census.gov/library/stories/2021/02/indirect-impact-of-covid-19-results-in-higher-pandemic-death-toll.html> (дата обращения: 11.02.2023).

⁶ Ракша А. Неизвестные смерти: что скрывается за коронавирусной статистикой. Forbes. 18.05.2020. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.forbes.ru/obshchestvo/400729-neizvestnye-smerti-chtoskryvaetsya-za-koronavirusnoy-statistikoy> (дата обращения: 14.02.2023).

Таблица 1

Динамика смертности населения Ростовской области за 2019—2022 гг.

Показатели	2019		2020		2021		2022	
	Всего		Всего		Всего		Всего	
	Жен.	Муж.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Численность населения	4202320		4197821 (−0,1%)		4181486 (−0,4%)		4153763 (−0,7%)	
Смертность населения	2249513	1952807	2245368 (−0,2%)	195245 (−0,02%)	2236401 (−0,4%)	1945085 (−0,4%)	2219089 (−0,8%)	1934674 (−0,5%)
Коэффициент смертности	56013	64275 (14,8%)	78445 (22,0%)	63171 (−19,5%)	36607 (15,5%)	41838 (28,4%)	32431 (−11,4%)	30740 (−26,5%)
Смертность на 100 тыс. населения	28615	27398	31681 (15,6%)	32594 (13,9%)	18,8 (16,0%)	18,7 (28,9%)	16,8 (−10,9%)	13,9 (−26,0%)
Общий коэффициент прироста умерших	13,3	15,3 (15,0%)	18,8 (22,9%)	15,2 (−19,1%)	18,8 (16,0%)	18,7 (28,9%)	16,8 (−10,9%)	13,9 (−26,0%)
Средний коэффициент прироста умерших среди женщин	12,7	14,0	16,2 (15,7%)	14,5 (14,1%)	18,8 (16,0%)	18,7 (28,9%)	16,8 (−10,9%)	13,9 (−26,0%)
Средний коэффициент прироста умерших среди мужчин	1332,9	1531,2 (14,9%)	1876,0 (22,5%)	1520,8 (−18,9%)	1876,0 (22,5%)	1870,8 (28,9%)	1520,8 (−18,9%)	1385,3 (−26,0%)
Средний коэффициент прироста умерших среди женщин	1272,1	1403,0	1622,6 (15,7%)	1451,6 (14,1%)	1882,0 (16,0%)	1870,8 (28,9%)	1676,3 (−10,9%)	1385,3 (−26,0%)

В 2020 году население области уменьшилось (на 4399 чел.) и составило 4197821 чел. Коэффициент убыли населения составил (−0,1%). Снижение численности населения произошло как за счёт женщин (−0,2%), так и за счёт мужчин (−0,02%). Умерло в 2020 году 64275 чел., на 8262 чел. больше, чем в 2019 году. Общий коэффициент прироста умерших составил 14,8%, в том числе среди женщин (13,9%), среди мужчин (15,6%).

Общий коэффициент смертности составил 15,3, по сравнению с 2019 годом его прирост составил 15,0% (среди женщин 14,1%, среди мужчин 15,7%).

В 2021 году снижение численности населения продолжилось, оно уменьшилось в сравнении с 2020 годом (на 16335 чел.), коэффициент убыли населения составил (−0,4%). Снижение произошло среди женщин и мужчин практически одинаково (−0,4%). Отмечен значительный рост числа умерших в сравнении с предшествующим годом — 78 445 чел. — максимальное значение за весь период исследования. Прирост составил 14 170 чел. (22,0%). Среди женщин коэффициент прироста несколько выше (28,4%), чем среди мужчин (15,5%). Соответственно значительно вырос коэффициент смертности и достиг максимума за весь период исследования (18,8), увеличившись в сравнении с предшествующим годом на 22,9%, при этом среди женщин он был несколько выше (28,9%), чем среди мужчин (16,0%).

В 2022 году численность населения достигла своего минимума за весь исследуемый период и составила 4 153 763 чел., что на 27 723 чел. меньше, чем годом ранее. Соответственно своего максимума достиг коэффициент убыли населения и составил (−0,7%), в том числе среди женщин (−0,8%), среди мужчин (−0,5%).

Столь значительное снижение численности населения в данном году можно объяснить максимальным числом умерших в предыдущем году. На фоне снижения численности населения в 2022 году снизилось и количество умерших на 15274 чел. в сравнении с 2021 годом и составило 63171 чел. Впервые за весь исследуемый период произошло снижение общей смертности населения, коэффициент убыли в сравнении с предшествующим годом составил (−19,5%), при этом среди женщин он несколько выше (−26,5%), среди мужчин (−11,4%). Вместе с тем

следует отметить, общая смертность населения в 2022 году снизилась не только по отношению к 2021 году, но и по отношению к 2020 году, но не достигла уровня 2019 года. Коэффициент смертности в 2022 году также снизился в сравнении с 2021 годом и составил 15,2 (−19,1%), среди женщин (−26,0%), среди мужчин (−10,9%).

Возрастная структура смертности населения области представлена в таблице 2.

В 2019 году численность населения в возрасте от 0 до 17 лет составляла 716233 чел., умерло 369 чел., показатель смертности на 100 тыс. населения составил 51,5. В 2020 году численность населения этой возрастной группы снизилась на 2112 чел. и составила 714121 чел. (−0,3%), при этом количество умерших увеличилось на 30 чел. и составила 399 чел. (8,1%). Соответственно вырос показатель смертности на 100 тыс. населения до 55,9 (8,5%). В 2021 году продолжилось снижение численности населения данной группы на 3001 чел. и составило 711120 чел. (−0,4%) в сравнении с 2020 годом, при этом количество умерших увеличилось на 51 чел. и составило 450 чел. (12,8%), соответственно увеличился показатель смертности на 100 тыс. населения до 63,3 (13,2%). В 2022 году численность населения данной возрастной группы увеличилась (на 79161 чел.) и достигла максимума за исследуемый период, составив 790281 чел. (11,1%). При этом значительно сократилось и количество умерших в данной возрастной группе (на 80 чел.) и составило 370 чел. (−17,8%), практически достигнув уровня 2019 года. Соответственно снизился и показатель смертности на 100 тыс. населения до 45,8 (−27,6%).

Большую часть населения области за исследуемый период составляли лица трудоспособного возраста, в частности в 2019 году их число составило 2327604 чел., из них умерло 12183 чел., показатель смертности на 100 тыс. населения составил 523,4. В 2020 году отмечен рост численности населения в этой возрастной группе (на 40817 чел.) и составил 2368421 чел. (1,8%), умерло 13047 чел. (7,1%), показатель смертности на 100 тыс. населения составил 550,9 (5,3%). В 2021 году наметилась тенденция к снижению численности населения трудоспособного возраста (на 17561 чел.) и составила 2350860 чел. (−0,7%), при этом количество умерших увеличилось (на 1907 чел.) и составило 14954 чел. (14,6%), что в

Таблица 2

Возрастная структура смертности населения Ростовской области за 2019—2022 гг.

Численность населения	2019	2020	2021	2022
0—17 лет				
численность населения	716233	714121 (–0,3%)	711120 (–0,4%)	790281 (11,1%)
количество умерших	369	399 (8,1%)	450 (12,8%)	370 (–17,8%)
смертность на 100 тыс.	51,5	55,9 (8,5%)	63,3 (13,2%)	45,8 (–27,6%)
Трудоспособный возраст				
численность населения	2327604	2368421 (1,8%)	2350860 (–0,7%)	2306740 (–1,9%)
количество умерших	12183	13047 (7,1%)	14954 (14,6%)	15346 (2,6%)
смертность на 100 тыс.	523,4	550,9 (5,3%)	636,1 (15,5%)	665,3 (4,6%)
Старше трудоспособного возраста				
численность населения	1158483	1115279 (–3,7%)	1119506 (0,4%)	1056742 (–5,6%)
количество умерших	43461	50829 (17,0%)	63041 (24,0%)	47455 (–24,7%)
смертность на 100 тыс.	3751,5	4557,5 (21,5%)	5631,1 (23,6%)	4490,7 (–20,3%)

свою очередь привело к существенному повышению показателя смертности на 100 тыс. населения — 636,1 (15,5%). В 2022 году снижение численности данной возрастной группы продолжилось (на 44120 чел.) и составило 2306740 чел. (–1,9%), а количество умерших увеличилось на 392 чел. и составило 15346 чел. (2,6%) — максимальное число за весь период исследования. Соответственно максимальным оказался и показатель смертности на 100 тыс. населения в данной группе — 665,3 (4,6%). Таким образом, среди лиц трудоспособного возраста в 2022 году при минимальной численности населения умерло максимальное число людей за исследуемый период.

Второе место по численности среди населения области занимают лица старше трудоспособного возраста, в 2019 году их количество составило 1158483 чел., количество умерших было 43361 чел. Показатель смертности на 100 тыс. населения составил 3751,5. В 2020 году произошло снижение численности данной группы (на 43204 чел.) и составило 1115279 чел. (3,7%), количество же умерших напротив выросло (на 7368 чел.) и составило 50829 чел. (17,0%), соответственно увеличился и показатель смертности на 100 тыс. населения до 4557,5 (21,5%). В 2021 году наметилась тенденция к росту численности лиц старше трудоспособного возраста (на 4227 чел.) и составило 1119506 чел., одновременно увеличилось и количество умерших лиц (на 12212 чел.) и составило 63041 чел. (24,0%) достигнув максимума за исследуемый период, соответственно вырос показатель смертности на 100 тыс. населения до 5631,1 (23,6%). В 2022 году численность населения данной возрастной группы сократилась (на 62764 чел.) и достигла минимального значения за исследуемый период (1056742 чел.), существенно сократилась (на 15586 чел.) количество умерших и составило 47455 чел., что в свою очередь привело к снижению показателя смертности на 100 тыс. населения до 4490,7 (–20,3%).

Анализ численности населения и количества умерших по возрастам за исследуемый период показал, что максимальная численность населения в возрасте от 0 до 17 лет была в 2022 году (790281 чел.), а наибольшее количество умерших в этой группе приходится на 2021 год (450 чел.). Среди лиц трудоспособного возраста максимальная численность приходится на 2020 год (2368421 чел.), а умерших

больше всего (15346 чел.) в 2022 году. Среди лиц старше трудоспособного возраста в плане смертности наиболее неблагоприятным оказался 2021 год, а среди лиц трудоспособного возраста – 2022 год за весь период исследования.

Как указывалось выше, всего за период с 2019 по 2022 гг. в области умерло 261904 чел. (Табл. 3) На первом месте по причине смерти стоят болезни системы кровообращения, значительно опережая другие заболевания. За исследуемый период от данной причины умерло 108949 чел. (41,6%), причем лидерство за ней сохранилось в течение всего периода наблюдения. При этом максимальный ее удельный вес

Таблица 3

Структура смертности населения Ростовской области за 2019—2022 гг.

Смертность населения	2019	2020	2021	2022	Всего
От БСК					
абс.	24891	27329	29247	27482	108949
%	44,4	42,5	37,3	43,5	41,6
От старости					
абс.	11338	11285	9261	2000	33884
%	20,3	17,6	11,8	3,2	12,9
От новообразований					
абс.	7138	7044	7336	8040	29558
%	12,7	11,0	9,3	12,7	11,3
От COVID-19					
абс.	0	3120	14068	3610	20798
%	0	4,9	17,9	5,7	7,9
От симптомов, признаков и отклонений от нормы					
абс.	4221	4711	4042	4155	17129
%	7,5	7,3	5,2	6,6	6,5
От внешних причин					
абс.	2409	2267	2573	5503	12752
%	4,3	3,5	3,3	8,7	4,9
От болезней органов пищеварения					
абс.	2695	2451	2797	3239	11182
%	4,8	3,8	3,6	5,1	4,3
От болезней органов дыхания					
абс.	1186	2528	4066	3238	11018
%	2,1	3,9	5,2	5,1	4,2
От пневмонии					
абс.	671	1948	3527	2480	8626
%	1,2	3,0	4,5	3,9	3,3
От болезней нервной системы					
абс.	978	1100	1053	2767	5898
%	1,8	1,7	1,3	4,4	2,3
От болезней эндокринной системы					
абс.	486	492	475	657	2110
%	0,9	0,8	0,6	1,1	0,8
Всего...					
абс.	56013	64275	78445	63171	261904
%	100	100	100	100	100

пришелся на 2019 г. (44,4%), а минимальный (37,3%) на 2021 г. Существенное снижение удельного веса смертности от болезней системы кровообращения в 2021 году связано с ростом смертности от COVID-19.

На втором месте причин — смерть от старости. Всего умерло 33884 чел. (12,9%), причем для этой причины характерны значительные колебания удельного веса от 20,5% в 2019 г. с резким снижением до 3,2% в 2022 г. Объяснить столь резкое снижение удельного веса данной причины весьма затруднительно, скорее всего оно связано с изменением подходов к кодированию причин смерти. Третье место стабильно на протяжении всего периода занимает причина — смерть от новообразований. Всего от данной причины умерло 29558 чел. (11,3%) с незначительными колебаниями удельного веса смертности от данной причины ниже 10% в 2021 году (9,3%), что, на наш взгляд, связано со значительным ростом смертности от COVID-19.

За весь период наблюдения (2019—2022) четвертое место заняла причина смертность от COVID-19. Умерло 20798 чел. (7,9%). При этом важно отметить, что в 2019 г. смертей от данной причины не было зарегистрировано ни одного случая. В 2020 году удельный вес ее уже составил 4,9%, с последующим резким ростом до 17,9% в 2021 году и снижением в 2022 году до 5,7%.

Следующая по значимости причина — это смертность от симптомов, признаков и отклонений от нормы, от которой умерло 17129 чел. (6,5%). Удельный вес умерших от данной причины колебался от 5,2% в 2021 году до 7,5% в 2019 г. Далее следует смертность от внешних причин: умерло 12752 чел. (4,9%), с минимальным значением 3,3% в 2021 г., что по всей видимости связано с резким ограничением активной жизни граждан в связи с введенным карантинном и существенным ростом данной причины до 8,7% в 2022 году.

От болезней органов дыхания умерло 11018 чел. (4,2%) с минимальным значением удельного веса этой причины в 2019 г. (2,1%) с постепенным ростом до 5,2% в 2021 году и незначительным снижением до 5,1% в 2022 году. Рост данной причины более чем в 2 раза скорее всего связан с негативным влиянием вируса COVID-19, в первую очередь на органы дыхания и возникновением развития постковидного осложнения со стороны органов дыхания.

В том числе более чем в три раза за период наблюдения выросла смертность от пневмоний. Всего умерло от нее 8626 чел. (3,3%), тогда как в 2019 году ее удельный вес составлял всего лишь 1,2% и достиг своего максимума в 2021 году — 4,5% с последующим снижением до 3,9% в 2022 году.

Далее следует смертность от болезни нервной системы. От данной причины умерло 5899 чел. (2,3%), причем удельный вес ее в первые три года наблюдения был постоянно ниже двух процентов, с минимальным значением (1,3%) в 2021 году и резким ростом до 4,4% в 2022 году, что на наш взгляд, может свидетельствовать о негативном воздействии виру-

са COVID-19 в отдаленном периоде на ЦНС с развитием фатальных осложнений. И, наконец, от болезней эндокринной системы умерло 2110 чел. (0,8%) с минимальным значением удельного веса данной причины (0,6%) в 2021 году и ее ростом до 1,1% в 2022 году.

Анализ смертности от различных причин показал, что пик смертности приходится на 2021 год, когда умерло 78445 чел. (29,9%), в том числе в данном году на второе место по причине смертности вышел COVID-19, уступив лишь смертности от болезни системы кровообращения. Следует отметить, что в 2021 году за счёт роста смертности от COVID-19 произошло снижение удельного веса смертности от других причин, в том числе смертности от БСК до 37,3%, от старости до 11,8%, от новообразований до 9,3%, от внешних причин до 3,3% и т. д. В то же время отмечен рост удельного веса смертности от таких причин как смерть от болезней органов дыхания (5,2%) и пневмонии (4,5%).

В постпандемийный период (2022 год) отмечено резкое снижение смертности от COVID-19 (5,7%), рост удельного веса смертности от БСК (43,5%), более чем в два раза рост удельного веса смертности от внешних причин (8,7%) и от болезни нервной системы (4,4%).

Для объективизации влияния пандемии COVID-19 на общую смертность населения необходимо изучить динамику количества граждан, перенёвших данную болезнь. Всего в Ростовской области за весь период наблюдения официально зарегистрировано 438594 заболевших. При этом в 2019 году не было зарегистрировано ни одного случая. В 2020 году зарегистрирован 51651 случай (11,8%). В 2021 году — 142276 случаев (32,4%), 2022 году — 244667 случаев (55,8%), то есть пик заболеваемости — более половины зарегистрированных случаев (55,8%) приходится на 2022 год. Тогда как на 2021 год приходится чуть менее трети (32,4%) всех зарегистрированных случаев заболевания. Однако наибольшее негативное влияние COVID-19 на показатель общей смертности отмечено именно в 2021 году, в том числе в этом году умерло наибольшее число людей от самой инфекции COVID-19. Несмотря на значительный рост заболевших COVID-19 в 2022 году (244667 чел.), показатель общей смертности по большинству причин снизился, в том числе и от самой инфекции, что можно объяснить мутацией вируса. Если в 2021 году инфицирование населения происходило Дельта-вариантом вируса SARS-CoV-2, для которого характерно более тяжелое течение заболевания и развитие более грозных осложнений, то в 2022 году в основном население инфицировалось Омикрон-вариантом вируса SARS-CoV-2, с более легким течением заболевания и минимальными осложнениями.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

— пандемия COVID-19 оказала негативное влияние как на общую численность населения, так и на общую смертность населения Ростовской области за период исследования (снижение на 1,2% и рост на 12,8% соответственно);

- максимальный рост смертности среди всех возрастных групп приходится на 2021 и 2022 годы, в пик заболеваемости населения COVID-19;
- в 2021 году отмечен значительный рост смертности от таких причин, как смерть от болезней органов дыхания и пневмонии, что связано, в первую очередь, с негативным влиянием вируса COVID-19 на дыхательную систему;
- в постпандемийный период отмечен рост смертности от внешних причин, что связано со снятием различных ограничений, введенных в период пандемии, и от болезней нервной системы, что скорее всего связано с негативным влиянием вируса COVID-19 на ЦНС в отдаленном периоде.
- сложившаяся ситуация в постпандемийный период требует от медицинских учреждений организации реабилитации лиц, перенесших COVID-19, и обеспечения полноты охвата указанного контингента диспансерным наблюдением.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Нарбут В. В. Смертность населения России в трудоспособном возрасте: гендерные и территориальные различия. *Высшее образование сегодня*. 2016;(2):48—51.
2. M. J. Bailey, L. Bart, V. W. Lang. Missing Baby Bust: The Consequences of the COVID-19 Pandemic for Contraceptive Use, Pregnancy, and Childbirth Among Low-Income Women. *Population Research and Policy Review*. 2022;(4):1549—1569. DOI: 10.1007/s11113-022-09703-9
3. Sciubba J. D. The future faces of war: Population and national security. Praeger: Santa Barbara; 2011. 234 p.
4. Меметов С. С., Шаркунов Н. П. Медико-социальные проблемы долгожителей на современном этапе. *Успехи геронтологии*. 2019;32(4):664—667.
5. Ильдарханова Ч. И., Ибрагимова А. А., Абдульязов А. Р. Динамика естественного движения населения как угроза демографической безопасности России. *Народонаселение*. 2022;25(3):4—17.
6. Ибрагимова, А.А., Ильдарханова Ч. И. Естественное воспроизводство российского населения в период пандемии коронавирусной инфекции: риски и последствия. *Регионология*. 2021;(3):686—708. DOI: 10.15507/2413—1407.116.029.202103.686—708
7. Кашепов А. В. Избыточная смертность населения во время пандемии COVID-19 в регионах России. *Вестник Алтайской академии экономики и права*. 2022;(9):352—360.
8. Серeda А. Н., Ачкасов Е. Е., Меметова А. С., Ким В. В. Актуальные вопросы медицинской реабилитации на муниципальном уровне пациентов с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(5):820—824.

REFERENCES

1. Narbut V. V. Mortality of the Russian population at working age: gender and territorial differences. *Higher education today. [Vyssh-eye obrazovaniye segodnya]*. 2016;(2):48—51 (in Russian).
2. M. J. Bailey, L. Bart, V. W. Lang. Missing Baby Bust: The Consequences of the COVID-19 Pandemic for Contraceptive Use, Pregnancy, and Childbirth Among Low-Income Women. *Population Research and Policy Review*. 2022;(4):1549—1569. DOI: 10.1007/s11113-022-09703-9
3. Sciubba J. D. The future faces of war: Population and national security. Praeger: Santa Barbara; 2011. 234 p.
4. Memetov S. S., Sharkunov N. P. Medico-social problems of centenarians at the present stage. *Successes of gerontology. [Uspekhi gerontologii]*. 2019;32(4):664—667 (in Russian).
5. Ildarkhanova Ch.I., Ibragimova A. A., Abdulzyanov A. R. Dynamics of natural population movement as a threat to demographic security of Russia. *Population. [Narodonaseleniye]*. 2022;25(3):4—17 (in Russian).
6. Ibragimova, A.A., Ildarkhanova, Ch.I. Natural reproduction of the Russian population during the coronavirus pandemic: risks and consequences. *Regionology. [Regionologiya]*. 2021;(3):686—708 (in Russian). DOI: 10.15507/2413—1407.116.029.202103.686—708
7. Kashepov A. V. Excessive mortality of the population during the COVID-19 pandemic in the regions of Russia. *Bulletin of the Altai Academy of Economics and Law. [Vestnik Altayskoy akademii ekonomiki i prava]*. 2022;(9):352—360 (in Russian).
8. Sereda A. N., Achkasov E. E., Memetova A. S., Kim V. V. Actual issues of medical rehabilitation at the municipal level of patients with the consequences of severe traumatic brain injury. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny]*. 2022;30(5):820—824 (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 01.03.2023; одобрена после рецензирования 03.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 01.03.2023; approved after reviewing 03.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.007

Основные показатели диспансерного наблюдения взрослого населения с хроническими дерматозами

Ольга Ринатовна Мухамадеева^{1✉}, Назира Хамзинова Шарафутдинова²

^{1–2}ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа,
Российская Федерация

¹mukhamadeevs@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6731-8353>

²nazira-h@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8727-1203>

Аннотация. Диспансерное наблюдение (ДН) позволяет предотвратить развитие тяжелых форм заболевания и снизить частоту рецидивов. Цель исследования: оценка основных показателей ДН взрослого населения с хроническими дерматозами: псориазом, атопическим дерматитом и экземой в Республике Башкортостан (РБ). Материалы исследования: данные отчетной формы № 12 за 2021 г. в целом по РБ и отдельно по двум поликлиникам: городская поликлиника и поликлиника в составе центральной районной больницы (ЦРБ), амбулаторные карты пациентов с анализируемыми хроническими дерматозами, находящихся на ДН обеих поликлиник. Результаты исследования: отмечен недостаточный охват ДН пациентов с псориазом, экземой и атопическим дерматитом в РБ, однако данный показатель вырос относительно аналогичного показателя 2011 г. В поликлинике при ЦРБ ниже охват населения ДН, но больше показатель своевременности взятия на ДН, чем в городской поликлинике. Между поликлиниками выявлены разные причины снятия пациентов с ДН, в ряде случаев являющиеся результатами погрешности оформления медицинских документов. В городской поликлинике меньше охват пациентов амбулаторным и стационарным лечением, но больше санаторно-курортным, чем в поликлинике при ЦРБ. Заключение: комплексный анализ показателей ДН пациентов с псориазом, экземой и атопическим дерматитом в РБ выявил значимые различия между группами пациентов, проживающих в городской и сельской местностях, которые обусловлены рядом причин. Необходимо дальнейшее выявление и изучение этих причин, а также оценка их влияния на статистические показатели медицинских организаций для разработки мероприятий, направленных на их коррекцию и повышение качества медицинской помощи населению с хроническими дерматозами.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, псориаз, экзема, атопический дерматит, хронические дерматозы, сельское население.

Для цитирования: Мухамадеева О. Р., Шарафутдинова Н. Х. Основные показатели диспансерного наблюдения взрослого населения с хроническими дерматозами // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 43–47. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.007.

Original article

The main indicators of dispensary observation of the adult population with chronic dermatoses

Olga R. Mukhamadeeva^{1✉}, Nazira Kh. Sharafutdinova²

^{1–2}Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

¹mukhamadeevs@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6731-8353>

²nazira-h@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8727-1203>

Annotation. Dispensary observation (DO) helps prevent the development of severe forms of the disease and reduce the frequency of relapses. Purpose: to assess the main indicators of DO of the adult population with chronic dermatoses: psoriasis, atopic dermatitis and eczema in the Republic of Bashkortostan (RB). Materials: data of the reporting form No. 12 for 2021 in general for RB and separately for two polyclinics: the city polyclinic and the polyclinic as part of the Central District Hospital (CDH), outpatient cards of patients with analyzed chronic dermatoses who are under DO of both polyclinics. Results: insufficient coverage of DO of patients with psoriasis, eczema and atopic dermatitis in RB was noted, however, this indicator increased relative to the same indicator in 2021. In the polyclinic at the CDH, the coverage of the population with DO is lower, but the indicator of the timeliness of being taken for DO is higher than in the city polyclinic. Between polyclinics, various reasons for withdrawing patients from DO were identified, in some cases being the result of an error in the preparation of medical documents. In the city polyclinic, the coverage of patients with outpatient and inpatient treatment is less, but more with sanatorium-resort treatment than in the polyclinic at CDH. Conclusion: a comprehensive analysis of DO indicators of patients with psoriasis, eczema and atopic dermatitis in RB revealed significant differences between groups of patients living in urban and rural areas, which are due to a number of reasons. It is necessary to further identify and study these causes, as well as assess their impact on the statistical indicators of medical organizations in order to develop measures aimed at correcting them and improving the quality of medical care for the population with chronic dermatosis.

Key words: dispensary observation, psoriasis, eczema, atopic dermatitis, chronic dermatoses, rural population.

For citation: Mukhamadeeva O. R., Sharafutdinova N. Kh. The main indicators of dispensary observation of the adult population with chronic dermatoses. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):43–47. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.007.

Введение

Проблема хронических дерматозов остается одной из наиболее актуальных в дерматологии и обусловлена высокой распространенностью, увеличением тяжелых, резистентных к лечению форм заболеваний, частым развитием осложнений [1]. Распространенность заболеваний кожи среди взрослого населения разных стран составляет 25—35% [2]. В Российской Федерации (РФ) класс болезней кожи и подкожной клетчатки занимает четвертое место по показателю первичной заболеваемости, уступая только классам «болезни органов дыхания», «травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» и «болезни мочеполовой системы» [3]. В структуре хронических дерматозов взрослого населения основную долю составляют псориаз и атопический дерматит. Общая заболеваемость псориазом в РФ в 2020 г. среди взрослого населения составила 260,8, первичная — 58,8 на 100 тыс. соответствующего населения, общая заболеваемость атопическим дерматитом — 122,2, первичная заболеваемость — 40,6 на 100 тыс. соответствующего населения [4]. Основой профилактики обострений и развития осложнений у пациентов с хроническими дерматозами является раннее выявление заболеваний и своевременное взятие пациентов под диспансерное наблюдение (ДН) [1,5]. ДН включает в себя комплекс мероприятий, в том числе регулярные осмотры врачом-дерматовенерологом, смежными специалистами, проведение обследования и лечения [1]. Пациенты с установленным диагнозом дерматоза относятся к IIIб группе здоровья и подлежат установлению ДН врачом-дерматовенерологом или оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. От полноты и качества ДН зависит своевременное предупреждение утяжеления патологического процесса и его осложнений [6].

Цель

Оценить основные показатели диспансерного наблюдения (ДН) взрослого населения с хроническими дерматозами: псориазом, атопическим дерматитом и экземой в Республике Башкортостан.

Материалы и методы

Проведен анализ данных о ДН из отчетной формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и формы № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2021 г. целом по Республике Башкортостан и отдельно по двум поликлиникам: поликлиника г. Уфы, оказывающая медицинскую помощь городскому населению, и поликлиника в составе цен-

тральной районной больницы (ЦРБ), оказывающей медицинскую помощь сельскому населению. Для анализа выбраны две наиболее типичные медицинские организации РБ, схожие между собой по мощности (250 посещений в смену в городской поликлинике и 230 посещений в смену в сельской поликлинике) и численности прикрепленного взрослого населения (30000 и 28000 человек соответственно). В обеих поликлиниках штатным расписанием предусмотрена одна ставка врача-дерматовенеролога, которая занята физическим лицом. Всего проанализировано 1013 амбулаторных карт пациентов, состоящих под ДН с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, из которых 642 карты пациентов городской поликлиники (270 мужчин, 372 женщины) — первая группа и 371 карта пациентов поликлиники при ЦРБ (167 мужчин, 204 женщины) — вторая группа. Средний возраст пациентов первой группы составил $48,5 \pm 13,4$ года, второй группы $50,5 \pm 12,7$ года ($p > 0,05$). Для более детальной оценки ДН в каждой группе были выбраны карты пациентов в возрасте 18 лет и старше, состоящих под ДН у врача-дерматовенеролога с наиболее часто встречаемыми хроническими дерматозами: псориаз (L40), экзема (L30), атопический дерматит (L20): в первой группе 337 карт, во второй — 254 (всего 591 карта).

ДН оценивали по показателям своевременности установления ДН, полноты охвата пациентов, подлежащих ДН, охвата пациентов, состоящих на ДН, противорецидивным амбулаторным и стационарным лечением, причины снятия с ДН. При анализе данных руководствовались нормативно-правовыми актами, регламентирующими ДН³. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью программ Statistica и Microsoft Excel 2016. Сравнение структурных показателей проводили с использованием таблиц сопряженности и расчетом критерия χ^2 Пирсона, сравнительную оценку различий в структуре показателей по отдельным нозологиям — с помощью расчета критерия χ^2 по методике, рекомендованной В. Ю. Урбахом в модификации Л. Е. Полякова с соавт. (1981). Значимым считали значение χ^2 более 6,0 ($p < 0,05$) [7].

Результаты

Характеризуя ситуацию по организации ДН в Республике Башкортостан, следует отметить, что на конец 2021 г. состоит под ДН 19343 пациентов с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в воз-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. ст. 6724.

² Приказ Минздрава России от 27.04.2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»; стандарт медицинской помощи взрослым при псориазе (Приказ Минздрава России от 07.12.2021 N 1128н); стандарт медицинской помощи взрослым при экземе (Приказ Минздрава России от 08.04.2022 N 241н); стандарт медицинской помощи взрослым при атопическом дерматите (Приказ Минздрава России от 26.04.2022 N 289н); клинические рекомендации «Псориаз» (Минздрав России, год утверждения 2020, год окончания действия 2022, применение с 01.01.2022); клинические рекомендации «Атопический дерматит» (Минздрав России, год утверждения 2021, год окончания действия 2023, применение с 01.01.2022); клинические рекомендации «Экзема» (Минздрав России, год утверждения 2021, год окончания действия 2023, применение с 01.01.2022).

расте 18 лет и старше. Полнота охвата ДН составила 16,7%, своевременность взятия на ДН — 9,6%. Из общего числа пациентов, состоящих под ДН, 30,5% были с псориазом, 15,7% — экземой и 13,2% — атопическим дерматитом. Показатели охвата и своевременности взятия на ДН при псориазе составили 63,1% и 53,6% соответственно, при экземе — 22,7% и 20,9%, при атопическом дерматите — 36,1% и 19,3%. Согласно Приказу МЗ РФ от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и действующему ранее в 2021 г. Приказу МЗ РФ от 29.03.2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», охват ДН лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями должен составлять не менее 70,0%, однако в данный перечень заболеваний из группы БКИПК входят только новообразования кожи. Алгоритма диспансерного наблюдения пациентов с хроническими дерматозами в данном приказе нет. Несмотря на отсутствие четких критериев оценки оптимальных объемов взятия на диспансерный учет пациентов с хроническими дерматозами, необходимо стремиться к показателям охвата диспансерным наблюдением, отмеченным выше. В настоящее время данный критерий не выполняется ни по одному из наиболее часто встречаемых дерматозов. Тем не менее, при сопоставлении аналогичных показателей ДН за период с 2011 г. по 2021 г., отмечается положительная динамика, характеризующаяся увеличением охвата ДН при псориазе на 17,4% (с 54,5% в 2011 г.), с экземой — в два раза (с 11,2% в 2011 г.), с атопическим дерматитом — на 60,4% (22,5% в 2011 г.).

Как было отмечено в материалах и методах исследования, для оценки ДН взрослого населения с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в РБ нами изучены показатели по 1013 пациентам, состоящих на ДН у врачей-дерматовенерологов двух медицинских организаций: городская поликлиника (первая группа) и поликлиники при ЦРБ (вторая группа). Пациенты с псориазом, экземой и атопическим дерматитом в структуре больных, состоящих под ДН, составили более 50,0% от общего числа состоящих на ДН, причем в обеих группах первое место заняли пациенты с экземой, второе — с псориазом, третье — с атопическим дерматитом. Однако, во второй группе доля пациентов с экземой в 2,3 раза была больше, чем в первой группе, а в первой группе значимо больше доля пациентов с псориазом и атопическим дерматитом ($\chi^2=6,2$, $p<0,05$).

Охват пациентов, подлежащих ДН, и своевременность постановки на ДН из числа впервые выявленных больных за год между медицинскими организациями значимо отличались ($p<0,05$) (табл. 1).

В первой группе отмечен недостаточный охват ДН пациентов со всеми нозологиями. Однако в сравнении с республиканскими показателями, охват ДН пациентов с атопическим дерматитом в этой группе больше в два раза, а пациентов с экземой больше на 49,3%. Во второй группе выявлен низкий охват ДН пациентов с псориазом (ниже республиканского показателя в два раза) и атопическим дер-

Таблица 1

Охват и своевременность взятия на диспансерное наблюдение взрослого населения с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки в городской поликлинике и поликлинике при ЦРБ в 2021 г., %

Нозология (L0—L99)	Городская поликлиника		Поликлиника при ЦРБ	
	Охват диспансерным наблюдением	Своевременность взятия на диспансерное наблюдение	Охват диспансерным наблюдением	Своевременность взятия на диспансерное наблюдение
Псориаз (L40)	63,5	57,1	29,8	100,0
Атопический дерматит (L20)	73,2	63,6	22,2	100,0
Экзема (L30)	33,9	52,4	94,2	100,0
Прочие	46,9	93,9	10,5	2,2
Все БКИПК	46,7	84,9	11,6	12,1

матитом (ниже республиканского показателя на 38,5%). Пациенты с экземой в достаточном объеме охвачены ДН (94,2%). При этом своевременность взятия на ДН составила при всех учетных нозологиях 100,0%. Это свидетельствует о том, что все пациенты с впервые выявленными заболеваниями были взяты под диспансерное наблюдение. В первой группе своевременность постановки на ДН пациентов со всеми нозологиями ниже, чем во второй группе: с псориазом на 75,1%, атопическим дерматитом на 57,2%, с экземой на 90,8% и прочими дерматозами на 6,5%.

Мы проанализировали причины снятия пациентов с ДН в этих двух группах. В первой группе пациентов (городское население) основными причинами были неявка на прием (44,3%), выбор другой медицинской организации (29,1%) и перевод в другую группу наблюдения (23,2%). Наиболее редкими причинами были переезд (0,4%) и выздоровление (3,0%).

Во второй группе пациентов (сельское население) причины снятия с ДН отличались от показателей городского населения ($\chi^2=6,8$, $p<0,05$). Так, наибольшую долю составили пациенты, снятые с учета по причине выздоровления (45,8%), а наименьшую — в связи с неявкой на прием (3,4%). Доля пациентов, снятых с ДН по причине выбора пациентом другой медицинской организации, составила 23,7%, перевода в другую группу — 20,3%. Доля пациентов, снятых по причине переезда, составила 6,8%.

Качество и полнота ДН определяется рядом показателей. Одним из них является охват пациентов амбулаторным, стационарным и санаторно-курортным лечением. При анализе данных амбулаторных карт о проводимом пациентам лечении было установлено, что пациенты обеих групп получали все виды лечения, но в различном объеме (таблица 2).

Доля пациентов, охваченных амбулаторным противорецидивным лечением, в поликлинике при ЦРБ была значимо больше, чем доля пациентов, наблюдаемых в городской поликлинике: с псориазом на 65,4%, с атопическим дерматитом в 3,2 раза, с экземой в 2,6 раза ($p<0,05$). В то же время охват пациентов городской поликлиники амбулаторным лече-

Таблица 2

Охват различными видами лечения пациентов с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, находящихся на диспансерном наблюдении врача-дерматовенеролога городской поликлиники и поликлиники при ЦРБ в 2021 г., %

Нозология (L0—L99)	Лечение					
	Амбулаторное		Стационарное		Санаторно-курортное	
	Городская поликлиника	Поликлиника при ЦРБ	Городская поликлиника	Поликлиника при ЦРБ	Городская поликлиника	Поликлиника при ЦРБ
Псориаз (L40)	43,4	71,8	20,4	38,5	4,4	2,6
Атопический дерматит (L20)	31,0	100,0	7,0	25,0	1,4	0,0
Экзема (L30)	28,1	73,4	13,7	26,1	2,0	0,0
Прочие	38,4	10,3	10,2	6,8	2,0	0,9
Все БКИПК	36,0	53,9	12,5	21,3	2,3	0,3

нием с прочими заболеваниями оказался больше, чем поликлиники ЦРБ в 3,8 раза.

При обострениях заболевания неотъемлемой частью лечения является специализированная медицинская помощь в условиях дневного или круглосуточного стационара. Уровень госпитализации пациентов, находящихся на ДН, может отражать частоту обострений хронических заболеваний. При анализе частоты госпитального лечения пациентов с дерматозами нами выявлены показатели охвата стационарным лечением, аналогичные показателям охвата амбулаторным лечением. В поликлинике при ЦРБ число пациентов, прошедших лечение в стационаре, значительно больше, чем в городской поликлинике: с диагнозом псориаз на 88,7%, атопический дерматит — в 3,6 раза, экзема — в 1,9 раза ($p < 0,05$).

Одним из важных этапов реабилитации дерматологических больных с частыми обострениями хронических распространенных дерматозов является санаторно-курортное лечение [8]. Данным видом лечения больше обеспечены пациенты городской поликлиники: в 2 раза пациенты с псориазом, 2,1 раза с прочими дерматозами. Не проходили санаторно-курортное лечение сельские пациенты с атопическим дерматитом и экземой, наблюдаемые в поликлинике при ЦРБ.

Обсуждение

Разница структуры охвата ДН пациентов с дерматозами в городской поликлинике и поликлинике при ЦРБ, выявленная в результате нашего исследования, может быть обусловлена разными причинами. Одной из них может являться количество снятых с ДН пациентов, наблюдаемых в поликлинике. Согласно полученным данным, отраженным в отчетных формах, основной причиной снятия с ДН в поликлинике при ЦРБ оказалось выздоровление пациентов. Однако, учитывая хроническое течение заболеваний, подлежащих ДН, возникает вопрос: действительно ли этот факт явился причиной прекращения ДН пациентов? Вероятно, что преимущественное отражение как повода снятия с ДН, могут быть погрешности оформления медицинских документов. Возможно, что реальной причиной снятия пациента с учета является его неявка на прием к врачу-дерматовенерологу после постановки на ДН. На наш взгляд, это можно объяснить нежеланием пациента лечиться у врача поликлиники, в связи его

сомнением в правильности диагноза, выбора тактики лечения, либо другими причинами, в том числе недостаточной доступностью медицинской помощи в районе или низкой медицинской активностью самого пациента [9]. Известно, что в таких случаях ряд пациентов предпочитают проходить лечение в медицинских организациях республиканского уровня [10]. На наш взгляд, выявление истинных причин снятия с ДН подлежит дальнейшему изучению. Это позволит значимо повысить качество и охват ДН больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки.

Еще одной причиной недостаточного охвата ДН больных может являться разное количество своевременно охваченных ДН пациентов. В городской поликлинике, в отличие от поликлиники при ЦРБ, не все пациенты с впервые выявленным диагнозом хронического дерматоза были взяты на ДН. В то же время в ЦРБ все пациенты с впервые выявленными заболеваниями берутся под ДН, при этом в целом охват ДН по ряду нозологий ниже, чем в городской поликлинике. Объемы охвата впервые выявленных пациентов с дерматозами зависят от многих факторов. Одним из факторов является реализация права пациента на выбор медицинской организации⁴. Так, в городе с достаточным количеством медицинских организаций, в том числе наличие кожно-венерологического диспансера, выбор для пациента врача и места наблюдения проще, чем в сельской местности, а пациенты в районе чаще обращаются за помощью только в одну медицинскую организацию и одному врачу-дерматовенерологу — в ЦРБ. Еще одна причина — комплаентность пациента, так называемая «приверженность к лечению» и доверие лечащему врачу [11]. При его высоком уровне логично предположить, что объем ДН будет больше, а доля снятых с ДН пациентов меньше, что наблюдается в городской поликлинике. При этом уменьшается количество пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи, что будет характеризоваться меньшим числом госпитализаций.

Заключение

Таким образом, комплексный анализ показателей ДН пациентов с хроническими дерматозами в

⁴ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», ст. 19, ст. 21.

РБ выявил значимые различия между группами пациентов, проживающих в городской и сельской местностях, которые обусловлены рядом причин. Необходимо дальнейшее выявление и изучение этих причин, а также оценка их влияния на статистические показатели медицинских организаций для разработки мероприятий, направленных на их коррекцию и повышение качества медицинской помощи населению с хроническими дерматозами.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Тлиш М. М., Кузнецова Т. Г. Медико-социальные проблемы ведения пациентов с хроническими дерматозами. *Лечащий Врач*. 2019;(1):77.
2. Tizek L., Schielein M. C., Seifert F., Biedermann T., Böhner A., Zink A. Skin diseases are more common than we think: screening results of an unreferral population at the Munich Oktoberfest. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(7):1421—1428.
3. Кубанов А. А., Богданова Е. В. Эпидемиология болезней кожи и подкожной клетчатки и оказание специализированной медицинской помощи в трех возрастных группах населения в 2010—2020 гг. в Российской Федерации. *Национальное здравоохранение*. 2022;3(1):15—24. doi: 10.47093/2713-069X.2022.3.1.15—24.
4. Кубанов А. А., Богданова Е. В. Итоги деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю дерматовенерология, в 2020 году: работа в условиях пандемии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2021;97(4):08—32. doi: 10.25208/vdv1261.
5. Теплякова Е. Д., Щербаков С. М. Совершенствование организации проведения профосмотров и диспансеризации в амбулаторных условиях на основе имитационного моделирования. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2015;4(153):124—130.
6. Волкова О. А., Смирнова Е. В. Пути совершенствования организации диспансерного наблюдения в столичном здравоохранении. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;(28):1094—1100. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1094-1100.
7. Зайцев В. М., Лифляндский В. Г., Маринкин В. И. Прикладная медицинская статистика. СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ»; 2006. 432 с.
8. Поршина О. В., Пурнова Н. А. Санаторно-курортное лечение в дерматологии: актуальность законодательства. *Московский дерматолог*. 2023;1(41):13.
9. Творогова Н. Д., Кулешов Д. В. Доверие к медицинскому учреждению. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. *Вестник ВШОУЗ*. 2017;9(3):53—71.
10. Шаяхметова Р. Р. Организация системы здравоохранения Республики Башкортостан. *Вестник Башкирского университета*. 2009;14(3):971—975.
11. Захарова Е. В. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению. *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2019;12(3):96—110.

REFERENCES

1. Tlish M. M., Kuznetsova T. G. Medico-social problems of patients with chronic dermatoses. [*The attending physician*]. *Lechaschi Vrach*. 2019;(1):77 (in Russian).
2. Tizek L., Schielein M. C., Seifert F., Biedermann T., Böhner A., Zink A. Skin diseases are more common than we think: screening results of an unreferral population at the Munich Oktoberfest. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(7):1421—1428.
3. Kubanov A. A., Bogdanova E. V. Epidemiology of diseases of the skin and subcutaneous tissue and specialized medical care provided in three age groups of the population in 2010—2020 in the Russian Federation. *National Health Care*. [*Nacional'noe zdravookhranenie*]. 2022; 3(1): 15—24 (in Russian). doi: 10.47093/2713-069X.2022.3.1.15—24.
4. Kubanov AA, Bogdanova EV. Dermatovenereology of Russian Federation in 2020: Working Under a Pandemic. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. [*Vestnik Dermatologii i Venerologii*]. 2021;97(4):08—32 (in Russian). doi: 10.25208/vdv1261.
5. Teplyakova E. D., Shcherbakov S. M. Improvement of preventive inspection and clinical examination in outpatient conditions based on simulation. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. [*Kubanskiy nauchniy medicinskiy vestnik*]. 2015;4(153):124—130 (in Russian).
6. Volkova O. A., Smirnova E. V. Improvement of organizational approaches to regular medical checkup service in the metropolitan healthcare system. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. [*Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*]. 2020;(28):1094—1100. (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1094-1100.
7. Zajcev V. M., Lifyandskiy V. G., Marinkin V. I. Applied medical statistics. SPb: OOO «Izdatel'stvo FOLIANT»; 2006. 432 (in Russian).
8. Porshina O. V., Purnova N. A. Sanatorium-resort treatment in dermatology: relevance of legislation. *Moscow dermatologist*. [*Moskovskiy dermatolog*]. 2023;1(41):13 (in Russian).
9. Tvorogova N. D., Kuleshov D. V. The trust in the medical organization. Healthcare management: news, views, education. *Bulletin of VSHOUZ*. [*Orgzdrav: Novosti, mneniya, obuchenija*]. 2017;9(3):53—71 (in Russian).
10. Shayahmetova R. R. Organization of the healthcare system of the Republic of Bashkortostan. *Bulletin of Bashkir University*. [*Vestnik Bashkirskogo Universiteta*]. 2009;14(3):971—975 (in Russian).
11. Zakharova E. V. Theoretical concepts and research methods for compliance and treatment adherence. *Theoretical and experimental psychology*. [*Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya*]. 2019;12(3):96—110 (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.

Благодарность: исследование проведено без спонсорской поддержки. *Acknowledgments* the study was conducted without sponsorship.

Соблюдение этических стандартов: данное исследование не требует предоставления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Статья поступила в редакцию 25.03.2023; одобрена после рецензирования 06.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 25.03.2023; approved after reviewing 06.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 614.2—616.98:578.834.1

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.008

COVID-19 и хронические неинфекционные заболевания: анализ данных Федерального регистра в Томской области

Надежда Евгеньевна Найденова^{1✉}, Екатерина Николаевна Ильинских²,
Ольга Ивановна Острикова³, Ксения Юрьевна Шиловская⁴, Ксения Андреевна Комогорцева⁵,
Диана Сергеевна Ченуша⁶, Полина Владимировна Богинская⁷, Алина Васильевна Семенова⁸

¹Томская областная клиническая больница, г. Томск, Российская Федерация;

^{1–8}Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Российская Федерация

¹nadiet@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4085-388X>

²infsibgmu@list.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7646-6905>

³ostrikolga@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3147-4044>

⁴Ksenia28a@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-5545-6347>

⁵ksenya.komogorcev@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-0354-0488>

⁶dianachenusha@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-6759-6657>

⁷infsibgmu@list.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0984-0271>

⁸infsibgmu@list.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5195-3897>

Аннотация. Выполнен ретроспективный анализ из базы данных «Федерального регистра лиц, больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19», включавшей 369 пациентов с COVID-19 и пневмонией, выписанных из терапевтических отделений респираторного госпиталя Томской областной клинической больницы с ноября 2020 г. по январь 2021 г. В результате проведенного исследования установлено, что большинство больных COVID-19 (91,3%) имели хронические неинфекционные заболевания с преобладанием болезней системы кровообращения (у 70,7%) и болезней эндокринной системы (у 24,1%). Выявлены тенденции увеличения длительности госпитализации с возрастом пациентов и при наличии заболеваний эндокринной системы. Для оптимальной организации медицинской помощи госпитализированным больным COVID-19 необходимо привлекать врачей-специалистов.

Ключевые слова: федеральный регистр, COVID-19, хронические неинфекционные заболевания, пневмонии, болезни системы кровообращения, болезни эндокринной системы.

Для цитирования: Найденова Н. Е., Ильинских Е. Н., Острикова О. И., Шиловская К. Ю., Комогорцева К. А., Ченуша Д. С., Богинская П. В., Семенова А. В. COVID-19 и хронические неинфекционные заболевания: анализ данных Федерального регистра в Томской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 48—55. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.008.

Original article

COVID-19 and chronic non-communicable diseases: analysis of data from the Federal Register in the Tomsk region

Nadezhda E. Naydenova^{1✉}, Ekaterina N. Ilyinskikh², Olga I. Ostrikova³, Ksenia Yu. Shilovskaya⁴,
Ksenia A. Komogortseva⁵, Diana S. Chenusha⁶, Polina V. Boginskaya⁷, Alina V. Semenova⁸

¹Tomsk regional clinical hospital, Tomsk, Russian Federation;

^{1–8}Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

¹nadiet@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4085-388X>

²infsibgmu@list.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7646-6905>

³ostrikolga@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3147-4044>

⁴Ksenia28a@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-5545-6347>

⁵ksenya.komogorcev@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-0354-0488>

⁶dianachenusha@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-6759-6657>

⁷infsibgmu@list.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0984-0271>

⁸infsibgmu@list.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5195-3897>

Annotation. A retrospective analysis of the database of the «Federal Register of Persons Patients with a New Coronavirus Infection COVID-19» was performed. All patients (n=369) were hospitalized in the therapeutic departments of the respiratory hospital of the Tomsk Regional Clinical Hospital from November 2020 to January 2021 with a confirmed diagnosis of COVID-19, the presence of pneumonia and with the outcome of the disease — recovery. As a result of the study, it was found that the majority of hospitalized patients with COVID-19 (91.3%) had chronic non-communicable diseases with a predominance of diseases of the circulatory system (in 70.7%) and diseases of the endocrine system (in 24.1%). Tendencies of an increase in the duration of hospitalization of patients with the age of patients and in the presence of diseases of the endocrine system were revealed.

Key words: *federal registry, COVID-19, chronic noncommunicable diseases, pneumonia, diseases of the circulatory system, diseases of the endocrine system.*

For citation: Naydenova N. E., Ilinskikh E. N., Ostrikova O. I., Shilovskaya K. Yu., Komogortseva K. A., Chenusha D. S., Boginskaya P. V., Semenova A. V. COVID-19 and chronic non-communicable diseases: analysis of data from the Federal Register in the Tomsk region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):48–55. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.008.

Введение

Коронавирусная инфекция COVID-19 — тяжелое инфекционное заболевание, распространение которого представляет особую опасность в отношении декомпенсации хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), поражения сердечно-сосудистой системы [1, 2, 3]. Известно, что течение COVID-19 ухудшается при наличии коморбидной патологии [4].

Пандемия COVID-19 характеризуется длительным волнообразным течением [5] и, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости COVID-19 сохраняется риск ее роста, появления новых штаммов вируса, наличия долгосрочных последствий перенесенного COVID-19.

В настоящее время в мире по данным сайта <https://clinicaltrials.gov> выполняется более 180 исследований, посвященных анализу пациентов с COVID-19. Однако представление о COVID-19 во многом сформировано на основании изучения крупных регистров, проводимых, как за рубежом в США, Испании, Италии, Китае, так и в Российской Федерации. Доказано, что регистры пациентов с определенным заболеванием являются незаменимыми источниками информации [6,7].

В большинстве зарубежных регистров наблюдению подлежат пациенты только с коронавирусной инфекцией, подтвержденной методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в соответствии с действующими рекомендациями Всемирной организации здравоохранения или локальными нормативно-правовыми актами. При этом на результаты наблюдательных исследований, выполненных в разных странах, влияет методология их проведения и территориальные особенности [8].

В связи с этим в Российской Федерации с самого начала пандемии были организованы регистры пациентов, перенесших COVID-19 [1, 8,9]. Регистры пациентов с COVID-19 могут быть организованы как на уровне отдельного медицинского учреждения, так и нескольких регионов или стран [10].

«Федеральный регистр лиц, больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19» (федеральный регистр COVID-19) является ключевой составляющей информационного ресурса учета информации в условиях реальной клинической практики в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Российской Федерации.

Правила ведения федерального регистра COVID-19 утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 373. РФ. Регистр заполняется во всех в медицинских организациях субъектов. Включению в федеральный регистр COVID-19 подлежат пациенты, у которых

подтвержден диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пациенты, госпитализированные с диагнозом неуточненной пневмонии.

В регистровых записях имеются сведения о результатах лабораторных исследований на COVID-19, компьютерной томографии (КТ), результатах ежедневного наблюдения за состоянием здоровья пациента, включая тяжесть состояния, уровень сатурации. Содержится информация о наличии у пациентов ХНИЗ: болезней системы кровообращения (БСК), болезней эндокринной системы, болезней органов дыхания, новообразований, наличия болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, туберкулеза, иных заболеваний, сведения о проводимом лечении, присутствует информация об исходах заболевания.

Установлено, что возможности регистров пациентов с определенным заболеванием позволяют изучать его особенности в различных регионах или медицинских организациях, а также могут служить источником информации для разработки и принятия управленческих решений [6].

Цель настоящего исследования — изучить по данным федерального регистра COVID-19 частоту наличия ХНИЗ у пациентов COVID-19, выписанных из терапевтических отделений респираторного госпиталя многопрофильного стационара Томской области, и оценить влияние различных факторов на длительность их госпитализации.

Материалы и методы

Выполнен ретроспективный анализ из базы данных «Федерального регистра лиц, больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19» 369 выписанных пациентов с COVID-19, которым была оказана медицинская помощь в терапевтических отделениях респираторного госпиталя Томской областной клинической больницы (ТОКБ) с ноября 2020 г. по январь 2021 г..

Критерии включения в исследование: подтвержденный диагноз COVID-19, госпитализация в указанный временной период в состоянии средней и тяжелой степени тяжести, наличие пневмонии. Все больные были выписаны из стационара при получении двух отрицательных результатов ПЦР диагностики на COVID-19. Критерии исключения: летальный исход госпитализированных пациентов.

Диагностика COVID-19 в стационаре выполнялась по тестам, основанным на использовании метода ПЦР. Классификацию степени поражения легких по данным КТ: (КТ-1, КТ-2, КТ-3, КТ-4), степени тяжести COVID-19 осуществляли в соответствии с действующими «Временными методическими рекомендациями. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

Для статистической обработки результатов использовался пакет статистических программ Statistica 13.0. Применялись стандартные методы вариационной статистики. Количественные показатели согласно критерию Колмогорова-Смирнова не имели нормального распределения. Произведен расчет средней арифметической (M), среднего квадратического отклонения (σ) для определения среднего возраста пациентов и средней длительности госпитализации. Для качественных показателей определены относительные величины (%). Достоверность различий количественных величин оценивали с использованием критерия Манна-Уитни (U), качественных — с помощью критерия χ^2 .

Выполнен корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs) для количественных и ранговых данных. Для качественных показателей произведен расчет коэффициента ассоциации K ϕ и критерия Крамера V. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты

Среди госпитализированных 369 пациентов с COVID-19 было 185 (50,1%) женщин (средний возраст — $63,7 \pm 13,3$) и 184 (49,8%) мужчин (средний возраст $61,0 \pm 13,0$). Превалировали пациенты в возрастной группе от 61 до 70 лет — 31,8% (117 человек). Пациенты в возрасте 20—40 лет составили 7% (26 человек), пациенты в возрасте 41—50 лет — 9,2% (34 человека), пациенты возрастной группы 51—60 лет — 25,2% (93 человека). Доля пациентов возрастной группы старше 70 лет составила 26,8% (99 человек), соответственно.

Следует отметить, что в группе женщин, госпитализированных с COVID-19, наиболее часто встречались пациенты в возрасте от 61 до 70 лет (33,5%), тогда как среди мужчин преобладала возрастная категория больных от 51 до 60 лет (31,5%).

При поступлении в респираторный госпиталь ТОКБ поражение легочной ткани различной степени по данным КТ органов грудной клетки было отмечено у 340 (92,2%) пациентов, при этом у 70% из них были БСК. Наиболее часто наблюдалось КТ-2- у 147 (39,8%), КТ-1 встречалось у 89 (24,2%) пациентов, КТ-3 — у 82 (22,3%), а КТ-4 — у 22 (5,9%) больных (табл.1).

Распределение пациентов с COVID-19 по данным КТ в зависимости от пола, возраста при посту-

Таблица 1

Распределение больных COVID-19 по данным КТ в зависимости от пола

Степень поражения легочной ткани	Мужчины (n=184)		Женщины (n=185)		Всего (n=369)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
КТ 0	14	7,6	15	8,1	29	7,8
КТ 1	46	25,0	43	23,2	89	24,2
КТ 2	73	39,8	74	40,0	147	39,8
КТ 3	40	21,7	42	22,8	82	22,3
КТ 4	11	5,9	11	5,9	22	5,9

Таблица 2

Распределение больных COVID-19 по данным КТ в зависимости от возраста, %

Степень поражения легочной ткани	Возрастные группы				
	20—40 (n=26)	41—50 (n=34)	51—60 (n=93)	61—70 (n=117)	Старше 70 (n=99)
КТ 0	8*	6,1	5,5*	4,3	23,4
КТ 1	32*	30,3	26,4*	7,8	34
КТ 2	60*	48,5	40,7*	8,7	62,7
КТ 3	16*	15,1	23,1*	11,3	31,9
КТ 4	0*	12,1	4,4*	2,6	9,6

Примечание: *различия статистически значимы ($p < 0,05$)

плении в респираторный госпиталь ТОКБ представлено таблице 1 и 2, соответственно.

Выявлены статистически значимые различия по степени поражения легочной ткани по данным КТ в возрастных группах пациентов 20—40 лет и 51—60 лет ($p = 0,04$) (табл.2). Статистически значимых гендерных различий не обнаружено.

Дыхательная недостаточность (ДН) при поступлении в респираторный госпиталь многопрофильного стационара выявлена у 161 (46,6%) пациентов. Наиболее часто встречалась ДН 1 степени — у 105 (28,5%) больных. При этом у женщин она была выявлена в 25,9% случаев, а у мужчин — в 30,9%. ДН 2 степени наблюдалась в 15,4% случаев (57 человек), ДН 3 степени — у 10 (2,7%) госпитализированных (табл.3).

Обнаружены статистически значимые различия по степени ДН в возрастных группах пациентов 20—40 лет и 51—60 лет, соответственно ($p = 0,035$) (табл. 4). Статистически значимых гендерных различий не выявлено.

ХНИЗ имели большинство госпитализированных пациентов с COVID-19 — 332 человека (91,3%). Преобладали БСК у 261 (70,7 %) пациентов. Болезни

Таблица 3

Распределение больных COVID-19 по степени ДН в зависимости от пола

Степень ДН	Мужчины (n=184)		Женщины (n=185)		Всего (n=369)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
ДН 0	93	50,6	104	56,2	197	53,4
ДН 1	57	30,9	48	25,9	105	28,5
ДН 2	30	16,4	27	14,6	57	15,4
ДН3	4	2,1	6	3,3	10	2,7

Таблица 4

Распределение больных COVID-19 по степени ДН в зависимости от возраста, %

Степень ДН	Возрастные группы				
	20—40 (n=26)	41—50 (n=34)	51—60 (n=93)	61—70 (n=117)	Старше 70 (n=99)
ДН 0	69,2*	69,7	44,1*	51,7	55,1
ДН 1	23,1*	18,2	34,4*	28,4	26,5
ДН 2	3,8*	9,1	16,1*	18,1	16,3
ДН3	3,8*	3	4,3*	1,7	2

Примечание: *различия статистически значимы ($p < 0,05$)

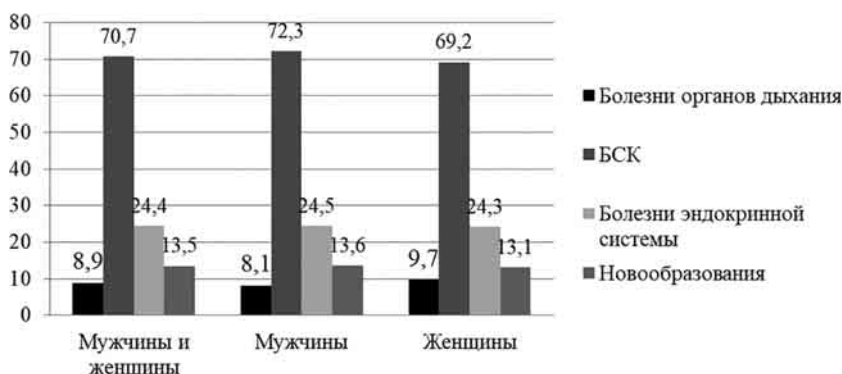


Рис. 1. Частота наличия ХНИЗ у больных COVID -19 в зависимости от пола, в %

эндокринной системы отмечены у 90 (24,4 %) пациентов, новообразования — у 50 (13,5%), болезни органов дыхания — у 33 (8,9%), соответственно. Статистически значимых гендерных различий по частоте наличия ХНИЗ отмечено не было. Частота наличия ХНИЗ в зависимости от пола у госпитализированных пациентов с COVID-19 представлена на рисунке 1.

Следует отметить, что 182 (49,3%) госпитализированных пациентов были полиморбидны. Сопутствующие заболевания двух классов болезней выявлены у 130 (35,2%) пациентов, трех — у 40 (11,6%), четырех — у 8 (2,2%) больных. Наиболее часто в 40,1 % случаев (73 пациента) отмечено сочетание БСК и болезней эндокринной системы.

Среди БСК чаще встречалась артериальная гипертензия (АГ) у 216 (58,5%) пациентов. Среди мужчин АГ наблюдалась у 110 (59,8%), среди женщин — у 106 (57,3%). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) имела у 82 (22,2%) госпитализированных больных, среди мужчин у 44 (23,9%), а среди женщин — у 38 (20,5%), соответственно. Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) наблюдались у 47 (12,7%) госпитализированных пациентов, у мужчин — 13,5% случаев, у женщин — в 11,9% случаев (табл.5).

При этом у пациентов с БСК в 110 (38,6 %) случаях имелось сочетание нескольких патологий сердечно-сосудистой системы. Наиболее часто встречалось сочетание двух — 84 (22,8%) и трех — 26 (7,0%) заболеваний (табл. 5).

Кроме того, выявлены разные варианты сочетания БСК. Чаще всего наблюдалось сочетание АГ и ИБС — у 43 (11,7%) пациентов. У мужчин сочетание

АГ и ИБС отмечено в 13,6% случаев, а у женщин — в 9,7% случаев. Сочетание АГ и ЦВБ наблюдалось у 21 (5,7%) пациентов. Сочетание 3-х БСК АГ, ЦВБ и ИБС имелось у 7 (2,0%) пациентов (табл. 5).

Среди патологии эндокринной системы у больных COVID-19 преобладал (в 17,1% случаев) инсулиннезависимый сахарный диабет. При этом среди мужчин он встречался у 18,5%, а среди женщин — в 15,7%. Инсулинзависимый сахарный диабет выявлен у 3,5% пациентов (мужчины — 2,7% и женщины — 4,3%), а у 3,8% были другие заболевания эндокринной системы (табл.6).

Среди сопутствующих болезней органов дыхания у пациентов с COVID-19 в 13 (3,5%) случаях наблюдалась бронхиальная астма, которая была у 3 (1,6%) мужчин и 10 (5,4%) женщин. Помимо этого у 7 (1,9%) пациентов имелась хроническая обструктивная болезнь легких, среди которых 4 (2,1%) мужчины и 3 (1,6%) женщины.

Отмечено, что среди новообразований у больных COVID-19 наиболее часто встречались злокачественные новообразования предстательной железы — у 5 (2,7%) мужчин и злокачественные новообразования толстого кишечника — 3 (0,8%) пациентов.

Далее рассмотрим частоту наличия сопутствующей патологии у больных COVID -19 в зависимости от возраста (рис. 2). Во всех возрастных группах у госпитализированных пациентов с COVID-19 отмечено наличие сопутствующих ХНИЗ. При этом преобладали БСК и болезни эндокринной системы (рис. 2). Следует отметить, что статистически значимых различий по частоте наличия сопутствующей патологии в возрастных группах пациентов не обнаружено.

Выявлены статистически значимые гендерные различия у больных COVID-19 по частоте наличия болезней органов дыхания в возрастной группе от 20 до 40 лет ($\chi^2=3,466$, $p<0,05$). Других статистически значимых гендерно-возрастных различий по частоте наличия сопутствующей патологии не обнаружено.

В процессе исследования отмечено, что средняя длительность госпитализации пациентов с COVID-19 в терапевтические отделения респираторного госпиталя многопрофильного стационара составила

Таблица 5

Частота наличия БСК у больных COVID-19 в зависимости от пола

БСК	Мужчины, (n=184)		Женщины (n=185)		Всего (n=369)	
	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
АГ	110	59,8	106	57,3	216	58,5
ИБС	44	23,9	38	20,5	82	22,2
ЦВБ	25	13,5	22	11,9	47	12,7
2 заболевания	43	23,4	41	22,2	84	22,8
3 заболевания	14	7,6	11	5,9	26	7,0
АГ + ИБС	25	13,6	18	9,7	43	11,7
АГ + ЦВБ	11	6,0	10	5,4	21	5,7
АГ+ИБС+ ЦВБ	5	2,7	5	2,7	7	2,0

Таблица 6

Частота наличия болезней эндокринной системы у больных COVID-19

Болезни эндокринной системы	Мужчины (n=184)		Женщины (n=185)		Всего (n=369)	
	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
Инсулиннезависимый сахарный диабет	34	18,5	29	15,7	63	17,1
Инсулинзависимый сахарный диабет	5	2,7	8	4,3	13	3,5
Другие болезни	6	3,3	8	4,3	14	3,8

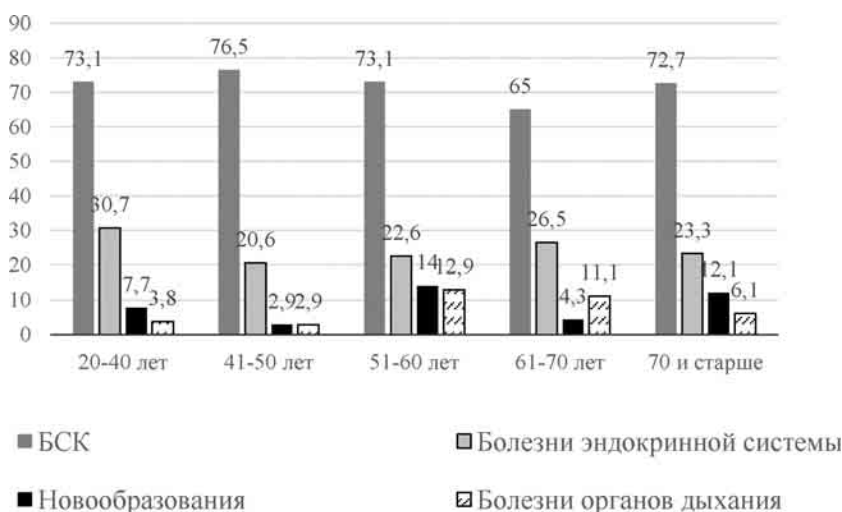


Рис. 2. Частота наличия сопутствующей патологии у больных COVID-19 в зависимости от возраста, %

16,7±8,01 дней (у мужчин — 16,5±8,3 дней, у женщин — 16,9±7,7 дней), соответственно. У 49% больных (n=181) длительность стационарного лечения в респираторном госпитале ТОКБ не превышала 14 дней, у 51% больных (n=188) продолжительность стационарного лечения была более 14 дней.

Отмечена тенденция увеличения сроков госпитализации пациентов с COVID-19 в старших возрастных группах. Так в возрастной группе пациентов от 51 до 60 лет длительность госпитализации составляла 14,0 ± 4,8 дней, в возрастной группе от 61 до 70 лет — 17,5 ± 8,0 дней, в возрастной группе от 70 лет и старше — 18,2 ± 8,7 дней, соответственно. Данные закономерности подтверждены (сопоставимы с) проведенным корреляционным анализом.

Важно отметить, что длительность госпитализации пациентов в возрастной группе от 20 до 40 лет составила 18,3 ± 11,0 дней. При этом в возрастной группе пациентов от 41 до 50 лет длительность госпитализации составила 15,8 ± 8,5 дней.

Следует учесть, что основная часть пациентов молодого возраста (20—40 лет) (46,6%) — 14 человек находилась в стационаре не более 14 дней, 6 (20%) пациентов находились на стационарном лечении в течение 15—20 дней, 5 (16,7%) — от 21 до 25 дней, у 5 (16,7%) пациентов длительность госпитализации составляла более 30 дней.

При этом по результатам КТ органов грудной клетки, выполненных при поступлении в респираторный госпиталь, у большинства пациентов моло-

дого возраста преобладала степень поражения легких КТ-2—60%. Степень поражения КТ-1 встречалась у 32% пациентов, КТ-3 наблюдалась у 16% госпитализированных (табл.2).

Наблюдается тенденция влияния наличия ХНИЗ на длительность госпитализации пациентов с COVID-19 (табл. 7). Наиболее продолжительная средняя длительность госпитализации больных с COVID-19 была отмечена при наличии у пациентов патологии эндокринной системы — 17,9±7,6 дней (мужчины — 16,7 ± 6,9 дней, женщины — 19,2 ± 8,1 дня) и БСК — 16,4±7,7 (мужчины — 16,4 ± 7,9 дней, женщины — 16,5 ± 7,5 дней, соответственно). Различия статистически не значимы.

Выявлена положительная корреляционная связь между длительностью госпитализации и возрастом пациентов (rs=0,159; p<0,05). Кроме того установлена слабая связь между длительностью госпитализации и наличием сопутствующей патологии эндокринной системы (критерий Крамера V=0,130; p<0,05). Соответственно, с возрастом пациентов и при наличии сопутствующих заболеваний эндокринной системы длительность госпитализации больных COVID-19 увеличивается.

Присутствует статистическая взаимосвязь между степенью поражения легочной ткани по результатам КТ и наличием дыхательной недостаточности (критерий Крамера V=0,422, p<0,05). Установлена незначительная связь между патологиями сердечно-сосудистой и эндокринной систем (K²=0,183, p<0,05).

У женщин выявлена статистическая взаимосвязь между длительностью госпитализации и степенью поражения легочной ткани по результатам КТ (критерий Крамера V=0,10; p<0,05). Кроме того установлена слабая связь между длительностью госпитализации и наличием сопутствующей патологии эндокринной системы (критерий Крамера V=0,179; p<0,05). Также присутствует статистическая взаимосвязь между степенью поражения легочной ткани у пациентов по результатам КТ и наличием дыхательной недостаточности (критерий Крамера V=0,462, p<0,05).

У мужчин установлена положительная корреляционная связь между длительностью госпитализации и возрастом пациентов (rs=0,203, p<0,05). Также присутствует статистическая взаимосвязь между степенью поражения легочной ткани по результатам КТ и наличием дыхательной недостаточности (критерий Крамера V=0,422, p<0,05). Установлена незначительная связь между патологиями сердечно-сосудистой и эндокринной систем (K²=0,183, p<0,05).

Обсуждение

В представленной работе, выполнен анализ данных федерального регистра COVID-19 369 пациен-

Таблица 7

Длительность госпитализации у больных COVID-19 при наличии ХНИЗ

ХНИЗ	Средняя длительность госпитализации, дни (M±σ)		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины
Болезни органов дыхания	14,8 ± 7,8	14,2 ± 7,6	15,3 ± 8,2
Новообразования	16,2 ± 6,2	15,6 ± 6,5	16,8 ± 6,0
БСК	16,4 ± 7,7	16,4 ± 7,9	16,5 ± 7,5
Болезни эндокринной системы	17,9 ± 7,6	16,7 ± 6,9	19,2 ± 8,1

тов с подтверждённым диагнозом COVID-19 и пневмонией, госпитализированных в перепрофилированные терапевтические отделения респираторного госпиталя многопрофильного стационара Томской области.

На момент поступления в респираторный госпиталь Томской областной клинической больницы (ТОКБ) 44 пациента (12,6%) были переведены из других респираторных госпиталей, а 66 (19,1%) были переведены из терапевтических отделений многопрофильного стационара.

Большинство госпитализированных пациентов имели ХНИЗ (91,3% случаев). По данным проспективного госпитального регистра пациентов с предполагаемыми или подтвержденными COVID-19 и внебольничной пневмонией (ТАРГЕТ-ВИП), сопутствующие заболевания были зарегистрированы в 75,8% случаев [3].

Сопутствующие заболевания имели и большинство пациентов в возрасте до 55 лет с COVID-19, госпитализированных в перепрофилированный инфекционный стационар Приволжского исследовательского медицинского университета [11].

В нашем исследовании для пациентов была характерна выраженная полиморбидность с преобладанием БСК, что подтверждено данными международного регистра АКТИВ SARS-CoV-2 (Анализ динамики Коморбидных заболеваний) [3, 9], результатами наблюдения 13 585 больных, находившихся на стационарном лечении в больницах Московской области. [12]. При этом наиболее часто среди коморбидной патологии встречались сочетание БСК и болезни эндокринной системы, что также характерно и для других исследований, проведенных как в РФ [12], так и за рубежом [13, 14].

БСК по нашим данным встречались у 70,7 % госпитализированных пациентов. Высокую частоту наличия БСК у госпитализированных больных с COVID-19 отметили в других исследованиях, проведенных в Китае [2], Испании [15], в исследованиях, организованных Евроазиатской ассоциацией терапевтов [3]. Установлено, что БСК являются предиктором тяжелого течения у больных с COVID-19 [3].

Среди БСК в нашем исследовании чаще встречалась АГ в 58,5% случаев. Близкие показатели по частоте встречаемости АГ получены по данным международного регистра АКТИВ — 59,4% [9], испанского регистра — 50,9% [15], в других исследованиях — 56,3% [16]. Высокая распространенность АГ (56,6%), установлена в большом многоцентровом американском госпитальном регистре [14].

Частота встречаемости ИБС у госпитализированных в ТОКБ пациентов составила 22,2% и была близка к данным международного регистра АКТИВ (21,5%) [9], к данным итальянского регистра (21,4%) [17]. Высокая частота ИБС (31,8%) обнаружена у пациентов, госпитализированных в респираторный госпиталь районной больницы Томской области [18].

Частота наличия инсулиннезависимого сахарного диабета у госпитализированных пациентов (17,1%) в ТОКБ была близка к показателям в реги-

стре из Италии (17,0%) [17], в регистре АКТИВ (17,5%) [3], ТАРГЕТ-ВИП (16,3%)[1], регистра из Испании (19,4%) [15].

Следует учесть, что распространенность инсулиннезависимого сахарного диабета у пациентов с COVID-19 варьирует от 16,2% в Китае [19] до 25% в РФ [16]. Высокая частота инсулиннезависимого и сахарного диабета (31,8%) обнаружена у пациентов, госпитализированных в респираторный госпиталь районной больницы Томской области [18].

Более высокая частота сахарного диабета выявлена в когорте пациентов с тяжелым течением заболевания [20]. При этом сахарный диабет, как сопутствующее заболевание при COVID-19 рассматривается в качестве одного из значимых факторов риска развития неблагоприятных исходов и тяжести течения COVID-19 [21].

Близкие показатели получены и в отношении частоты регистрации других ХНИЗ, в частности, болезней органов дыхания (8,9%). Хроническая бронхолегочная патология у пациентов с COVID-19 отмечалась редко и по данным других исследований [3, 9, 15, 16].

В представленной работе оценивалось влияние различных факторов на длительность госпитализации пациентов в терапевтические отделения респираторного госпиталя многопрофильного стационара с COVID-19 с указанным исходом выздоровления. Следует учесть, что длительность стационарного лечения является одним из наиболее объективных и однозначно интерпретируемых показателей, которые могут быть использованы для косвенной оценки тяжести состояния пациента с COVID-19 [22].

Отмечено, что длительность госпитализации больных COVID-19 в респираторном госпитале ТОКБ увеличивается с возрастом пациентов и наличием сопутствующих заболеваний эндокринной системы.

Возраст пациентов считается важным фактором, влияющим на исход и течение COVID-19 [23]. Установлено, что во все 3 волны COVID-19 2020—2021 гг. заболеваемость и частота госпитализаций были больше среди лиц старше 65 лет [5]. При этом II осенне-зимняя волна 2020—2021 гг. была самой интенсивной по заболеваемости, частоте госпитализаций среди населения в целом, и, конечно, наиболее выражена у лиц старше 65 лет [5].

Прогноз COVID-19 у лиц пожилого возраста, особенно у пациентов с ХНИЗ является неблагоприятным, так как COVID-19 может не только ухудшить течение ХНИЗ, но и привести к развитию сердечно-сосудистых осложнений [4, 10, 24]. Предполагалось, что COVID-19 протекает легко в молодом возрасте, но оказалось, что COVID-19 может протекать непредсказуемо в любом возрасте [25].

Отмечено, что COVID-19 в молодом возрасте протекает с высокой вероятностью развития осложнений в виде пневмонии, при этом длительность госпитализации больных COVID-19 молодого возраста от 18 до 44 лет в инфекционный стационар составила $10,6 \pm 1,4$ дня [25].

Между тем длительность госпитализации больных COVID-19 в возрастной группе от 20 до 40 лет в респираторном госпитале ТОКБ составила 18,3 ± 11,0 дней и была сопоставима по длительности госпитализации с пациентами в возрастной группой от 70 лет и старше. Стоит отметить, что у большинства госпитализированных в респираторный госпиталь ТОКБ молодых пациентов были сопутствующие ХНИЗ с преобладанием БСК и болезней эндокринной системы.

В настоящее время большинство исследований посвящено изучению COVID-19 у лиц старше 65 лет, и не много научных работ посвящены изучению особенностей течения COVID-19 в молодом и зрелом возрасте [11]. Считаю целесообразным проведение исследований по изучению особенностей течения COVID-19 у госпитализированных больных в разных возрастных группах с ХНИЗ.

Заключение

Большинство госпитализированных больных COVID-19 имели ХНИЗ, преобладали БСК и болезни эндокринной системы. Выявлены тенденции увеличения длительности госпитализации больных с возрастом пациентов, при наличии сопутствующих заболеваний эндокринной системы. Для оптимальной организации медицинской помощи госпитализированным больным COVID-19 необходимо привлекать врачей-специалистов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Драпкина О. М., Карпов О. Е., Лукьянов М. М. и др. Опыт создания и первые результаты проспективного госпитального регистра пациентов с предполагаемыми или подтвержденными коронавирусной инфекцией (COVID-19) и внебольничной пневмонией (ТАРГЕТ-ВИП). *Профилактическая медицина*. 2020;23(8):6—13. doi:10.17116/profmed2020230816.
2. Li, B., Yang, J., Zhao, F. et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clinical Research in Cardiology* 109, 531—538 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>
3. Арутюнов Г. П., Тарловская Е. И., Арутюнов А. Г. и др. Международный регистр «Анализ динамики коморбидных заболеваний у пациентов, перенесших инфицирование SARS-CoV-2» (АКТИВ SARS-CoV-2): анализ предикторов неблагоприятных исходов острой стадии новой коронавирусной инфекции. *Российский кардиологический журнал*. 2021; 26(4):4470. doi:10.15829/1560-4071-2021-4470.
4. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020; 323(11):1061—9. doi:10.1001/jama.2020.1585.
5. Карпова Л. С., Столяров К. А., Поповцева Н. М. и др. Сравнение первых трех волн пандемии COVID-19 в России (2020—2021 гг.). *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2022;21(2): 4—16. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2022-21-2-4-16>.
6. Бойцов С. А., Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П. и др. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2013;12(1):4—9.
7. Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П., Лукина Ю. В., Лукьянов М. М., Драпкина О. М. Наблюдательные исследования и регистры. Их качество и роль в современной доказательной медицине. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(2):2786. doi:10.15829/1728-8800-2021-2786.
8. Конради А. О., Виллевалде С. В., Дуляков Д. В. и др. Открытое наблюдательное многоцентровое исследование (регистр) больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) с поражением сердечно-сосудистой системы или на фоне тяжелой патологии сердечно-сосудистой системы: обоснование, дизайн, значение для клинической практики. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(1):4287. doi:10.15829/1560-4071-2021-4287.
9. Арутюнов Г. П., Тарловская Е. И., Арутюнов А. Г. и др. Международный регистр «Анализ динамики коморбидных заболеваний у пациентов, перенесших инфицирование SARS-CoV-2 (АКТИВ SARS-CoV-2)»: анализ 1000 пациентов. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):4165. doi:10.15829/1560-4071-2020-4165.
10. Fun Q, Zhu H, Zhao J, Zhuang L, Zhang H, Xie H, Zhang R, Granada JF, Xiang X, Hu W, Yan X. Risk factors for myocardial injury in patients with coronavirus disease 2019 in China. *ESC Heart Fail*. 2020;10.1002/ehf2.13022. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13022>
11. Некаева Е. С., Большакова А. Е., Малышева Е. С., Галова Е. А., Макарова Е. В., Некрасова Т. А., Полякова И. В., Бедретдинова З. С., Беликина Д. В., Лавренюк А. А., Фомин И. В. Гендерные особенности течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у лиц зрелого возраста. *Современные технологии в медицине* 2021; 13(4): 16—26, <https://doi.org/10.17691/stm2021.13.4.02>
12. Молочков А. В., Каратеев Д. Е., Огнева Е. Ю., Зулькарнаев А. Б., Лучихина Е. Л., Макарова И. В., Семенов Д. Ю. Коморбидные заболевания и прогнозирование исхода COVID-19: результаты наблюдения 13 585 больных, находившихся на стационарном лечении в больницах Московской области. *Альманах клинической медицины*. 2020;48(S1): S1—10. doi: 10.18786/2072-0505-2020-48-040.
13. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054—1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566—3
14. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323(20):2052—2059. doi:10.1001/jama.2020.6775
15. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMI-COVID-19 Registry. *Rev Clínica Española*. English Ed. 2020;220(8):480—94. doi:10.1016/j.
16. Глыбочко П. В., Фомин В. В., Авдеев С. В., и др. Клиническая характеристика 1007 больных тяжелой SARS-COV-2 пневмонией, нуждавшихся в респираторной поддержке. *Клиническая фармакология и терапия*. 2020; 29(2): 21—29.
17. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020;323(16):1574—81. doi:10.1001/jama.2020.5394.
18. Сваровская А. В., Шабельский А. О., Левшин А. В. Индекс коморбидности Чарльсона в прогнозировании летальных исходов у пациентов с COVID-19. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(3):4711. doi:10.15829/1560-4071-2022-4711
19. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. China medical treatment expert group for COVID-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708—1720. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
20. Jeong I. K., Yoon K. H., Lee M. K. Diabetes and COVID-19: global and regional perspectives. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020; 166: 108303. PMID: PMC 7332438 PMID: 32623038
21. Huang I, Lim MA, Pranata R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia — a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(4):395—403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.018>
22. Цветков В. В., Токин И. И., Лиознов Д. А., Венев Е. В., Куликов А. Н. Прогнозирование длительности стационарного лечения пациентов с COVID-19. *Медицинский совет*. 2020; (17):82—90. doi: 10.21518/2079-701X-2020-17-82-90.
23. Palaiodimos L, Kokkinidis DG, Li W, et al. Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. *Metabolism*. 2020;108:154262. doi:10.1016/j.metabol.2020.154262.
24. Mehra MR, Desai SS, Kuy SR, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in COVID-19. *N Engl J Med*. 2020;382(26):2582. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007621>
25. Нурпейсова А. Х., Алимова Л. К., Понежева Ж. Б., Маннанова И. В., Попова К. Н., Бикмухаметова А. И., Проценко Д. Н., Тюрин И. Н., Домкина А. М. Клинико-лабораторные особенности COVID-19 у людей молодого возраста. *Лечащий Врач*. 2021; 3 (24): 45—50. DOI: 10.51793/OS.2021.24.3.009

REFERENCES

1. Drapkina OM, Karpov OE, Loukianov MM, et al. Experience of creating and the first results of the prospective hospital registry of patients with suspected or confirmed coronavirus infection (COVID-19) and community-acquired pneumonia (TARGET-VIP). The Russian Journal of Preventive Medicine. 2020;23(8):6—13. (in Russian)
2. Li, B., Yang, J., Zhao, F. et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clinical Research in Cardiology 109, 531—538 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>
3. Arutyunov G. P., Tarlovskaya E. I., Arutyunov A. G., et al. International register «Dynamics analysis of comorbidities in SARS-CoV-2 survivors» (AKTIV SARS-CoV-2): analysis of predictors of short-term adverse outcomes in COVID-19. Russian Journal of Cardiology. 2021; 26(4):4470. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2021-4470. (in Russian)
4. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323(11):1061—9. doi:10.1001/jama.2020.1585.
5. Karpova LS, Stolyarov KA, Popovtseva NM, et al. Comparison of the first three waves of the COVID-19 pandemic in Russia in 2020—21. Epidemiology and Vaccinal Prevention. 2022;21(2): 4—16 (In Russ.). <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2022-21-2-4-16>. (in Russian)
6. Boytsov SA, Martsevich SY, Kutishenko NP, et al. Registers in cardiology: their principles, rules and real-word potential. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2013;12(1):4—9. (in Russian)
7. Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P., Lukina Yu. V., Lukyanov M. M., Drapkina O. M. Observational studies and registers. Their quality and role in modern evidence-based medicine. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2021;20(2):2786. (In Russ.) doi:10.15829/17288800-2021-2786. (in Russian)
8. Konradi AO, Villevalde SV, Duplyakov DV, et al. An open-label multicenter observational study (registry) of patients recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19) with involvement of the cardiovascular system or with baseline severe cardiovascular diseases: rationale, design, and implications for clinical practice. Russian Journal of Cardiology. 2021;26(1):4287. (in Russian)
9. Arutyunov GP, Tarlovskaya EI, Arutyunov AG, et al. International register «Dynamics analysis of comorbidities in SARS-CoV-2 survivors» (AKTIV SARS-CoV-2): analysis of 1,000 patients. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(11):4165. (in Russian)
10. Fun Q, Zhu H, Zhao J, Zhuang L, Zhang H, Xie H, Zhang R, Granada JF, Xiang X, Hu W, Yan X. Risk factors for myocardial injury in patients with coronavirus disease 2019 in China. ESC Heart Fail. 2020;10.1002/ehf2.13022. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13022>
11. Nekaeva E. S., Bolshakova A. E., Malysheva E. S., Galova E. A., Makarova E. V., Nekrasova T. A., Polyakova I. V., Bedretidnova Z. S., Belikina D. V., Lavrenyuk A. A., Fomin I. V. Gender characteristics of the novel coronavirus infection (COVID-19) in middle-aged adults. Sovremennye tehnologii v medicine 2021; 13(4): 16—26, <https://doi.org/10.17691/stm2021.13.4.02>. (in Russian)
12. Molochkov A. V., Karateev D. E., Ogneva E. Yu., Zulkarnaev A. B., Luchikhina E. L., Makarova I. V., Semenov D. Yu. Comorbid diseases and predicting the outcome of COVID-19: results of observation of 13,585 patients who were hospitalized in hospitals in the Moscow region. Almanac of Clinical Medicine. 2020;48(S1):S1—10. doi: 10.18786/2072-0505-2020-48-040. (in Russian)
13. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;395(10229):1054—1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566—3
14. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA. 2020;323(20):2052—2059. doi:10.1001/jama.2020.6775
15. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: results from the SEMI-COVID-19 Registry. Rev Clínica Española. English Ed. 2020;220(8):480—94. doi:10.1016/j.2020.08.018
16. Glybochko P, Fomin V, Avdeev S, et al. Clinical characteristics of 1007 intensive care unit patients with SARS-CoV-2 pneumonia. Clinical pharmacology and therapy. 2020;29(2):21—29. (In Russ.) doi: <https://doi.org/10.32756/0869-5490-2020-2-21-29>. (in Russian)
17. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA. 2020;323(16):1574—81. doi:10.1001/jama.2020.5394.
18. Svarovskaya A. V., Shabelsky A. O., Levshin A. V. Charlson comorbidity index in predicting deaths in COVID-19 patients. Russian Journal of Cardiology. 2022;27(3):4711. doi:10.15829/1560-4071-2022-4711. (in Russian)
19. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. China medical treatment expert group for COVID-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708—1720. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
20. Jeong I. K., Yoon K. H., Lee M. K. Diabetes and COVID-19: global and regional perspectives. Diabetes Res Clin Pract. 2020; 166: 108303. PMID: PMC 7332438 PMID: 32623038
21. Huang I, Lim MA, Pranata R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia — a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(4):395—403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.018>
22. Tsvetkov V. V., Tokin I. I., Lioznov D. A., Venev E. V., Kulikov A. N. Predicting the duration of inpatient treatment for COVID-19 patients. Meditsinskiy sovet (Medical Council). 2020;(17):82—90. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-17-82-90. (in Russian)
23. Palaodimos L, Kokkinidis DG, Li W, et al. Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. Metabolism. 2020;108:154262. doi:10.1016/j.metabol.2020.154262.
24. Mehra MR, Desai SS, Kuy SR, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in COVID-19. N Engl J Med. 2020;382(26):2582. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007621>
25. Nurpeisova A. Kh., Alimova L. K., Ponezheva Zh. B., Mannanova I. V., Popova K. N., Bikhmukhametova A. I., Protchenko D. N., Tyurin I. N., Domkina A. M. Clinical and laboratory features of COVID-19 in young people. Lechaschy Vrach. 2021; 3 (24): 45—50. DOI: 10.51793/OS.2021.24.3.009. (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 27.03.2023; одобрена после рецензирования 03.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 27.03.2023; approved after reviewing 03.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Оригинальная (диссертационная) статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.009

Кабинет хронических неинфекционных заболеваний как лучшая практика организации диспансерного наблюдения

Наталья Владимировна Шинкарева^{1✉}, Нелли Анатольевна Вишнякова²,
Оксана Юрьевна Александрова³, Роман Викторович Горенков⁴,
Сергей Владимирович Шинкарев⁵, Евгений Владимирович Кустов⁶,
Дмитрий Павлович Семенцов⁷, Александр Владимирович Зубко⁸

^{1, 3, 4}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

^{1, 5}Красногорская городская больница, Красногорск, Россия;

^{2, 7}Люберецкая областная больница, Люберцы, Россия;

⁴Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский
Университет), г. Москва, Россия;

⁶Министерство здравоохранения Московской области, Россия;

⁸Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
Министерства здравоохранения России, г. Москва, Россия

¹natalya.shinkareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3648-9181>

²nelli.vishnyakova.76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9111-9645>

³alexandrovaoyu@nriph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

⁴rogorenkov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

⁵sergnat@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-1549-2122>

⁶kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

⁷semdep@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3054-9962>

⁸zubko@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

Аннотация. В условиях кадрового дефицита, как врачей, так и среднего медицинского персонала, в первичном звене здравоохранения преимущественно ведется лечебно-диагностическая работа, при этом профилактические мероприятия реализуются менее целенаправленно. Создание отдельного кабинета для диспансерного наблюдения взрослых пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями может в значительной мере улучшить работу по диспансерному наблюдению и уменьшить нагрузку на врачей первичной медико-санитарной помощи.

Цель исследования: оценить эффективность работы кабинета диспансерного наблюдения взрослых пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в профилактической работе поликлиник.

Материалы и методы: данные ВІ-отчетов, Единой медицинской информационно-аналитической системы Московской области по показателям центрального поликлинического отделения государственного бюджетного учреждения Московской области «Люберецкая областная больница».

Методы: статистический, аналитический, наблюдение.

Результаты: для повышения эффективности диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) были проведены структурные, организационные, образовательные мероприятия. Организована работа кабинета ХНИЗ с выделением ставки фельдшера и определением его функциональных обязанностей. Разработан алгоритм обследования пациентов в зависимости от нозологии. Разработаны речевые модули для обзвона и приглашения пациентов на диспансерное наблюдение, налажено взаимодействие между кабинетами врачей терапевтов и узких специалистов, кабинетом профилактики, кабинетом выписки рецептов и кабинетом наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Выводы: Организация кабинета диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями позволила повысить охват данной категории пациентов. Повысилась доступность диспансерного наблюдения и диспансеризации для пациентов за счет организации «зеленого коридора». Снизилась нагрузка на врачей-терапевтов и узких специалистов. Сократилось число посещений поликлиники пациентами за счет активного использования телемедицинских консультаций для записи на консультации к врачам по результатам обследований. Введена приоритезация диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Повысился охват и качество диспансеризации и диспансерного наблюдения данной категории пациентов.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, хронические неинфекционные заболевания, профилактика.

Для цитирования: Шинкарева Н. В., Вишнякова Н. А., Александрова О. Ю., Горенков Р. В., Шинкарев С. В., Кустов Е. В., Семенцов Д. П., Зубко А. В. Кабинет хронических неинфекционных заболеваний как лучшая практика организации диспансерного наблюдения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 56—62. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.009.

Review article

Room for chronic non-communicable diseases — best practice in the organization of dispensary supervision

Natalya V. Shinkareva¹✉, Nelli A. Vishnyakova², Oksana Yu. Alexandrova³, Roman V. Gorenkov⁴, Sergey V. Shinkarev⁵, Evgeny V. Kustov⁶, Dmitry P. Sementsov⁷, Alexander V. Zubko⁸

^{1,3,4}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

^{1,5}Krasnogorsk regional hospital, Krasnogorsk, Russia;

^{2,7}Lyubertsy Regional Hospital, Lyubertsy, Russia;

⁴First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov (Sechenov University), Moscow, Russia;

⁶Ministry of Health of the Moscow Region, Russia;

⁸Institute of Health Ministry of Health of Russia, Russia

¹natalya.shinkareva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3648-9181>

²nelly.vishnyakova.76@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9111-9645>

³alexandrovaoyu@nrph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

⁴rogorenkov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3483-7928>

⁵sergnat@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-1549-2122>

⁶kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

⁷semdep@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-3054-9962>

⁸zubko@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

Annotation. In the context of a shortage of personnel, both doctors and paramedical personnel, in primary health care, medical and diagnostic work is mainly carried out, while preventive measures are implemented less purposefully. The creation of a separate dispensary observation room for adult patients with chronic non-communicable diseases can greatly improve the work of dispensary observation and reduce the burden on primary health care doctors.

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of the dispensary observation of adult patients with chronic non-communicable adult diseases in the preventive work of polyclinics.

Materials and methods: data from BI reports, the Unified Medical Information and Analytical System of the Moscow Region, based on the indicators of the central polyclinic department of the state budgetary institution of the Moscow Region «Lyubertsy Regional Hospital».

Methods: statistical, analytical, observation.

Results: Structural, organizational and educational measures were taken to improve the efficiency of dispensary observation of patients with non-communicable diseases. The work of the HNIZ office was organized with the allocation of the rate of the paramedic and the definition of his functional duties. An algorithm for examining patients depending on the nosology has been developed. Speech modules have been developed for calling and inviting patients for dispensary observation, interaction has been established between the offices of general practitioners and narrow specialists, the prevention office, the prescription office and the observation office for patients with chronic non-infectious cases.

Conclusions: The organization of a dispensary observation room for patients with chronic non-communicable diseases has increased the coverage of this category of patients. The availability of dispensary observation and medical examination for patients has increased due to the organization of the «green corridor». The workload on general practitioners and narrow specialists has decreased. The number of visits to the polyclinic by patients has decreased due to the active use of telemedicine consultations for making appointments with doctors based on the results of examinations. Prioritization of dispensary observation of patients with chronic non-communicable diseases has been introduced. The coverage and quality of medical examination and dispensary observation of this category of patients has increased.

Key words: *dispensary observation, chronic non-communicable diseases, prevention.*

For citation: Shinkareva N. V., Vishnyakova N. A., Alexandrova O. Yu., Gorenkov R. V., Shinkarev S. V., Kustov E. V., Sementsov D. P., Zubko A. V. The office of chronic non-communicable and infectious diseases is the best practice for organizing dispensary observation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):56–62. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.009.

Введение

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются основными причинами смертности населения во всех экономически развитых странах мира [1, с. 5—56]^{1, 2}.

Организация диспансерного наблюдения является проблемным вопросом в оказании первичной медико-санитарной помощи. Так охват диспансерным наблюдением пациентов по данным некоторых источников в отношении всех заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, недостаточный

(39,7%) и требует анализа качества диспансерной работы в медицинских организациях [2, с. 13—17].

Многие страны (Англия, США, Китай, Италия, Индия и др.) для повышения эффективности ведения пациентов с хроническими заболеваниями внедряют «Модель лечения хронических заболеваний» (Chronic Care Model, СММ) [3, с. 17—18]. Данная программа оказания интегрированной помощи, предназначенной для улучшения результатов лечения пациентов с хроническим заболеванием, более эффективна и менее затратна по сравнению с медицинской помощью, преимущественно направленной на оказание неотложной помощи. В США СММ со временем получило развитие в «медицину минимально разрушительных последствий» (Minimally Disruptive Medicine, МДМ) для пациентов с полиморбидными заболеваниями. Комплексный подход к лечению полиморбидных заболеваний с активным

¹ 10 ведущих причин смерти в мире. ВОЗ. Информационный бюллетень. 9 декабря 2020 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата обращения: 01.03.2023).

² Causes of death by Hannah Ritchie, Fiona Spooner and Max Roser. This article was first published in February 2018. Last updated in December 2019 <https://ourworldindata.org/causes-of-death>

участием пациентов в процессе лечения показал более высокую эффективность данной программы в сравнении с изолированным лечением каждого заболевания по отдельности [4, 5].

В нашей стране в последние годы также большое внимание уделяется улучшению диспансерного наблюдения. Вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», в котором, в сравнении с предыдущим нормативным документом увеличился перечень заболеваний, при которых устанавливают группу диспансерного наблюдения терапевтом, добавлены контролируемые показатели состояния здоровья и условия диспансерного наблюдения, разработаны перечни заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению для врачей-специалистов [6, с. 60—80]^{3, 4}.

В условиях кадрового дефицита врачей, активное приглашение пациентов, состоящих на диспансерном учете и контроль за проведением и эффективностью диспансерного наблюдения, носит не системный характер. В основном динамическое наблюдение за данной категорией пациентов осуществлялось в связи с обращением их к врачам первичного звена здравоохранения по поводу ухудшения самочувствия для коррекции терапии, в том числе за выпиской рецептурных препаратов в рамках дополненного лекарственного обеспечения, а также обращением по другим поводам (вакцинация, санаторно-курортная карта и т. д.).

Во многих случаях не требуется обязательное посещение врача, так как большую часть работы при повторных обращениях или при предварительных обследованиях может выполнять средний медицинский персонал⁵. Например, проведение анкетирования, антропометрии, направление на лабораторные и функциональные исследования в плановом порядке и др.

В связи с вышеизложенным, встал вопрос о целесообразности выделения отдельного кабинета, в котором будет осуществляться контроль за диспансерным наблюдением пациентов с хроническими заболеваниями, их приглашение, назначение обследования в соответствии с действующим приказом

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>

⁴ Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 года № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_323527/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb11ddafdadfd518

⁵ Приказ Минздрава России от 23.03.2012 N 252н (ред. от 31.10.2017) «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при оказании первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты», http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129222/

№ 168н, консультирование по результатам обследования врачами-терапевтами и узкими специалистами.

Цель исследования: оценить эффективность работы кабинета ХНИЗ поликлиники для повышения качества и охвата диспансерным наблюдением пациентов с ХНИЗ.

Материалы и методы исследования

В исследовании использовались данные VI-отчетов государственной информационной системы «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (ЕМИАС). Медицинская организация, на базе которого проводилось исследование — центральное поликлиническое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Люберецкая областная больница» (ЦПО ГБУЗ МО «Люберецкая областная больница»).

По состоянию на 01.04.2023 численность прикрепленного населения к ЦПО ГБУЗ МО «Люберецкая областная больница» составляет 22 731 чел., на диспансерном учете состоит 9 041 пациент, что составляет 39,7% от прикрепленного населения.

Используемые методы в исследовании: статистический, аналитический, наблюдение.

Результаты

Для повышения эффективности диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ были проведены структурные, организационные, образовательные мероприятия. Организована работа кабинета ХНИЗ с выделением ставки фельдшера и определением его функциональных обязанностей. Разработан алгоритм обследования пациентов в зависимости от нозологии. Разработаны речевые модули для обзвона и приглашения пациентов на диспансерное наблюдение. Также для пациентов, впервые обратившихся в ЦПО в данном году, подготовлены анкеты для диспансеризации (пациент после анкетирования и антропометрии направляется в отделение профилактики).

Кабинет ХНИЗ был организован на первом этаже в непосредственной близости к диагностическим кабинетам, пункту забора крови и оснащен в соответствии с порядком оснащения кабинета приема врача-терапевта⁶.

В штатном расписании ведомостью замены была перепрофилирована одна ставка участковой медицинской сестры на одну ставку фельдшера кабинета ХНИЗ с возложением отдельных функций врача. Организовано рабочее место фельдшера с персональным компьютером, телефонным аппаратом для проведения проактивной работы по приглашению и информированию пациентов.

Установлен режим работы кабинета ХНИЗ: одна смена, с 08:00 до 15:50, пятидневная рабочая неделя.

⁶ Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141047/

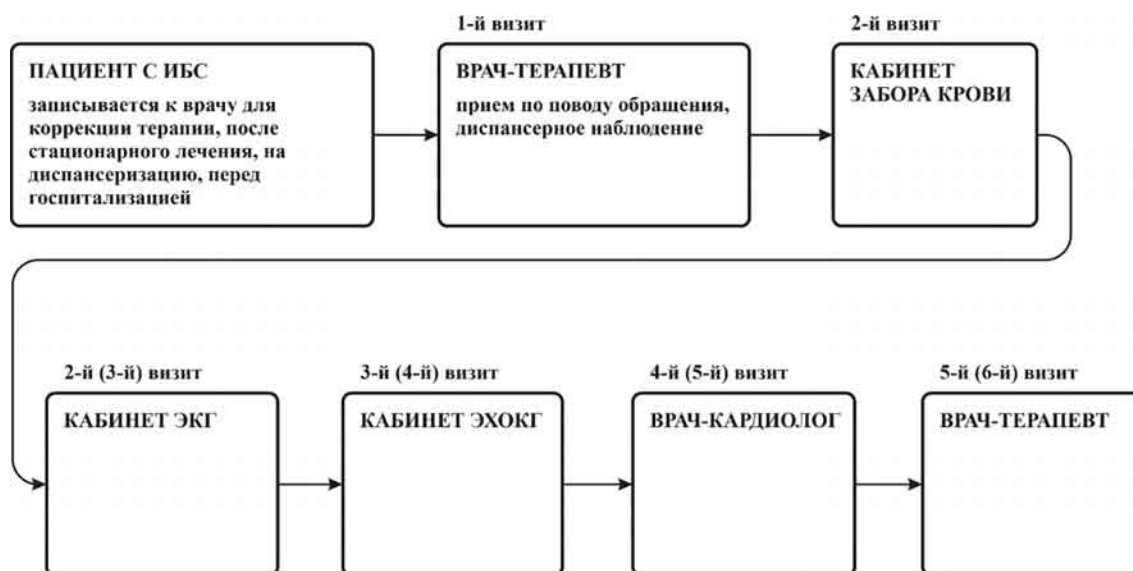


Рис. 1. Организация диспансерного наблюдения пациента с ИБС до открытия кабинета ХНИЗ

В ЕМИАС было открыто электронное расписание приема и выезда на дом фельдшера кабинета ХНИЗ, рекомендуемое среднее время для приема больного с ХНИЗ в амбулаторных условиях 15 минут. Доступ для записи к ячейке имеют врачи и регистратура.

Для повышения эффективности диспансерного наблюдения были вовлечены все сотрудники поликлиники. На регулярной основе проводилась разъяснительная работа с ними о необходимости ведения проактивной профилактической работы. Выполнение плана по диспансеризации, диспансерному наблюдению включено в положение об оплате труда работников здравоохранения (в соответствии с разработанным планом-графиком для каждого врача-терапевта). Сформирован защищенный онлайн сервис на основе программы Excel с листами по заболеваниям с актуальными контактными данными пациентов для проведения проактивной работы. Разработана цветовая маркировка, которая включает следующие категории: «осмотрен(а)/стоит на учете», «снят(а) с учета», «поставлен(а) на учет (впервые выявленный)», «маломобильный(ая)», «планируемая дата диспансерного осмотра». В таблице предусмотрена графа — обзвон пациентов, дата диспансерного наблюдения ДН 1, дата ДН 2. Для врачей узких специалистов и врачей-терапевтов имеется вкладка для внесения данных о пациентах с впервые выявленными заболеваниями для постановки их на диспансерный учет. Информация таблицы доступна терапевтической службе, кабинету медицинской профилактики, заведующим отделением, узким специалистам.

Разработаны чек-листы для врачей-терапевтов, узких специалистов, сотрудников отделения профилактики, кабинета ХНИЗ, кабинета выписки рецептов, в которых ежедневно отображается число пациентов, направленных на рентген органов грудной клетки (или флюорографию), в смотровой кабинет, в кабинет профилактики, в кабинет ХНИЗ, на вакцинацию, в дневной стационар. Это позволяет по-

стоянно мониторировать вклад каждого сотрудника в общий процесс организации профилактической работы ЦПО (в том числе, диспансерное наблюдение).

Организован дополнительный кабинет забора крови для повышения доступности исследования в день обращения пациентов.

На рис. 1 и рис. 2 представлена организация диспансерного наблюдения на примере пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) до открытия кабинета ХНИЗ и после открытия кабинета ХНИЗ и организации взаимодействия кабинета ХНИЗ с другими кабинетами ЦПО соответственно.

Таким образом, открытие кабинета ХНИЗ, дополнительного кабинета забора крови, выделение ячеек на диспансерное наблюдение для записи на ЭКГ, консультацию кардиолога, использование телемедицинских консультаций позволило сократить число посещений поликлиники пациентами в 2 раза (с 5—6 до 2—3 посещений). Проактивный обзвон пациентов фельдшером кабинета ХНИЗ для приглашения на диспансерное наблюдение, привлечение сотрудников кабинета выписки рецептов, кабинета профилактики, врачей-терапевтов и врачей узких специалистов к направлению пациентов на диспансерное наблюдение с ежедневным мониторингом работы каждого кабинета позволило актуализировать список пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, а также повысить охват и качество диспансерного наблюдения.

С 01.01.2023 по 31.03.2023 фельдшером кабинета ХНИЗ был выполнен следующий объем работы с достижением соответствующего охвата. Данные представлены в табл. 1, рис. 3.

За первый квартал 2023 г. ежедневный проактивный обзвон 1 831 пациента с целью приглашения на осмотр по диспансерному наблюдению в рамках приказов № 168н и № 404н Минздрава России позволил выявить 194 пациента, которые по разным причинам (переезд, прикрепление к другой медицинской организации, смерть) были сняты с дис-

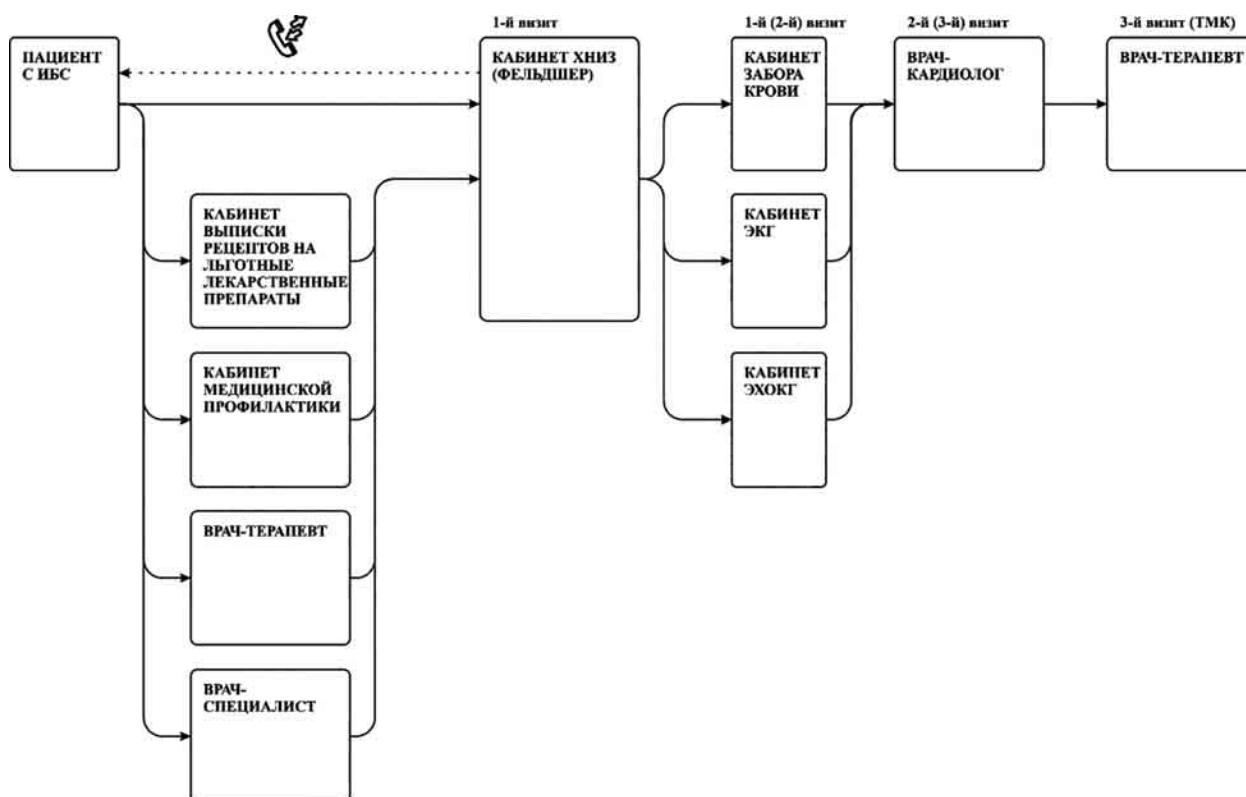


Рис. 2. Организация диспансерного наблюдения пациента с ИБС после открытия кабинета ХНИЗ

пансерного наблюдения. Ранее эта работа не проводилась.

Проведен прием в кабинете ХНИЗ и направлено на обследование 1 386 пациентов, из них 310 с использованием телемедицинских консультаций. В поликлинике 10 терапевтических участков, за счет перераспределения функций с врача-терапевта на фельдшера кабинета ХНИЗ в среднем на одного терапевта высвобождается 2—3 ячейки для записи пациентов ежедневно (повышается доступность на 10%).

Фельдшером кабинета ХНИЗ направлены к врачу-специалисту с целью консультации, коррекции лечения и корректировки дальнейшей тактики ведения пациента — 678 человек (63%). Это повышает качество диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями (скомпенсированное

состояние ведет к снижению риска сердечно-сосудистых катастроф, обострений хронических заболеваний, госпитализаций по экстренным показаниям и смерти).

Также налажено взаимодействие с отделением профилактики: направлено на диспансеризацию взрослого населения (проведено анкетирование) — 528 пациентов (9 человек в день), что составляет 49% от общего числа пациентов, принятых в кабинете ХНИЗ. Это позволяет, с одной стороны, повысить охват диспансеризацией пациентов, с другой, сокращает число посещений кабинета забора крови (сразу осуществляется забор крови на исследования в рамках и диспансеризации, и диспансерного наблюдения), сокращается число посещений поликлиники пациентом. Кроме того, из отделения профилактики в кабинет ХНИЗ поступает информация о

Таблица 1

Мероприятия, проведенные в кабинете ХНИЗ за январь — март 2023 г.

Мероприятие	Показатель			
	Количество пациентов за весь период январь—март 2023 г., чел.	Среднее количество пациентов в день, чел.	Доля пациентов от принятых в кабинете ХНИЗ, %	Доля пациентов от общего количества пациентов, состоящих на ДН, %
«Проактивный» обзвон пациентов	1 831	31	—	20,3
Принято в кабинете ХНИЗ	1 076	18	—	11,9
Проведено ТМК	310	5	29	3,4
Направлено к врачу-специалисту	678	11	63	7,5
Направлено на ДВН	528	9	49	5,8
Направлено к врачу-гериатру	14	—	1	0,2
Направлено в дневной стационар	38	1	4	0,4
Направлено на госпитализацию	1	—	0	0
Снято с ДН	194	3	18	2,1
Поставлено на ДН	316	5	29	3,5
Анкетирование «Возраст не помеха»	214	4	20	2,4

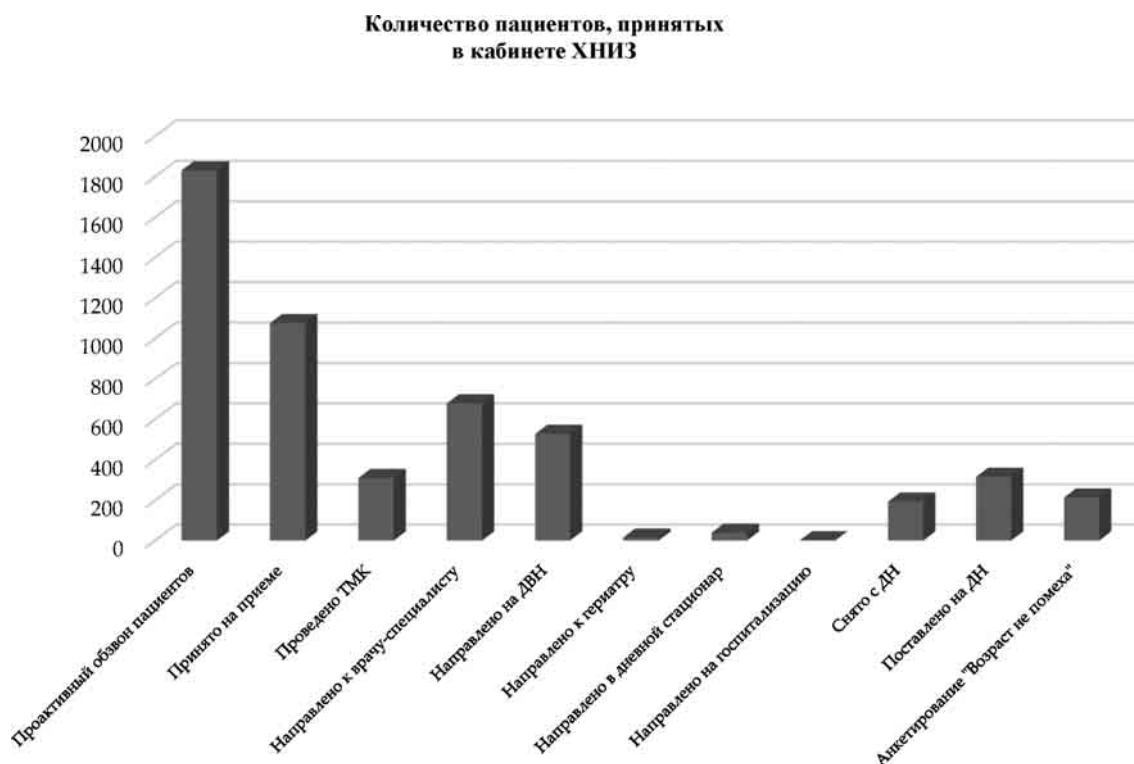


Рис. 3. Показатели работы кабинета ХНИЗ за 1-й квартал 2023 г. (диспансерная группа 9 041 пациент)

пациентах с вновь выявленными хроническими заболеваниями (за первый квартал 2023 г. 316 пациентов поставлено на ДН).

Обсуждение

В Российской Федерации низкий процент ДН пациентов с ХНИЗ. Во многом это связано с загруженностью врачей ПМСП, низкой мотивацией населения, информированностью о ХНИЗ, большим временем ожидания, многократными посещениями

ми поликлиники. Также отрицательно сказалась на профилактических мероприятиях пандемия COVID-19.

Учитывая высокую загруженность врачей ПМСП, анализ маршрутизации пациентов, нами было установлено, что возможна организация кабинета ХНИЗ с возложением функций на фельдшера — проактивный обзвон пациентов с приглашением на диспансерное наблюдение и записью на удобное для пациента время, актуализация списков пациентов,

Таблица 2

Пример чек-листа кабинета ХНИЗ за февраль 2023 г.

Мероприятие	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	27	28	Итого
Обзвон	30	30	40	30	30	30	30	30	30	30	30	32	30	30	40	35	30	30	567
Осмотр «Д» группы	24	15	20	24	24	24	24	24	18	23	20	22	16	22	22	20	24	24	350
Направлено к специалисту	13	13	3	13	17	13	14	12	10	15	11	13	10	14	10	10	11	14	227
Проведено ТМК	6	6	6	6	6	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	104
Направлено на ВД	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	13	10	14	10	15	13	12	187
Поставлено на «Д» учет	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	4
Снято с «Д» учета	-	-	2	1	2	2	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	11
Направлено в дневной стационар	1	-	-	-	-	2	2	3	3	-	1	1	1	4	-	-	-	1	19
Направлено на госпитализацию	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Направление к гериатру	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	3
Анкетирование «Возраст не помеха»	2	4	3	3	8	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	5	4	4	71

находящихся на ДН, прием пациентов, антропометрия, заполнение анкеты (если пациент не проходил диспансеризацию), запись на обследования и консультации узких специалистов, ТМК по результатам обследований, направление к участковым терапевтам.

Разработана маршрутизация — направление к специалистам после получения всех результатов обследования.

Обучение персонала (фельдшера кабинета ХНИЗ, других сотрудников ЦПО) действующим нормативно-правовым документам. Налажено взаимодействие между кабинетами поликлиники, разработан чек-лист ежедневного самоконтроля выполненной работы кабинета ХНИЗ, а также терапевтам, узким специалистам (таб. 2).

Составлен план-график на год, квартал и месяц по выполнению диспансерного наблюдения, диспансеризации, вакцинации.

Открыт дополнительный кабинет забора крови и ячейки на ДН (организован «зеленый коридор» для пациентов с ДН).

С учетом всех проведенных мероприятий ДН улучшилось, что проявляется в количественных единицах 39,7% охвата ДН от прикрепленного населения и качественным — улучшение доступности (прохождение ДН за минимальное число посещений поликлиники), информированности населения, полнотой ДН, удовлетворенностью населения (87% пациентов удовлетворены организацией ДН).

Заключение

Внедрение кабинета ХНИЗ позволило:

1. Повысить эффективность ДН: охват ДН — 39,7% от прикрепленного населения.
2. Повысить качество ДН — контроль за проведением обследования и консультациями врачей-терапевтов и узких специалистов.
3. Организовать своевременную постановку на ДН пациентов с ХНИЗ по результатам проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.
4. Улучшить контроль наблюдения на дому за маломобильными, паллиативными пациентами.

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 06.07.2023; одобрена после рецензирования 01.08.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 06.07.2023; approved after reviewing 01.08.2023; accepted for publication 30.08.2023.

5. Повысить доступность медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми и узкими специалистами.

Данная модель может использоваться в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Oganov R. G. et al. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(6):5—56. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56
2. Е. В. Усачева, М. Е. Бертенева, Н. Б. Калинушкина. Диспансерное наблюдение — как основа профилактической работы врача-терапевта участкового. *Поликлиника*. 2019;(5—2):13—17.
3. Rawaf S. A proactive general practice: Integrating public health into primary care. *London journal of primary care*. 2018;10(2):17—18. DOI: 10.1080/17571472.2018.1445946
4. Boehmer K. R., Abu Dabrh A. M., Gionfriddo M. R., et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLOS ONE*. 2018;13(2):e0190852. DOI: 10.1371/journal.pone.0190852
5. Vainieri M., Quercioli C., Maccari M., Barsanti S., Murante A. M. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy. *BMC health services research*. 2018;18(1):659. DOI: 10.1186/s12913-018-3431-0
6. Е. Белугина, Т. Клещевникова, Н. Тюменцева. Новый порядок диспансерного наблюдения с сентября. Три точки контроля для руководителя + рекомендации методистов и практиков. *Здравоохранение*. 2022;(9):60—80.

REFERENCES

1. Oganov R. G. et al. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(6):5—56. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56
2. E. V. Usacheva, M. E. Berteneva, N. B. Kalinushkina. Dispensary observation as a basis for the preventive work of a local general practitioner. *Polyclinic. [Poliklinika]*. 2019;(5—2):13—17 (In Russian).
3. Rawaf S. A proactive general practice: Integrating public health into primary care. *London journal of primary care*. 2018;10(2):17—18. DOI: 10.1080/17571472.2018.1445946
4. Boehmer K. R., Abu Dabrh A. M., Gionfriddo M. R., et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLOS ONE*. 2018;13(2):e0190852. DOI: 10.1371/journal.pone.0190852
5. Vainieri M., Quercioli C., Maccari M., Barsanti S., Murante A. M. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy. *BMC health services research*. 2018;18(1):659. DOI: 10.1186/s12913-018-3431-0
6. E. Belugina, T. Kleshchevnikova, N. Tyumentseva. New procedure for dispensary observation since September. Three points of control for the leader + recommendations of methodologists and practitioners. *Healthcare. [Zdravookhranenie]*. 2022;(9):60—80 (In Russian).

Научная статья

УДК 159.9.072:613.6.02

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.010

Особенности формирования здоровья молодежи в условиях социально-экономической трансформации общества

Татьяна Петровна Яковлева¹, Альбина Вячеславовна Гапоненко²,
Марина Владимировна Сошенко³, Виктор Иванович Шмырев⁴

^{1–4}ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» Минобрнауки РФ, 129226, Москва, В. Пика

¹<http://orcid.org/0000-0001-7143-4779>

²<http://orcid.org/0000-0003-4761-6331>

³<http://orcid.org/0000-0002-9054-1139>

⁴shmyrev_denis@mail.ru

Аннотация. В статье приводятся результаты оценки индекса функциональных изменений у студентов РГСУ (18–24 лет), после периода самоизоляции 2021 года (на фоне COVID-19) и опыта дистанционного обучения. Всего обследовано 207 человек, не имевших в анамнезе COVID-19. Период наблюдения включал годы: до пандемии (2013) и после пандемии (2022). В исследовании использован комплекс методов: социально-гигиенические методы (анкетирование), физиологические методы, включающие: расчет индекса функциональных изменений (ИФИ) и оценка нервно-психической дезадаптации (ОНПД). ИФИ рассчитан на основе данных о: артериальном давлении, пульсе, весе, росте. Интегральный показатель позволяет характеризовать функциональное состояние организма по уровню адаптационного потенциала. Сертифицированный метод ОНПД позволяет выявить наличие психической дезадаптации. Анкетирование студентов дало возможность охарактеризовать: продолжительность работы за компьютером, использование свободного времени, отношение к дистанционному обучению. Выявлено, что признаки астении, депрессивных сигналов, психического дискомфорта чаще регистрировались среди студентов, находящихся на дистанционном обучении в период самоизоляции (декабрь 2020 г.) по сравнению с 2013 г.: 46,5% против 21,4±8,8. Индекс функциональных изменений (ИФИ), отражающий процессы адаптации, у 51,0% студентов соответствует состоянию функционального напряжения, из которых почти 70% студентов (67,5%) отмечали существенное увеличение массы тела за период дистанционного обучения. Полученные данные дают основание полагать, что введение дистанционного обучения для студентов, с ограничением межличностных, очных контактов, сопровождается перестройкой многих сфер жизнедеятельности, о чем свидетельствуют: пониженное настроение 45,6% студентов, функциональное напряжение организма 51,0% студентов. Почти треть студентов не читают и не занимаются спортом (28,4%). Период дистанционного обучения, продолжавшийся в течение одного года, оказался достаточным для большинства студентов (64,3%) отметивших, что они привыкли к форме дистанционного обучения и она является перспективной в системе обучения и либо полностью, либо частично может заменить очное обучение. Только 35,7% рассматривают смешенную или очную форму обучения, как наиболее предпочтительную.

Ключевые слова: адаптация, индекс функциональных изменений (ИФИ), студенты, дистанционное обучение.

Для цитирования: Яковлева Т. П., Гапоненко А. В., Сошенко М. В., Шмырев В. И. Особенности формирования здоровья молодежи в условиях социально-экономической трансформации общества // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 63–68. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.010.

Original article

Features of the formation of youth health in the conditions of socio-economic transformation of society

Tatiana P. Yakovleva¹, Albina V. Gaponenko², Marina V. Soshenko³, Viktor I. Shmyrev⁴

^{1–4}Russian State Social University of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation

¹<http://orcid.org/0000-0001-7143-4779>

²<http://orcid.org/0000-0003-4761-6331>

³<http://orcid.org/0000-0002-9054-1139>

⁴shmyrev_denis@mail.ru

Annotation. The article presents the results of the evaluation of the index of functional changes in RSSU students (18–24 years old), after a period of self-isolation in 2021 (against the background of COVID-19) and distance learning experience. A total of 207 people who had no history of COVID-19 were examined. The observation period included years: before the pandemic (2013) and after the pandemic (2022). The study used a set of methods: socio-hygienic methods (questionnaires), physiological methods, including: calculation of the index of functional changes (IFI) and assessment of neuropsychiatric maladaptation (ONPD). IFI is calculated based on data on: blood pressure, pulse, weight, height. The integral indicator allows us to characterize the functional state of the organism by the level of adaptive potential. The certified ONPD method allows you to identify the presence of mental maladaptation. The survey of students made it possible to characterize: the duration of work at the computer, the use of free time, attitude to distance learning. It was revealed that signs of asthenia, depressive signals, mental discomfort were more often registered among students who were on distance learning during the period of self-isolation (December 2020 compared to 2013): 46.5% vs. 21.4±8.8. The index of functional changes (IFI), reflecting the pro-

cesses of adaptation, in 51.0% of students corresponds to the state of functional stress, of which almost 70% of students (67.5%) noted a significant increase in body weight during the distance learning period. The data obtained give reason to believe that the introduction of distance learning for students, with limited social contacts, is accompanied by the restructuring of many spheres of life, as evidenced by: low mood 45.6% of students, functional stress of the body 51.0% of students, a small proportion of reading and sports (28.4%). The period of distance learning, which lasted for one year, turned out to be sufficient for the majority of students (64.3%) who noted that they were accustomed to the form of distance learning and it is promising in the learning system and can either completely or partially replace full-time education. Only 35.7% consider a mixed or full-time form of education as the most preferable.

Key words: adaptation, assessment, index of functional changes (IFI), students, distance learning.

For citation: Yakovleva T. P., Gaponenko A. V., Soshenko M. V., Shmyrev V. I. Features of youth health formation in conditions of socio-economic transformation of society. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):63–68. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.010.

Введение

На протяжении последних двух десятилетий происходит социально-экономическая трансформация общества. Характерной чертой происходящих изменений является широкое внедрение информационных технологий во все сферы жизнедеятельности.

Ежегодно растет не только число лиц, работающих в сфере информации и связи, но и широко используются абонентские устройства подвижной радиотелефонной (сотовой) связи, а также другие источники передачи, обработки и получения информации населением¹. Широко распространены удаленные рабочие места. В процессе обучения одним из основных источников информации является интернет. Изменения, происходящие в современном образовании, являются отражением перемен, обусловленных компьютеризацией, информатизацией всех областей человеческой деятельности. Комфортные условия труда и формы обучения изменили режим труда и отдыха: неминуемо происходит снижение двигательной активности во всех группах населения, в том числе и среди молодежи

[1–5]. Меняется образ жизни, влияя на показатели состояния здоровья населения. Маркером интенсивного распространения, использования электронных информационных устройств является увеличение в 1000 раз абонентских устройств подвижной радиотелефонной связи, т. е. мобильных телефонов: с 22,3 до 2203,0 на 1000 населения России за период с 2000 года до 2022 года [табл.1].

Как свидетельствуют данные официальной статистической отчетности, в последнее десятилетие показатели заболеваемости населения России по ряду социальных заболеваний: алкоголизм и наркомания, снижаются. Но обращает на себя внимание рост частоты других заболеваний, сопутствующих происходящим переменам в обществе. Это эндокринные заболевания, где ведущими являются: нарушение обменных процессов, ожирение. Последнее, по-видимому, является не только результатом нерационального питания, но и результатом изменения образа жизни. Обращает на себя особое внимание рост частоты ожирения среди молодежи, который идет параллельно с повсеместным использованием различных устройств для обработки и получения информации. В таблице 1 представлены данные заболеваемости подростков (15–17 лет) и населения алкоголизмом, наркоманией, болезнями эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ и ожирением.

Целью работы явилась оценка функциональных изменений у студентов в условиях дистанционного обучения, т. е., в период вынужденного ограничения межличностного общения в период эпидемической ситуации COVID-19.

Материалы и методы

Объектом исследования являлись студенты 18–24 лет Российского государственного социального университета (г. Москва). Обследовано 207 человек, не болевших COVID-19.

Для достижения целей работы применен комплекс методов: социально-гигиенических (анкетирование); физиологических, включающих: расчет индекса функциональных изменений (ИФИ) и оценку нервно-психической дезадаптации (ОНПД) [6].

Компьютеризированный (сертифицированный) метод (ОНПД- оценка нервно-психической дезадаптации) позволяет выявить наличие психической дезадаптации, с основными ее проявлениями по пяти шкалам: I –соматическое благополучие, II- психическое благополучие, А- астения, D- депрессия,

Таблица 1

Заболеваемость подростков 15–17 и населения РФ с диагнозом, установленным впервые в жизни на 100 000 человек)*

Показатели	Годы				
	2005	2010	2018	2019	2020
Подростки 15–17					
Болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ	2433,8	2516,8	2788,5	3011,2	2340,7
Сахарный диабет	15,7	16,8	29,8	30,0	32,1
Ожирение	289,2	463,8	762,9	891,5	708,0
Население РФ					
Болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ	1360,6	1 023,1	1312,2	1 442,3	1 104,1
Сахарный диабет	249,5	226,8	251,7	279,7	219,8
Ожирение	—	160,0	304,2	352,5	253,9
Взято под наблюдение пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни: алкоголизм и алкогольные психозы	147,0	107,8	52,8	51,9	40,4

* Заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет по основным классам, группам и отдельным болезням.-табл.2.56. 2.1. Заболеваемость населения по основным классам, группам и отдельным болезням.//Здравоохранение России. Статистический сборник 2021. Официальное издание. ФГС. Росстат.М. с.72

¹ Число абонентских устройств подвижной радиотелефонной (сотовой) связи на 1 000 человек населения России ФГС. Росстат.М, Обновлено.07.2022. Обращение 19.04.23

DP- психический дискомфорт. Компьютерная программа «Pyscompr», позволяет переводить сырые баллы в T-баллы: отклонением от нормы считаются значения меньше 30 T-баллов для шкал I и II и больше 70 T-баллов для шкал A, D и DP^{2,3}.

Учитывая, что процесс дистанционного обучения для значительной части студентов сопровождался снижением двигательной активности в 2020 году, сокращением физических нагрузок, был рассчитан индекс функциональных изменений (ИФИ) для каждого обследованного студента [7—10]. ИФИ направлен на оценку функционального состояния сердечно-сосудистой системы, что на наш взгляд, было обоснованным. Данный индекс используется для того, чтобы оценить потенциальную способность организма адаптироваться к изменяющейся нагрузке. ИФИ — показатель, интегрально отражающий функциональное состояние организма, учитывает частоту пульса, артериальное давление, возраст, физическое состояние, включая массу тела и рост, показывает степень адаптированности, функциональные резервы. Расчет показателя проводится по формуле:

$$\text{ИФИ} = 0,011\text{ЧП} + 0,014\text{САД} + 0,008\text{ДАД} + 0,014\text{В} + 0,009\text{МТ} - 0,009\text{Р} - 0,27,$$

где ЧП — частота пульса, уд/мин; САД — систолическое артериальное давление, мм рт. ст.; ДАД — диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.; В — возраст, лет; МТ — масса тела, кг; Р — длина тела, см; 0,27 — независимый коэффициент.

Градации функционального состояния организма по уровню адаптационного потенциала:

- достаточные, адаптация удовлетворительная — до 2,10;
- состояние функционального напряжения — 2,11—3,20;
- снижены, адаптация неудовлетворительная — 3,21—4,30;
- резко снижены, срыв адаптации — более 4,30;

Исследование выполнялось в 2013 г., 2020 г., 2022 г.

В 2013 году в исследование обследован 61 человек, в декабре 2020 года — 58 человек, в 2022 году — 88 человек.

Изменения в показателях адаптации студентов к новым (дистанционным) условиям обучения были выявлены при сравнительном анализе данных, полученных до и во время периода самоизоляции на фоне эпидемической ситуации COVID-19 (2013 г. и декабрь 2020 г.). В 2020 году пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) сопровождалась мера-

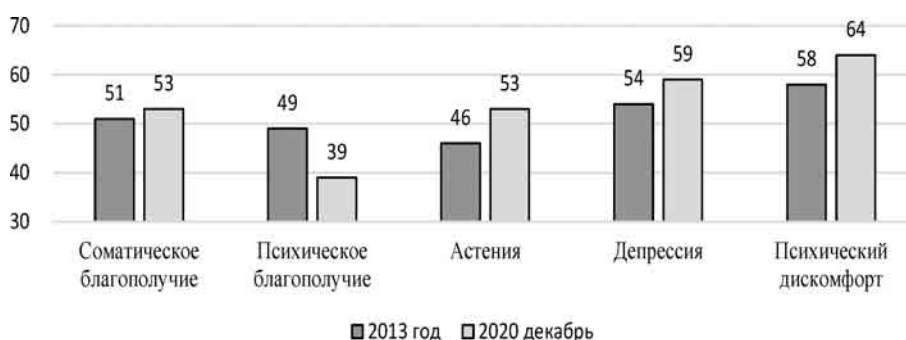


Рис. 1. Результаты оценки нервно-психической дезадаптации (ОНПД), у студентов в 2013 г. и в 2020 г. (в условиях самоизоляции)

ми по предотвращению распространения инфекции, которые были направлены на самоизоляцию ограничивали очное общение, двигательную активность в течение года.

В исследовании 2022 года проведен расчет индекса функциональных изменений (ИФИ) у студентов.

Результаты

На фоне самоизоляции и дистанционного обучения (2020 г.) среди студентов более, чем в два раза увеличилась доля лиц, имеющих признаки дезадаптации (табл.2).

Среди тех студентов, у которых имелись признаки психического дискомфорта в 2020 году (46,5%) отмечалась тенденция к росту по шкале: астении (А) в 5,0%, депрессии (D) в 17,9%; психического дискомфорта (DP) в 30,8%. У некоторых студентов признаки отмечались одновременно по разным шкалам.

Средние значения по группам студентов, обучавшихся в различные годы, не превышали нормативных значений ни одного из показателей. Но очевидно, что, уровень психического благополучия имеет тенденцию к снижению, а уровень психического дискомфорта возрос (рис. 1).

Индекс функциональных изменений состояния сердечно-сосудистой системы (ИФИ) для каждого обследованного студента свидетельствует, что в студенческой среде в 2022 году не было лиц с неудовлетворительной адаптацией. ИФИ у 49,1% студентов соответствовал достаточной, удовлетворительной адаптации (1 группа, ИФИ ≤ 2,1). У 51,0% студентов, ИФИ характеризовался, как состояние функционального напряжения (2,11—3,2).

В группе студентов с хорошими характеристиками адаптации (1-ая группа) 35,6% студентов отметили изменение массы тела за период самоизоляции и перехода на дистанционное обучение (рис.2).

Таблица 2

Частота признаков нервно-психической дезадаптации (2013 г. и 2020 г.) на 100 обследованных студентов

Год	Форма обучения	Частота лиц, с признаками дезадаптации
2013	Очное обучение	21,4±8,8
2020 (декабрь)	Дистанционное обучение (на фоне COVID-19)	46,2±6,5*

*t=1,9

² Караваев В. Н., Бурцев В. К. Компьютерная психодиагностическая программа «Pyscompr» v 2.1.1.5. 2002

³ Рубцов М. Ю., Юшкова О. И. Методы психологической диагностики профессионального стресса при различной степени напряженности. Медицина труда и промышленная экология, № 9, 2009, с.25—31.

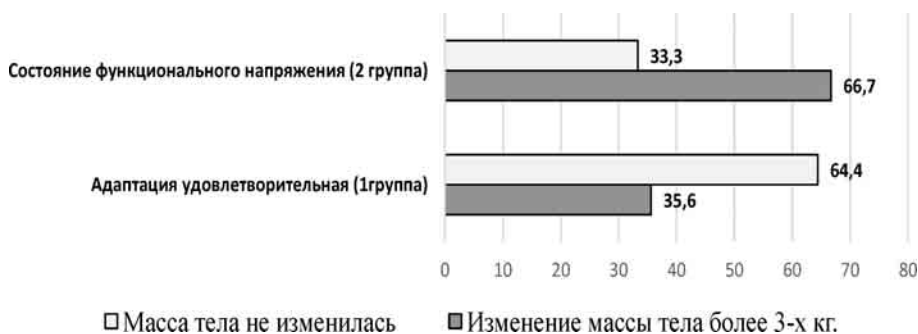


Рис. 2. Изменение массы тела у студентов 19—24 года за период 2020—2022 в зависимости от величины ИФИ

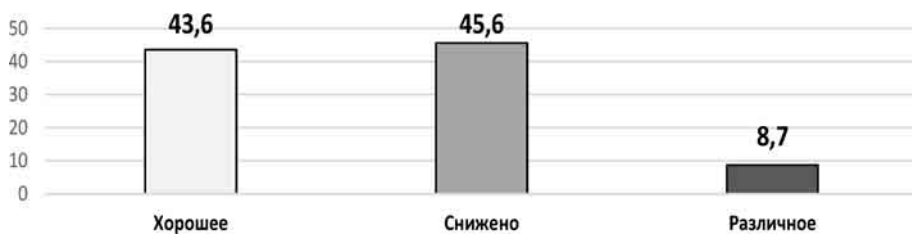


Рис. 3. Оценка настроения, отмеченная студентами (19—24 года) в 2022 году на фоне внедрения дистанционного обучения вследствие Ковид-19

Во второй группе студентов, с состоянием функционального напряжения, т. е. более высоким уровнем ИФИ, у 66,7% за последние два года (2020—2022) увеличилась масса тела более, чем на 3 кг, а в значительном числе случаев эта величина достигала 6—10 кг.

В этот же период, в январе 2022 г. было проведено обследование групп студентов с применением анкетирования (88 человек). Анкета включала сведения об отношении к различным формам обучения: очного, дистанционного, смешанного; занятости студентов (наличие работы, занятия в свободное время, продолжительность работы за компьютером), а также данные, необходимые для расчета ИФИ: артериальное давление, рост, вес, изменение массы тела, улучшение или снижение настроения.

К 2022 году среди студентов форма дистанционного обучения прочно укоренилась, студенты приспособились, но более 50,0% (54,5%) студентов отметили, что в продолжительность работы за компьютером значительно возросла: 35,3% проводят за компьютером в день от 8 до 13 часов, 35,0% — 5—7 часов, остальные — до 4-х часов. Среди занятий в свободное время студенты отметили: творчество (42,0%), учебу (31,3%), чтение (28,4%), физкультуру и спорт (17,9%). Вместе с тем, на полное отсутствие физических нагрузок указали 26,9% студентов.

Важно также и настроение, которое формируется комплексом условий и событий. На вопрос: повлияло ли на Ваше настроение ограничение социальных контактов в университете, и как оно изменилось, почти половина респондентов дала положительный ответ,

охарактеризовав свое настроение, как сниженное (45,6%) (рис. 3).

Вместе с тем, за относительно непродолжительный период произошли изменения стереотипов образа жизни: 64,3% студентов отметили, что уже привыкли к новым условиям, а форму дистанционного обучения считают перспективной, и её надо внедрить в систему обучения либо полностью, либо частично, заменив очное обучение (рис. 4).

Обсуждение

Изменение образа жизни на протяжении последнего десятилетия наблюдалось во всех группах населения, и, соответственно изменялись показатели состояния здоровья: снизилась заболеваемость по целому ряду социально значимых заболеваний, в числе которых алкоголизм, наркомания. С внедрением дистанционного обучения, для студентов, значительно увеличилось продолжительность использования разнообразных информационных технологий. Дистанционное обучение предполагает перманентную занятость, с небольшими, перерывами: утром работа на семинарах, лекциях, а вечером — самостоятельная работа или, как отмечали сами студенты — общение с компьютером, с нерегламентированными перерывами [11]. При этом у молодежи сократилось время и частота непосредственного, очного общения с друзьями (как отмечают сами студенты, до 2-х раз в месяц), что для многих студентов оказалось условием, способствующим снижению настроения. На этом фоне, учитывая преимущественный малоподвижный образ жизни, появились основания для нерационального питания и набора лишнего веса. Распространение ожирения и условия его формирования представляет одну из глобальных проблем современного общества, поскольку является хроническим состоянием с серьезными последствиями для здоровья. Ряд исследований подтверждает, что существует взаимосвязь между эмоционально-личностными нарушениями и ожирением [12—14]. Отмечают, что наряду с положительными сторонами цифровизации образования имеются возможные негативные изменения: потеря базовых когнитивных компетенций,

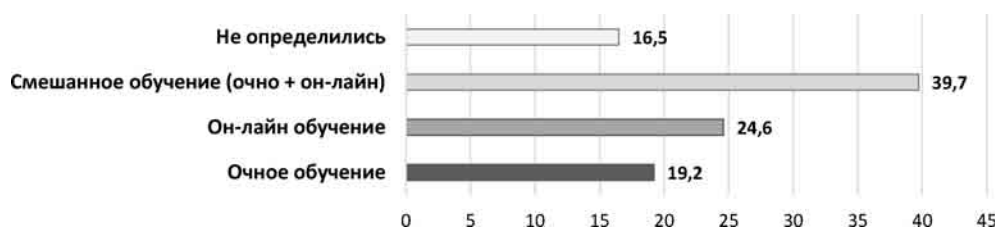


Рис. 4. Выбор студентами (19—24 года) форм обучения (2022 г.)

снижение общего уровня подготовки, сокращение потребности в «интеллектуальном» специалисте, уход от фундаментальности, перераспределение функций администрации вузов и преподавателей, высокие требования к психологическим качествам преподавателя, сокращение личных контактов. Тем не менее, у половины обследованных студентов перемены, вызвавшие психический дискомфорт, сопровождающийся у двух третей студентов увеличением массы тела, снижением настроения, не повлияли на формирование утверждения о целесообразности новых подходов к обучению.

Заключение

За период с 2005 по 2021 годы заболеваемость подростков 15—17 с диагнозом, установленным впервые в жизни на 100 000 человек имела тенденцию к снижению в целом по всем болезням, в том числе и по социально-значимым заболеваниям. Ярким исключением являлась заболеваемость ожирением, показатель заболеваемости которой вырос с 2005 года до 2020 в 1,6 раза: с 20,1 до 32,2 на 100 000 человек.

Исследование показало, что признаки астении, депрессивных сигналов, психического дискомфорта чаще регистрировались среди студентов, находящихся на дистанционном обучении в период самоизоляции (декабрь 2020г по сравнению с 2013 г.): 46,5% против 21,4±8,8. Установлено, что период дистанционного обучения, продолжавшийся в течение одного года, оказался достаточным для большинства студентов (64,3%) отметивших, что они привыкли к форме дистанционного обучения, дистанционное обучение может являться перспективным в системе обучения и либо полностью, либо частично заменить очное обучение. Менее половины студентов (35,7%) рассматривают смешенную или очную форму обучения, как наиболее предпочтительную. Выявлено, что индекс функциональных изменений (ИФИ), отражающий процессы адаптации системы кровообращения у 51,0% студентов соответствует состоянию функционального напряжения, из которых две трети (67,5%) отмечали существенное увеличение массы тела. Полученные данные дают основание полагать, что введение дистанционного обучения для студентов, с ограничением социальных контактов, сопровождается перестройкой многих сфер жизнедеятельности, о чем свидетельствуют: пониженное настроение 45,6% студентов, функциональное напряжение организма 51,0% студентов, небольшая доля читающих (28,4%).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Polskaya N. A., Razvalyaeva A. Yu. Interpersonal sensitivity in the period of self-isolation: the role in the choice of measures of social distancing. *Psychological science and education*. 2020;25(6):63—76. DOI: 10.17759/pse.2020250606.
2. Яковлева Т. П. Оценка нервно-психической дезадаптации у работников отдельных профессий социальной сферы. *Социальная политика и социология*. 2012;(10):163—169.
3. Батищева Г. А., Гончаров Ю. Н., Чернов Ю. Н. *Бюл. научного совета «Медико-экологические проблемы работающих»*. 2005;(4):87—90.

4. Мишквич И. А., Баймаков Е. А., Юшкова О. И., Зайцева А. В., Ониани Х. Т. Влияние нервно-эмоциональной напряженности трудового процесса на организм педагогических и медицинских работников. *Медицина труда и промышленная экология*. 2021;61(4):218—223.
5. Бухтияров И. В., Рубцов М. Ю., Костенко Н. А. Современные психологические факторы риска и проявления профессионального стресса. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2014;16(5—2):773—775.
6. Рубцов М. Ю., Юшкова О. И. Методы психологической диагностики профессионального стресса при различной степени напряженности. *Медицина труда и промышленная экология*. 2009;(9):25—31.
7. Рубцов М. Ю. Методическое обоснование оценки функционального напряжения организма при умственном труде. *Безопасность в техносфере*. 2011;(6):34—38.
8. Ходжиев М., Прокопенко Л. В., Юшкова О. И., Капустина А. В., Гуломова Р. А. Физиологическое определение степени адаптационно-приспособительных реакций к трудовому и учебному процессам у мигрантов и студентов *Здоровье населения и среда обитания* — *3НиСО*. 2019;312(3):22—28.
9. Юшкова О. И., Матюхин В. В., Бухтияров И. В., Капустина А. В., Порошенко А. С., Калинина С. А., Ониани Х. Т. *Вестник Тверского государственного университета. Серия: Биология и экология*. 2014;(3):15—26.
10. Афанасьева Р. Ф., Прокопенко Л. В. Биологический возраст как критерий оценки условий труда (на примере производства титановых сплавов). *Медицина труда и промышленная экология*. 2009;(2):1—5.
11. Калинина С. А., Юшкова О. И. Влияние социально-психологических факторов на формирование профессионального стресса. *Физиология человека*. 2015;41(4):44.
12. Васильева О. А. Адаптационные механизмы поколения Z в условиях стресса, вызванного самоизоляцией из-за пандемии COVID-19. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: познание*. 2021(3):43—48.
13. Hilal Y. et al. The Effect of Anxiety Levels of Elderly People in Quarantine on Depression during the COVID-19 Pandemic. *Social Work in Public Health*. 2021;36(2):194—204.
14. Петунина Н. А., Тельнова М. Э., Гончарова Е. В., Мыринова О. А. Динамика психоэмоционального состояния у молодых мужчин с ожирением на фоне программы по снижению массы тела. *Терапевтический архив*. 2022;94(1):18—23.

REFERENCES

1. Polskaya N. A., Razvalyaeva A. Yu. Interpersonal sensitivity in the period of self-isolation: the role in the choice of measures of social distancing. *Psychological science and education*. 2020;25(6):63—76. DOI: 10.17759/pse.2020250606.
2. Yakovleva T. P. Assessment of neuro-psychic maladaptation in workers of some professions of the social sphere. *Social Policy and Sociology. [Sotsial'naya politika i sotsiologiya]*. 2012;(10):163—169. (In Russian).
3. Batishcheva G. A., Goncharov Yu. N., Chernov Yu. N. *Byul. of the Scientific Council «Medico-ecological problems of workers»*. [Byul. nauchnogo soveta «Mediko-ekologicheskie problemy rabotayushchikh»]. 2005;(4):87—90. (In Russian).
4. Mishkchik I. A., Baymakov E. A., Yushkova O. I., Zaitseva A. V., Oniani H. T. The influence of the nervous and emotional tension of the labor process on the body of pedagogical and medical workers. *Labor medicine and industrial ecology. [Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya]*. 2021;61(4):218—223. (In Russian).
5. Bukhtiyarov I. V., Rubtsov M. Yu., Kostenko N. A. Modern psychological risk factors and manifestations of occupational stress. *Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences. [Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk]*. 2014;16(5—2):773—775. (In Russian).
6. Rubtsov M. Yu., Yushkova O. I. Methods of psychological diagnosis of occupational stress at various degrees of tension. *Occupational Medicine and Industrial A. B. Ecology. [Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya]*. 2009;(9):25—31. (In Russian).
7. Rubtsov M. Yu. 2011. Methodological substantiation of the assessment of the functional stress of the body during mental labor. *Safety in the technosphere. [Bezopasnost' v tekhnosfere]*. 2011;(6):34—38. (In Russian).
8. Khodzhev M., Prokopenko L. V., Yushkova O. I., Kapustina A. V., Gulomova R. A. Physiological determination of the degree of adaptive reactions to labor and educational processes in migrants and students. *Population health and habitat — ZNISO*.

- [*Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya* — ZNISO]. 2019;312(3):22—28. (In Russian).
9. Yushkova O. I., Matyukhin V. V., Bukhtiyarov I. V., Kapustina A. V., Poroshenko A. S., Kalinina S. A., Oniani H. T. *Bulletin of Tver State University. Series: Biology and Ecology. [Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Biologiya i ekologiya]*. 2014;(3):15—26. (In Russian).
 10. Afanasyeva R. F., Prokopenko L. V. Biological age as a criterion for assessing working conditions (on the example of the production of titanium alloys). *Occupational medicine and industrial ecology. [Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya]*. 2009;(2):1—5. (In Russian).
 11. Kalinina S. A., Yushkova O. I. The influence of socio-psychological factors on the formation of professional stress. *Human Physiology. [Fiziologiya cheloveka]*. 2015;41(4):44. (In Russian).
 12. Vasilyeva O. A. Adaptive mechanisms of generation Z under stress caused by self-isolation due to the COVID-19 pandemic. *Modern science: actual problems of theory and practice. Series: cognition. [Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki. Seriya: poznanie.]*. 2021(3):43—48. (In Russian).
 13. Hilal Y. et al. The Effect of Anxiety Levels of Elderly People in Quarantine on Depression during the COVID-19 Pandemic. *Social Work in Public Health*. 2021;36(2):194—204.
 14. Petunina N. A., Telnova M. E., Goncharova E. V., Mironova O. A. Dynamics of psychoemotional state in young men with obesity against the background of a weight loss program. *Therapeutic Archive. [Terapevticheskiy arkhiv]*. 2022;94(1):18—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 12.04.2023; одобрена после рецензирования 03.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 12.04.2023; approved after reviewing 03.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 618.146—006+314.44

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.011

Заболееваемость раком шейки матки жительниц крупного административного центра

Зульфья Байтуяковна Тасова

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Омск, Российская Федерация

ztasova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2698-0871>

Аннотация. В статье представлен фрагмент медико-социального исследования заболеваемости женского населения Омской области раком шейки матки (РШМ). Целью исследования являлось изучение первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки среди жительниц Омской области, а также анализ ближнесрочных тенденций.

Ключевые слова: рак шейки матки, репродуктивный возраст, активное выявление, летальность, пятилетняя выживаемость

Для цитирования: Тасова З. Б. Заболеваемость раком шейки матки жительниц крупного административного центра // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 69—73. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.011.

Original article

Incidence of cervical cancer in residents of a large administrative center

Zulfiya B. Tasova

Omsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Omsk, Russian Federation

ztasova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2698-0871>.

Annotation. The article presents a fragment of a medical and social study of the incidence of cervical cancer (CC) in the female population of the Omsk region. The aim of the study was to study the primary incidence of malignant neoplasms of the cervix among residents of the Omsk region, as well as to analyze short-term trends.

Key words: cervical cancer, reproductive age, active detection, mortality, five-year survival

For citation: Tasova Z. B. Incidence of cervical cancer in women living in a large administrative center. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):69–73. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.011.

Введение

В Российской Федерации заболеваемость злокачественными новообразованиями является одной из ведущих медико-социальных проблем на протяжении многих лет, особенно это становится актуально среди лиц трудоспособного и активного репродуктивного возраста. По оценкам GLOBOCAN в 2020 году в мире было зарегистрировано 604 127 случая рака шейки матки и около 342 000 женщин умерли от этой причины. По прогнозам GLOBOCAN, к 2040 году первичная заболеваемость раком шейки матки возрастет в 1,3 раза и составит 798 000 случаев во всем мире¹.

В Российской Федерации в 2021 году опухолевые процессы различных локализаций зарегистрированы у 315 376 женщин, из них рак шейки матки — у 25 482 тысяч женщин [1].

Материал и методы исследования

На основе массива данных канцер-регистра Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический онкологический диспансер» (далее — БУЗОО «КОД») (формы № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями») рассчитаны «грубые» показатели в зависимости от района проживания, также проведен сравнительный анализ следующих показателей: распространенности рака шейки матки, активного выявления и показателей выявляемости ЗНО в I–II и IV стадиях, одногодичной летальности. Стандартизованный показатель рассчитан на основе мирового стандарта распределения по возрасту. Использованы альтернативный и графический виды анализов, применен параметрический критерий оценки. Временные ряды оценены с выравниванием методом наименьших квадратов. Статистическая обработка материала проведена с использованием возможностей программы «Excel 2016». Исследуемый период охватывал с 2010 по 2021 гг. (11 лет).

¹International Agency for Research on Cancer [Internet]. World Health Organization; 2023. Available from: <https://gco.iarc.fr>

Результаты

Наряду с уменьшением общей популяции населения численность женщин фертильного возраста в регионе за изучаемый период сократилась с 513 025 человек в 2011 году до 440 661 человек к 2021 году (т.уб.15%). Как и во многих субъектах РФ, в Омской области женское население превалирует над мужским — 53,8% (2021 г). Основным учреждением, осуществляющим медицинское обслуживание пациенток с раком шейки матки, является бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический онкологический диспансер» (далее-БУЗОО «КОД»).

В 2021 году удельный вес РШМ в структуре онкологической заболеваемости жительниц региона составил 4,3%, занимая 5-е место после рака молочной железы (22,3%), новообразований кожи с меланомой (14,2%), тела матки (7,9%) и ободочной кишки (6,6%) (рис. 1).

Следует помнить о том, что рак шейки матки относится к визуальным опухолям, для диагностики которой применяются современные скрининговые программы [2—4]. Однако, несмотря на доступность профилактических медицинских осмотров и активную пропаганду диспансеризации, в настоящее время многие исследователи отмечают возрастание распространенности рака шейки матки среди женщин молодого репродуктивного возраста, которое может привести к потере фертильности [4—7]. За 11-летний период среди женщин в возрасте до 25 лет в регионе ежегодно встречались единичные случаи опухолей шейки матки, в 2021 рак данной локализации у женщин этой же возрастной группы зарегистрированы не были (рис. 2). Однако, следует отметить наиболее высокий удельный вес опухолей шейки матки у женщин 25—29 лет (25,7% от общего числа опухолей, зарегистрированных среди этой возрастной группы). В целом же доля рака шейки матки у лиц 25—49 лет составила 85,3% от общего числа зарегистрированных опухолей в этой же возрастной группе.

Динамика стандартизованного показателя распространенности РШМ за анализируемый период как в целом по РФ, так и в Омской области, указывает на снижение заболеваемости (темпы убыли 0,43% и 7,98% соответственно). Зарегистрировано преобладание регионального уровня в отдельные годы (2011, 2013, 2015, 2017—2019 гг.), однако, региональный показатель демонстрирует несколько интенсивную динамику за исследуемый период, чем в

среднем по стране, достоверных различий показателей заболеваемости к 2021 году не установлено ($p \geq 0,05$).

Выявление онкологических процессов шейки матки происходит при самообращении в медицинские организации или при проведении профилактических осмотров [2,5,8—9]. Следует отметить, что к настоящему времени сложилась тенденция к снижению активно выявленных опухолей шейки матки (рис.3). Так, в Омской области на протяжении всего изучаемого периода данный показатель имел существенные переломы в виде спада и роста регистрации. В целом за описываемый период показатель снизился со среднегодовым темпом убыли 4,5%. Наибольшая скорость снижения регистрации отмечена за 2020 год, когда темп убыли составил 34,5%. Соответственно, к 2021 г. показатель был ниже среднероссийского в 2,1 раза (различия достоверны, $p \geq 0,05$). Прогнозируемая тенденция в регионе имеет среднюю степень аппроксимации с сохранением снижения показателя ($R^2=0,667$), с еще более высокой степенью аппроксимации в целом по стране также определен снижающийся тренд ($R^2=0,9435$).

Известно, что обнаружение патологии на ранних (I-II) стадиях имеет менее тяжкие последствия для самой пациентки: укорачивается период послеоперационной реабилитации и сокращается перечень

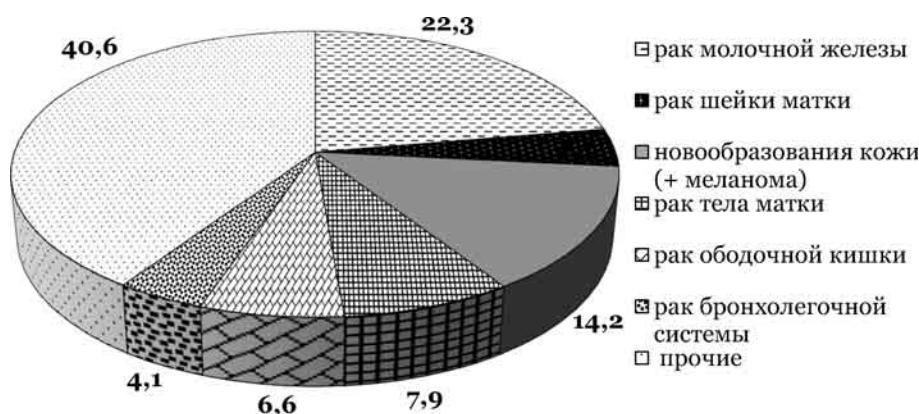


Рис. 1. Структура локализации опухолевых процессов среди женского населения Омской области в 2021 году (%)

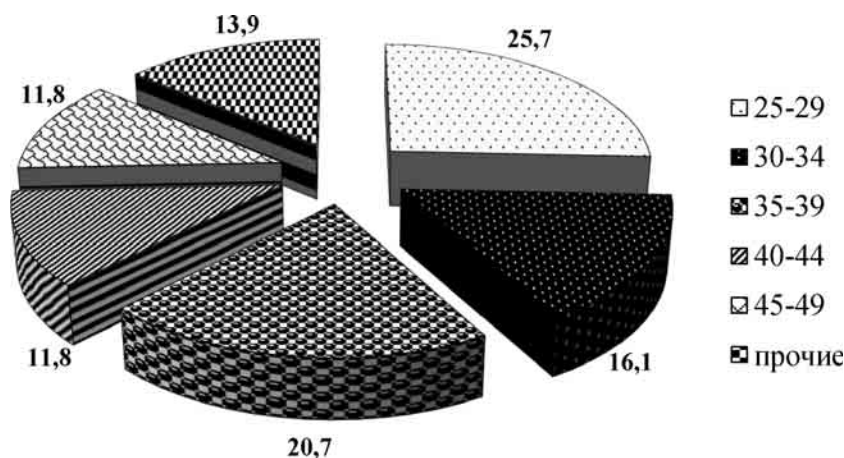


Рис. 2. Структура зарегистрированных опухолей шейки матки в 2021 году у жительниц Омской области в возрасте 25—49 лет (%)

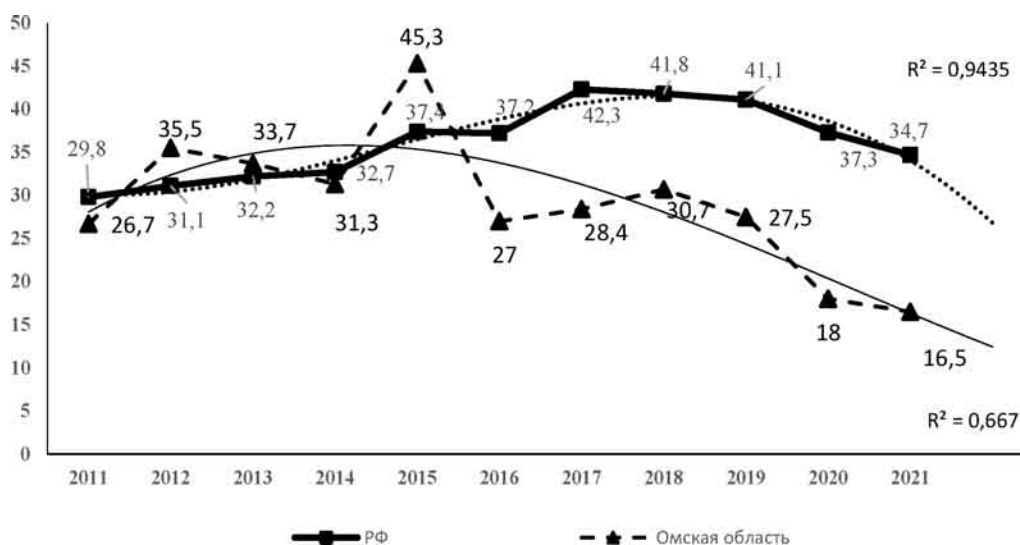


Рис. 3. Сравнительная динамика активного выявления рака шейки матки в РФ и Омской области в 2011—2021 гг. (%)

методов лечения и в ряде случаев оно может ограничиться только хирургическим вмешательством, без использования химио- и лучевой терапии [2,4—5,7,9—10]. В Омской области на протяжении всего исследуемого периода регистрация опухолей на ранних стадиях была ниже среднероссийских (62,0% и 64,7% соответственно). Однако, несмотря на существенные и достоверные различия показателей Омской области и РФ в 2011 году ($p < 0,05$), к 2021 году эти отличия нивелировались ($p > 0,05$). В целом в регионе за рассматриваемый период сложилась благоприятная тенденция к росту показателя, ежегодно прирастая на 2,2% (общий темп прироста 24,61%), на ближайшую перспективу изменений характера процесса не прогнозируется. В общей сложности по стране с 2019 года регистрируется уменьшение числа выявленных опухолей шейки матки на ранних стадиях с прогнозированием сохранения выявленной тенденции ($R^2 = 0,9451$).

Особое значение в плане сокращения летальности и смертности при данной визуально диагностируемой патологии имеет снижение числа случаев

выявленных опухолей в III—IV стадии [2, 5, 7, 9, 10], однако, менее благоприятное прогностическое значение в отношении здоровья имеет выявление опухолей в IV стадии. На территории Омской области за изучаемый период произошло увеличение удельного веса случаев позднего выявления рака шейки матки (Омская область 9,2%, т.пр.12,4%). Существенный скачок удельного веса позднего рака зафиксирован в 2020 году с темпом прироста по отношению к предыдущему периоду 76,6%. В целом же по стране прирост показателя происходил с меньшей скоростью (т. пр. 9,3%), однако, несмотря на существенные перепады региональных значений, достоверных отличий среди показателей Омской области и РФ к концу изучаемого периода не установлено ($p > 0,05$).

Летальность на первом году после установления диагноза является одним из наиболее объективных показателей, характеризующих состояние диагностической и лечебной помощи больным со злокачественными новообразованиями [2,4,7,9]. По материалам данного исследования, в Омской области од-



Рис. 4. Сравнительная динамика одногодичной летальности в РФ и Омской области в 2011—2021 гг. (%)

ногодичная летальность снизилась в 1,2 раза (ср./год. т. уб. 1,6%). Аналогичное направление процесса регистрировалось и в целом по РФ — снижение в 1,46 раза (ср./год. т. уб. 3,3%), прогнозируемая тенденция указывает на дальнейшее снижение показателя (рис. 4). К отчетному году не выявлено достоверных различий между уровнями летальности в регионе и в целом по РФ ($p \geq 0,05$).

Обсуждение

Рак шейки матки занимает одно из ведущих мест в структуре женской онкологической заболеваемости и является важнейшей медицинской и социальной проблемой не только в России, но и в мире. Изучение заболеваемости раком шейки матки имеет большое практическое значение, особенно с учетом возраста пациенток. Проведенный нами анализ заболеваемости опухолями шейки матки в Омской области за 11-летний период (2010—2021 гг.) показал, что среднероссийские значения возрастных особенностей распределения заболеваемости аналогичны региональным — в РФ в период 35—49 лет регистрируется 44,8% опухолей шейки матки (в Омской области — 44,3%).

Чем лучше организовано оказание специализированных медицинских услуг женскому населению (налажена работа смотровых кабинетов, присутствует необходимый медицинский персонал и т. д.), тем выше удельный вес заболеваний, выявленных активно и на ранней стадии. Это означает, что пациентки ожидают меньший объем лечения и его более высокая эффективность. Результаты проведенного исследования показали, что в регионе показатель активного выявления опухоли шейки матки существенно снизился.

Также своевременное выявление опухолей органов репродуктивной системы имеет важнейшее значение для сохранения воспроизводительной функции организма, оно обусловлено качеством диагностики, состоянием организации выявления опухолевых процессов и оснащенности медицинских организаций.

Довольно высокие показатели выявленных запущенных форм рака шейки матки в значительной степени обусловлены поздним обращением за медицинской помощью наряду с сокращением медицинской активности женщин (прохождение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации).

Заключение. О недостаточной эффективности организации онкологической помощи женщинам с раком шейки матки свидетельствует снижение уровня активной выявляемости, которое, возможно, обусловлено приостановлением в 2020 году плановой медицинской помощи (диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) в связи с распространением новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2.

Наиболее подверженной развитию опухолей шейки матки является самая активная в репродуктивном плане возрастная группа 25—29 лет.

Положительным моментом в работе онкологической службы региона можно считать снижение показателя одногодичной летальности и рост регистрации опухолей на ранних стадиях, что в определенной мере отражает эффективность комплекса профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, проводимых специалистами службы.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена-филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2022.
2. Roik E. E., Nieboer E., Kharkova O. A., Gribovsky A. M., Postoev V. A., Oldland J. D. Cervical cancer patients diagnosed with opportunistic screening live longer? An Arkhangel'sk cancer registry study. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1500.
3. Татарина Т. А., Косаговская И. И. Состояние и тенденции диагностики рака шейки матки в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(6):1547—1555.
4. Журман В. Н., Масленникова Т. Ю., Матюшкина Л. С., Елисеева Е. В. Эпидемиологические особенности рака шейки матки в Приморском крае. *Клиническая медицина*. 2020;(11):148—156.
5. Ворошина Н. В., Важенин А. В., Тюков Ю. А. Недостаточность своевременности и эффективности диагностики злокачественных новообразований визуальных локализаций женской репродуктивной системы. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2020;2(40):98—103.
6. Глякин Д. С. Рак шейки матки в репродуктивном периоде. *Здравоохранение Чувашии*. 2017;(4):24—26.
7. Жуйкова Л. Д., Одинцова И. Н., Ананина О. А., Пикалова Л. В., Ляхова Н. П. Заболеваемость раком шейки матки в Сибирском федеральном округе. *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2020;16(4):76—83.
8. Р. А. Мурашко, Л. Г. Тесленко, Л. Л. Степанова. Вопросы раннего выявления злокачественных новообразований в Краснодарском крае. *Эффективная фармакотерапия*. 2018;(40):22—25.
9. Макарова Е. В., Сеньчукова М. А. Рак шейки матки в Оренбургской области и Российской Федерации по данным за 2007—2016 годы. *Оренбургский медицинский вестник*. 2018;24(4):20—30.
10. Корепанов С. В., Лазарев А. Ф., Николаева М. Г., Петрова В. Д. Эпидемиологические особенности злокачественных новообразований шейки матки в Алтайском крае. *Российский онкологический журнал*. 2020;5(25):164—168.

REFERENCES

1. Malignant neoplasms in Russia in 2021 (morbidity and mortality). Moscow: MNI OI im. P. A. Herzen — branch of the Federal State Budgetary Institution «NMITS Radiology» of the Ministry of Health of Russia; 2022. (In Russian).
2. Roik E. E., Nieboer E., Kharkova O. A., Gribovsky A. M., Postoev V. A., Oldland J. D. Cervical cancer patients diagnosed with opportunistic screening live longer? An Arkhangel'sk cancer registry study. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1500.
3. Tatarinova T. A., Kosagovskaya I. I. Status and trends in the diagnosis of cervical cancer in the Russian Federation. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2021;29(6):1547—1555 (in Russian) doi:10.32687/0869-866X-2021-29-6-1547-1555.
4. Zhurman V. N., Maslennikova T. Yu. Matyushkina L. S., Elisееva E. V. Epidemiological features of cervical cancer in Primorsky

- Krai. *Clinical medicine. [Klinicheskaya meditsina]*. 2020;(11):148—156 (in Russian) doi: 10.37882/2223—2966.2020.11.14.
5. Voroshina N. V., Vazhenin A. V., Tyukov Yu. A. Lack of timeliness and efficiency in diagnosing malignant neoplasms of visual localizations of the female reproductive system. *Siberian scientific medical journal. [Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal]*. 2020;2(40):98—103 (in Russian) doi: 10.15372/SS-MJ20200214.
6. Glyakin D. S. Cancer of the cervix in the reproductive period. *Public health of Chuvashia. [Zdravookhranenie Chuvashii]*. 2017;(4):24—26 (in Russian).
7. Zhuykova L. D., Odintsova I. N., Ananina O. A., Pikalova L. V., Lyakhova N. P. The incidence of cervical cancer in the Siberian Federal District. *Tumors of the female reproductive system. [Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy]*. 2020;16(4):76—83 (in Russian) doi:10.17650-1994-4098-2020-16-4-76-83.
8. R. A. Murashko, L. G. Teslenko, L. L. Stepanova. Issues of early detection of malignant neoplasms in the Krasnodar Territory. *Effective pharmacotherapy. [Effektivnaya farmakoterapiya]*. 2018;(40):22—25 (in Russian).
9. Makarova E. V., Senchukova M. A. Cervical cancer in the Orenburg region and the Russian Federation according to data for 2007—2016. *Orenburg medical bulletin. [Orenburgskiy meditsinskiy vestnik]*. 2018;24(4):20—30 (in Russian).
10. Korepanov S. V., Lazarev A. F., Nikolaeva M. G., Petrova V. D. Epidemiological features of malignant neoplasms of the cervix in the Altai Territory. *Russian journal of oncology. [Rossiyskiy onkologicheskij zhurnal]*. 2020;5(25):164—168 (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 14.04.2023; одобрена после рецензирования 03.07.2023; принята к публикации 30.08.2023.

The article was submitted 14.04.2023; approved after reviewing 03.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 331.103.32

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.0

Структура занятости персонала при осуществлении медико-биологических научных исследований

Елена Алексеевна Морозова¹, Артем Николаевич Попсуйко²,
Яна Владимировна Данильченко³, Яна Владимировна Казачек⁴, Алена Сергеевна Агиенко^{5✉},
Галина Владимировна Артамонова⁶

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования (ФГБОУ ВО) «Кемеровский государственный университет», Институт экономики и управления, 650000, Россия, г. Кемерово, ул. Красная, д. 6;

^{2–6}Федеральное государственное бюджетное научное учреждение (ФГБНУ) «Научно-исследовательский институт Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», 650002, Россия, г. Кемерово, Сосновый бульвар, д.6

¹morea@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2215-9808>

²popsan@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5162-0029>

³daniyv@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8308-8308>

⁴kazachek@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1491-0799>

⁵agieas@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5521-4653>

⁶artamonova@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2279-3307>

Аннотация. Умение эффективно использовать свое время и качественно им управлять представляет высокую ценность для каждого сотрудника любой организации. Тайм-менеджмент — эффективная концепция, необходимая для адаптации в новых условиях многозадачности и высокой напряженности деятельности. В статье описаны результаты исследования структуры занятости персонала при осуществлении медико-биологических научных исследований на основе методики «Фотография рабочего дня», определены её детерминанты и обозначены области улучшения деятельности. Научная новизна настоящей работы в том, что представлены новые данные о структуре занятости сотрудников научной медицинской организации.

Ключевые слова: тайм-менеджмент, медико-биологические научные исследования, фотография рабочего дня, хронометраж.

Для цитирования: Морозова Е. А., Попсуйко А. Н., Данильченко Я. В., Казачек Я. В., Агиенко А. С., Артамонова Г. В. Структура занятости персонала при осуществлении медико-биологических научных исследований // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 74—78. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.012.

Original article

Working day structure of personnel in biomedical research

Elena A. Morozova¹, Artem N. Popsuiko², Yana V. Danilchenko³, Yana V. Kazachek⁴, Alena S. Agienko^{5✉},
Galina V. Artamonova⁶

¹Kemerovo State University, Institute of Economics and Management, 6 Krasnaya Str., Kemerovo, 650000, Russian Federation;

^{2–6}Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, 6 Sosnovy Boulevard, Kemerovo, 650002, Russian Federation

¹morea@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2215-9808>

²popsan@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5162-0029>

³daniyv@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8308-8308>

⁴kazachek@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1491-0799>

⁵agieas@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5521-4653>

⁶artamonova@kemcardio.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2279-3307>

Abstract. Efficient time management is of high value for every employee of any organization. Time management is a concept necessary for adaptation to multitasking and stressful work environments. The article presents the results of the study on working day structure of personnel involved in biomedical research based on the “Working day photography” method, its determinants are presented and areas of improvement of activity are identified. Obtaining new data on working day structure of personnel of medical and research organizations defines the scientific novelty of this study.

Key words: time management, biomedical research, working day photography, timekeeping.

For citation: Morozova E. A., Popsuiko A. N., Danilchenko Ya. V., Kazachek Y. V., Agienko A. S., Artamonova G. V. Working day structure of personnel in biomedical research. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):74–78. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.012.

Введение

По результатам исследований выявлено, что 34,0 % респондентов из числа научных сотрудников недовольны своим балансом между работой и личной жизнью, 67,0 % были вынуждены отказаться от исследовательского проекта из-за загруженности или ограниченных ресурсов и 82,0 % респондентов иногда чувствуют себя перегруженными на работе¹. Многообразие знаний, исследований, рассуждений по данной теме time-management оформлено в научных трудах ученых разных специальностей и доказывает, что формирование комфортного рабочего пространства и эффективное распределение времени способствует достижению максимальных результатов [1—8].

Для учреждения любой отраслевой принадлежности грамотное управление своим временным ресурсом подразумевает адекватный анализ возникшей ситуации, принятие соответствующих решений с оценкой временных затрат, необходимых для выполнения поставленных целей, проектирование программы достижения результатов во временном пространстве и четкий контроль за соблюдением временных лимитов деятельности. Регулярное невыполнение, откладывание или перенос намеченных дел (прокрастинация) способны вызвать у человека внутренний дискомфорт и даже привести к нервно-психическому расстройству и депрессии [9].

Особенно остро данная проблема стоит перед работниками учреждений медицинской науки, поскольку большая часть из них выполняет прикладные исследования, одновременно с клинической деятельностью. Интенсивности труда или степень его напряженности влияет на производительность [10].

Цель: оценить структуру занятости научных сотрудников медицинской научной организации.

Материалы и методы

Исследование выполнено в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (НИИ КПСЗ), в качестве объекта исследования выбраны научные сотрудники, предмета исследования — время по видам деятельности сотрудника в течение рабочего дня. В исследовании приняли участие 65 чел., из них: 4 лаборанта-исследователя (Л-И), 16 младших научных сотрудников (МНС), 17 научных сотрудников (НС), 8 старших научных сотрудников (СНС), 6 ведущих научных сотрудников (ВНС), 14 заведующих научными подразделениями (ЗАВ).

Для оценки структуры занятости в рамках исполняемых должностных обязанностей респондентам было предложено самостоятельно заполнить авторскую анкету «Фотография рабочего дня» (ФРД) в течение рабочей недели (18.10.2021—22.10.2021 г.). Респонденты фиксировали свои действия в таблице согласно инструкции. Исследование структуры занятости научных сотрудников на основе данного

метода позволило ответить на следующие вопросы: сколько времени тратит сотрудник на выполнение того или иного дела и как это коррелирует с временем других сотрудников; можно ли увеличить производительность труда; можно ли упростить работу, делегировать какие-нибудь функции другим работникам; какова степень загруженности и как она распределяется в разных должностных группах [11]. ФРД позволяет изучить у конкретного сотрудника путем наблюдения, измерения и документирования всех затрат времени по виду деятельности в течение рабочего дня².

Для анализа рассчитывались: среднее значение затраченного времени по виду деятельности ($M \pm SD$), медиана (Me), 25 и 75 квартилей значения ($[Q1-Q3]$), частота встречаемости признака в % и абсолютных значениях (n). Характер распределения количественных данных анализировали с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, для сравнения качественных переменных применялся Хи-квадрат Пирсона. Критическим уровнем статистической значимости принимался $p < 0,05$. Рассчитаны коэффициенты фактического использования рабочего времени научными сотрудниками (КИСП) и загрузки работников (K_z) [12]. Обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 (лицензия № BXXR411G487425FA-C от 24.08.2011 г.).

Результаты

Установлено, что время фактического начала работы совпадает с официальным у 61 чел. (93,8 %), на 30 минут раньше начинают работу 3 человека (4,7 %), на 110 минут раньше — 1 чел. (1,6%) ($p = 0,721$). У 69,0 % сотрудников отмечены работы за пределами рабочего времени, в основном это у НС (82,4 %) и у руководителей (85,7 %), а диапазон времени колеблется от $10,1 \pm 6,8$ мин/день у СНС до $63,2 \pm 15,6$ мин/день у заведующих. Выявлено, что 80,0 % респондентов в течение рабочего дня занимаются выполнением работ (поиск литературы, проведение исследования, расчетные работы и пр.) по государственному заданию (ГЗ), затрачивая на это в среднем 99 ± 104 минут/день. 83,0 % сотрудников регулярно посещают различного рода совещания, собрания и рабочие встречи, в том числе, утренние отчеты в клинике и иные виды собраний в рамках совмещения лечебно-диагностического процесса, с временными затратами 39 ± 42 мин/день. Работу с различного рода документами (локальные отчеты, подготовка приказов, документы по аудиту системы менеджмента качества, разработка технического задания, закупочная документация и пр.) отметили 77,0 % сотрудников, которые в среднем затрачивают на данный вид деятельности 39 мин/день. Разбором электронной почты, в том числе, перепиской, занимается 80,0 % сотрудников, затрачивая на это

¹ The Demands of Science. Available from: <https://www.stemcell.com/efficient-research/demands-of-science-report> (accessed: 10.11.2022).

² Сайт pro-personal.ru. Актюн. Кадры и HR. Чернова Т. Фотография рабочего дня: пример заполнения и инструкция Источник: <https://www.pro-personal.ru/article/1097618-17-m7-fotografiya-rabocheho-dnya> (дата обращения 20.01.2023)

Таблица 1

Структура занятости персонала (в % по профессиональным категориям)

№ п/п	Виды работы	Л-И	МНС	НС	СНС	ВНС	ЗАВ	р
1	Разбор почты, в том числе, переписка.	75,0	81,3	70,6	75,0	100	85,7	0,711
2	Совещание/собрание/ рабочие встречи	100	68,8	76,5	87,5	83,3	100	0,249
3	Работа по гранту	50,0	43,8	41,2	37,5	50,0	35,7	0,989
4	Работа по патенту	25,0	0,0	5,9	37,5	0,0	14,3	0,074
5	Выполнение различных работ по диссертации	0,0	6,3	29,4	25,0	16,7	35,7	0,332
6	Работа с различными документами	50,0	75,0	82,4	87,5	66,7	78,6	0,726
7	Прохождение медицинского осмотра	25,0	12,5	52,9	50,0	66,7	28,6	0,091
8	Рабочие звонки	25,0	12,5	23,5	25,0	16,7	14,3	0,946
9	Выполнение поручений и оперативных задач	50,0	43,8	29,4	25,0	33,3	35,7	0,911
10	Перерывы (обед + перерыв на отдых)	100,0	93,8	94,1	87,5	100,0	78,6	0,549
11	Прочая вспомогательная деятельность	25,0	68,8	70,6	37,5	66,7	71,4	0,324
Потери								
12	Перемещения	25,0	31,3	23,5	0,0	33,3	42,9	0,412
13	Отвлечения	25,0	6,3	29,4	0,0	33,3	14,3	0,286

17 ± 13 мин/день. Участие в конференциях различного уровня отметили 48,0 % сотрудников с временными затратами в 51±100 мин/день. Прочая вспомогательная деятельность, связанная с подготовкой оборудования, написание планов работы, подготовкой к исследованию в среднем занимает 10±13 мин/день у 63,0 % респондентов. Работы по ПНИ и грантам выполняет 42,0 % сотрудников, соответственно затрачивая 43±89 и 61±114 мин/день. Анализ свидетельствует о концентрации большей части научных сотрудников на выполнении ГЗ (от 71,4 % до 87,5 %), в диапазоне времени от 72±76 мин/день у лаборантов-исследователей до 143±131 мин/день у МНС (р=0,619).

В поисковых научных исследованиях задействовано 28,6 % руководителей подразделений, 33,3 % ВНС и 37,5 % МНС, по 50,0 % — СНС и Л-И, а также 52,9 % НС. Среднее время, затраченное на ПНИ со-

ответственно составило от 7±14 мин/день до 54±94 мин/день (р=0,695)

В различных конференциях в основном принимают участие заведующие структурными подразделениями (64,3 %) и научные сотрудники (58,8 %), но у последних тратится на это в 2,13 раза больше времени (113±153 мин/день) (р=0,333).

Занятость в лечебно-диагностической деятельности в течение рабочего времени преимущественно свойственна ведущим научным сотрудникам в качестве консультантов (83,3 % и 57±43 мин/день), лаборантам-исследователям в работе с пациентами для научных исследований 50,0 % и 159±236 мин/день), 47,1 % НС тратят на этот вид деятельности 47±91 мин/день (р=0,302).

Образовательная деятельность оценивалась с позиции участия научных сотрудников в различных программах дополнительного профессионального образования в качестве обучающихся и педагогической деятельности, связанная с реализацией сотрудниками НИИ КПССЗ образовательных программ для ординаторов, аспирантов и медицинских работников.

За исследуемый период в образовательных мероприятиях приняло участие от 12,5 % до 83,3 % сотрудников, при этом затраты времени рабочего составили от 1 до 40 мин/день (р=0,246). Больше всего среди обучающихся ВНС и заведующих подразделениями. На это направление деятельности следует обратить внимание другим категориям научного персонала.

При анализе данного направления деятельности были выявлены статистически значимые различия (р=0,013). Педагогической деятельностью преимущественно занимаются ведущие научные сотрудники (33,3 % и 32±32 мин/день и заведующие структурными подразделениями (42,9 % и 40±54 мин/день), что может быть обусловлено более высоким уровнем их профессиональной квалификации

Структура занятости персонала различных профессиональных категорий другими видами работ

Таблица 2

Распределение рабочего времени по отдельным видам работ (по профессиональным категориям)

№ п/п	Виды работы	M±SD (мин/день)						р
		Л-И	МНС	НС	СНС	ВНС	ЗАВ	
1	Разбор почты, в том числе, переписка	12±10	15±11	9±8	15±14	22±10	27±15	0,01
2	Совещание/собрание/ рабочие встречи	26±9	24±26	17±18	32±26	46±49	85±50	0,001
3	Работа по гранту	48±78	83±152	57±118	33±69	54±60	60±116	0,985
4	Работа по патенту	60±121	0	0,8±3	10±17	0	2±7	0,072
5	Выполнение различных работ по диссертации	0	1±6	22±40	8±22	10±25	10±20	0,346
6	Работа с различными документами.	26±42	27±29	43±42	14±12	24±22	71±55	0,084
7	Прохождение медицинского осмотра	3±7	2±7	20±20	15±22	14±6	2±5	0,039
8	Рабочие звонки	1±2	1±2	5±9	2±5	10±6	1±4	0,029
9	Выполнение поручений и оперативных задач	17±28	9±15	9±19	8±15	4±6	17±37	0,948
10	Перерывы (обед + перерыв на отдых)	43±26	30±12	29±9	28±15	29±10	22±13	0,059
11	Прочая вспомогательная деятельность	9±12	11±12	11±10	3±5	3±3	13±19	0,536
Потери								
12	Перемещения	1±1	2±4	3±2	0	1±1	4±6	0,374
13	Отвлечения	0,5±1	0,5±0,6	0,6±1,2	0	2±4	1±2,4	0,305

Примечание: Л-И — Лаборант-исследователь, МНС — младший научный сотрудник, НС — научный сотрудник, СНС — старший научный сотрудник, ВНС — ведущий научный сотрудник, ЗАВ — заведующий лабораторией

представлена в таблице 1, среднее время затрат на них в таблице 2.

Вспомогательные виды работ: разбор почты и участие в различных совещаниях, собраниях и рабочих встречах характерно для всех категорий персонала. Оптимизация этого направления имеет существенное значение в управлении занятостью сотрудников. За исключением лаборантов-исследователей отмечается существенная занятость персонала в работе с различными документами. Деятельность, связанная с грантовой и патентной деятельностью распределена между профессиональными категориями неравномерно, что может быть обусловлено их тематической спецификой.

Данные таблицы 1 демонстрируют различия временных затрат по видам работ в зависимости профессиональной категории. Так, работа с документами и посещение различных собраний и совещаний у заведующих подразделениями занимает больше времени в сравнении с другими категориями. Патентная деятельность в большей степени занимает время у лаборантов-исследователей, а разбор почты у ведущих научных сотрудников и заведующих подразделениями. Перемещения характерны в основном для руководителей структурных подразделений, что обусловлено занимаемой должностью и особенностями логистики НИИ КПССЗ.

На основании данных Таблицы 2 можно сделать вывод о том, что затраченное время на работу, связанную с разбором электронной почты ($p=0,01$), а также деятельность по организации и посещению различного рода совещаний ($p=0,001$) и осуществление рабочих звонков ($p=0,029$) характеризуются наличием статистически значимых различий между профессиональными категориями сотрудников. Более детальный анализ показал, что наиболее значимые отличия в первом случае обнаружены между НС и ЗАВ. ($p=0,023$), во втором между ЗАВ и МНС ($p=0,004$), НС ($p=0,001$), СНС ($p=0,047$) и в третьем между ВНС и МНС ($p=0,013$).

Обсуждение

Проблеме оценки и анализа использования рабочего времени в последнее время уделяется все больше внимания, поскольку от этого зависит производительность труда работников и эффективность предприятия в целом [5]. Современному научному работнику все сложнее контролировать свое время, а большое количество возможностей и многозадачность рассредоточивают внимание. Грамотное управление временным ресурсом позволяет рационально, последовательно и спокойно выполнять трудовые обязанности, что, в свою очередь, положительно сказывается на эмоциональном, психическом и физическом здоровье и, несомненно, улучшает качество жизни людей [9]. Необходимость структуризации временного пространства зачастую ставит работника в затруднительное положение, тайм-менеджмент воспринимается как ограничивающий фактор, представляясь жесткой системой, которая ставит рамки и препятствия. Несмотря на очевидную актуальность обозначенной проблемы,

среди отечественных исследователей встречаются единичные примеры использования ФРД в учреждениях здравоохранения и медицинской науки [13]. В рамках настоящего исследования было показано, что выполнению работ по ГЗ отводится центральное место в структуре занятости персонала как по затраченному времени, так и по доле вовлеченных сотрудников. Наряду с этим, грантовая деятельность и работы по ПНИ характеризуются значительными временными затратами в течение рабочего дня. В целом установлено, что временной ресурс сотрудников используется в полном объеме. В настоящем исследовании доказано, что структура занятости во многом определяется спецификой деятельности и занимаемой должностью. В структуре вспомогательной деятельности работников лидирующие позиции занимают совещания, собрания и рабочие встречи, а также время, необходимое для разбора электронной почты и работу с различного рода документами.

Прикладная ценность представленного исследования видится в актуализации проблем занятости научных сотрудников. Среди основных из них: значимая доля сотрудников, выполняющих работу сверх официального рабочего дня; существенная доля вспомогательных работ в структуре занятости персонала (23,8 %); дисбаланс по видам деятельности в структуре занятости по профессиональным категориям. Все эти наблюдения являются объектами дальнейшего изучения. Среди отечественных публикаций представляют интерес работы, в которых описываются инструменты и способы эффективного управления занятостью персонала. Так, Б.М. Крымшамхалов отмечает, что эффективность проведения совещания во многом зависит от степени соблюдения требований, касающихся всех этапов данного процесса [14]. В условиях развития дистанционных форм взаимодействия сотрудников обращает на себя внимание работа К. В. Овчарука, описывающая различные инструменты проведения онлайн совещания [15], которые потенциально могут оптимизировать структуру занятости персонала в этом направлении. В качестве эффективного инструмента управления временем все чаще называется матрица Д. Эйзенхауэра, которая позволяет определить приоритеты профессиональной деятельности. Назначение данного инструмента заключается в том, чтобы научиться грамотно распределять все свои дела. Еще одним методом расстановки приоритетов является закон В. Парето, суть которого состоит в том, что небольшая доля вкладываемых средств или прилагаемых усилий отвечает за большую долю результатов. Другими словами, 20,0 % усилий дают 80,0 % результата [16].

Заключение

В настоящем исследовании показано, что все профессиональные группы исследователей вовлечены в работу по выполнению государственного задания, как основного направления деятельности научного учреждения, при этом больше всего времени на это тратят старшие и младшие научные сотруд-

ники. Другими лидирующими видами деятельности у ВНС выступает медицинская и образовательная, а у НС, СНС, руководителей структурных подразделений — работа с документами, проведение и участие в совещаниях. Совмещение нескольких видов деятельности научными сотрудниками (кроме основной исследовательской) увеличивает продолжительность их рабочего дня, повышает интенсивность труда. Потенциал роста производительности (результативности) труда видится в оптимизации вспомогательной деятельности посредством применения современных, гибких технологий проведения совещаний и рабочих встреч, а также использования инструментов тайм-менеджмента, позволяющих определить приоритетность деятельности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Aeon B., Faber A, Panaccio A. Does time management work? A meta-analysis. *PLoS ONE*. 2021;16(1):e0245066.
2. Вострикова В. В. Тайм-менеджмент — технология повышения эффективности управленческой деятельности в XXI веке. *Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент*. 2020;10(4):56—63.
3. Титова Д. В. Использование тайм-менеджмента в управленческой деятельности руководителей бизнес-организаций. *Современные технологии управления*. 2020;92(2):9201.
4. Горелик П. Л., Бояльская Т. А., Брюховская Л. Г. Методические приемы тайм-менеджмента на практических занятиях по иностранному языку в медицинском вузе. *Филологические науки. Вопросы теории и практики*. 2020;13(2):280—284.
5. Cojocar A. Importanta managementului timpului in activitatea de conducere a institutiilor de invatamant. *Vector European: Revista Stiintifico-Practică*. 2021;1:125—139.
6. Melnic N. Model managerial de gestionare eficientă a timpului în instituția de învățământ. *Univers Pedagogic*. 2020;4(68):39—45.
7. Шарикова Ю. В., Малышева Е. А., Кутуев А. В. Тайм-менеджмент как инструмент самоорганизации студентов в условиях цифровой экономики. *Вестник Самарского муниципального института управления*. 2019;(1):128—137.
8. Куликова Т. И. Компетентность в управлении временем и стрессоустойчивость современного учителя. *Russian Journal of Education and Psychology*. 2021;12(1—2):172—177.
9. Симица Т. Е., Залыгина Т. А. Тайм-менеджмент как эффективное средство управления временем работника образовательной организации. *Вестник Российского экономического университета имени Г. В. Плеханова*. 2018;98(2):115—121.
10. Попсуйко А. Н., Бащина Е. А., Морозова Е. А., Артамонова Г. В. К вопросу об определении онтологического статуса понятия «производительность труда» в здравоохранении. *Российский экономический журнал*. 2021;(6):43—65.
11. Долгова А. А. Повышение эффективности использования рабочего времени персонала при помощи фотографии рабочего дня. *E-Scio*. 2022;64(1):251—256.
12. Леженкина Т. И. Фотография рабочего времени — инструмент текущей оценки сотрудника. *Наука. Техника. Технологии (политехнический вестник)*. 2014;(15):79—82.
13. Володин А. В., Алексеева Т. А. Анализ структуры затрат рабочего времени специалистами акушерского дела в условиях сельского здравоохранения. *Оренбургский медицинский вестник*. 2021;9(1—33):61—65.
14. Крымшамхалов Б. М. Совещание: подготовка, методика проведения. *Modern Science*. 2020;(7—2):287—289.
15. Овчарук К. В. Как проводить онлайн-совещания? Детальный обзор инструментов. *Финконтроль*. 2020;22(4):63—64.
16. Степаненко Е. В. Тайм-менеджмент как инструмент повышения эффективности использования рабочего времени. *Инновации в гражданской авиации*. 2017;2(4):37—48.

REFERENCES

1. Aeon B., Faber A, Panaccio A. Does time management work? A meta-analysis. *PLoS ONE*. 2021;16(1):e0245066.
2. Vostrikova V. V. Time Management-Technology for Improving the Efficiency of Management Activities in the Twenty-first Century. *Proceedings of the Southwest State University. Series: Economics, Sociology and Management [Izvestiya Yugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika. Sotsiologiya. Menedzhment]*. 2020;10(4):56—63. (In Russian).
3. Titova D. V. The use of time management in management activities of heads of business organizations. *Modern Management Technology. [Sovremennye tekhnologii upravleniya]*. 2020;92(2):9201. (In Russian).
4. Gorelik P. L., Boyal'skaya T.A., Bryukhovskaya L. G. Time Management Techniques at Foreign-Language Practical Lessons at Medical Higher School. *Philology. Theory & Practice. [Filologicheskie nauki. Voprosy teorii i praktiki.]*. 2020;13(2):280—284. (In Russian).
5. Cojocar A. Importanta managementului timpului in activitatea de conducere a institutiilor de invatamant. *Vector European: Revista Stiintifico-Practică*. 2021;1:125—139.
6. Melnic N. Model managerial de gestionare eficientă a timpului în instituția de învățământ. *Univers Pedagogic*. 2020;4(68):39—45.
7. Sharikova Yu. V., Malysheva E. A., Kutuev A. V. Taym-menedzhment kak instrument samoorganizatsii studentov v usloviyakh tsifrovoy ekonomiki. *Bulletin of the Samara Municipal Institute of Management. [Vestnik Samarskogo munitsipalnogo instituta upravleniya]*. 2019;(1):128—137. (In Russian).
8. Kulikova T. I. Competence in time management and stress resistance of a modern teacher. *Russian Journal of Education and Psychology*. 2021;12(1—2):172—177. (In Russian).
9. Simina T. E., Zalygina T. A. Time-management as an effective means of managing time for education institution employee. *Bulletin of the Plekhanov Russian University of Economics. [Vestnik Rossiyskogo ekonomicheskogo universiteta imeni G. V. Plekhanova]*. 2018;(2):115—121. (In Russian).
10. Popsuyko A. N., Batsina E. A., Morozova E.A., Artamonova G. V. Defining the ontological status of labour productivity in health care. *Russian Economic Journal. [Rossiyskiy ekonomicheskij zhurnal]*. 2021;(6):43—65. (In Russian).
11. Dolgova A. A. Povyslenie effektivnosti ispol'zovaniya rabocheho vremeni personala pri pomoshchi fotografii rabocheho dnya. *E-Scio*. 2022;64(1):251—256. (In Russian).
12. Lezhenkina T. I. Photo of working time — the current technology employee assessment. *The science. Technique. Technologies (polytechnic bulletin)*. [Nauka. Tekhnika. Tekhnologii (politekhicheskiy vestnik)]. 2014;(15):79—82. (In Russian).
13. Volodin A. V., Alekseeva T. A. Analysis of the structure of working time. Expenditure by obwing specialists in a rural health care. *Orenburg medical herald. [Orenburgskiy meditsinskiy vestnik]*. 2021;9(1)33:61—65. (In Russian).
14. Krymshamkhalov B. M. Soveshchanie: podgotovka, metodika provedeniya. *Modern Science*. 2020;(7—2):287—289. (In Russian).
15. Ovcharuk K. V. Kak provodit' onlayn-soveshchaniya? Detal'nyy obzor instrumentov. *Financial control. [Finkontrol]*. 2020;22(4):63—64. (In Russian).
16. Stepanenko E. V. Taym-menedzhment kak instrument povysheniya effektivnosti ispol'zovaniya rabocheho vremeni. *Innovations in civil aviation. [Innovatsii v grazhdanskoj aviatsii]*. 2017;2(4):37—48. (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 24.04.2023; одобрена после рецензирования 03.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 24.04.2023; approved after reviewing 03.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 330.16, 316.4; 614.2
ББК 65.495; 51.1

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.013

Новые медицинские технологии: гендерные различия восприятия телемедицины

Елена Ильинична Медведева¹, Сергей Викторович Крошилин²

^{1,2}Институт социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской Федерального научного исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИСЭПН ФНИСЦ РАН), г. Москва, Российская Федерация; Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, (НИИОЗММ), г. Москва, Российская Федерация;

²Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова (РязГМУ), Рязань, Российская Федерация

¹e_lenam@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4200-1047>

²krosh_sergey@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6070-1234>

Аннотация. В настоящее время информационные технологии все чаще применяются при оказании медицинских услуг. В России применение телемедицины — это уже реальность. С помощью дистанционных технологий оказывалась помощь в период Пандемии. Однако отношение социума к медицинским новациям различно. Целью статьи является изучение отношения / уровня доверия к возможностям применения телемедицинских технологий в гендерном аспекте. В статье авторами ставятся и решаются в статье две основные задачи: оценить распространенность телемедицинских технологий в российской практике оказания медицинской помощи, а также изучить отношение и оценить уровень доверия к данным новациям с учетом гендерных различий восприятия ИТ в медицине. В статье использован «классический» дизайн исследования в формате анализа вторичных и получения первичных данных на основе авторского социологического опроса. Итоги показали, что в целом мужчины в меньшей степени по сравнению с женщинами доверяют телемедицине. Однако более старшее поколение мужчин не так скептически, нежели в возрасте от 30 до 49 лет. Получить онлайн прием у терапевта согласны 57% мужчин. Среди женщин таких лишь треть, что также подтверждает гендерное различие восприятия ТМ. Полученные результаты имеют теоретическую и практическую значимость для учёных, исследователей и специалистов, которые занимаются изучением особенностей отношения социума к инновациям в повседневной жизни с учетом гендерных стереотипов, а также для различных структур власти, для принятия взвешенных и эффективных решений в области развития российского здравоохранения.

Ключевые слова: организация здравоохранения, телемедицина, информационные технологии, отношение к телемедицине, медицинское обслуживание, социально-экономические проблемы.

Для цитирования: Медведева Е. И., Крошилин С. В. Новые медицинские технологии: гендерные различия восприятия телемедицины // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 79—86. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.013.

Original article (review of scientific research results)

New medical technologies: gender differences in the perception of telemedicine

Elena I. Medvedeva¹, Sergey V. Kroshilin²

^{1,2}Rimashevskaya Institute of Socio-Economic Problems of Population of the Federal Scientific Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation; Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russian Federation;

²Ryazan State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Ryazan, Russian Federation

¹e_lenam@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4200-1047>

²krosh_sergey@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6070-1234>

Abstract. Currently, information technologies are increasingly used in the provision of medical services. In Russia, the use of telemedicine is already a reality. With the help of remote technologies, assistance was provided during the Pandemic. However, the attitude of society to medical innovations is different. The purpose of the article is to study the attitude / level of trust in the possibilities of using telemedicine technologies in the gender aspect. In the article, the authors set and solve two main tasks in the article: to assess the prevalence of telemedicine technologies in the Russian practice of medical care, as well as to study the attitude and assess the level of confidence in these innovations, taking into account gender differences in the perception of IT in medicine. The article uses the «classic» design of the study in the format of analyzing secondary and obtaining primary data based on the author's sociological survey. The results showed that, in general, men trust telemedicine to a lesser extent than women. However, the older generation of men are not so skeptical than those aged 30 to 49 years. 57% of men agree to get an online appointment with a therapist. There are only a third of them among women, which also confirms the gender difference in the perception of TM. The results obtained have theoretical and practical significance for scientists, researchers and specialists who study the peculiarities of society's attitude to innovations in everyday life, taking into account

gender stereotypes, as well as for various government structures, for making balanced and effective decisions in the field of Russian healthcare development.

Key words: *healthcare organization, telemedicine, information technology, attitude to telemedicine, medical care, socio-economic problems.*

For citation: Medvedeva E. I., Kroshilin S. V. New medical technologies: gender differences in the perception of telemedicine. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):79–86. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.013.

Введение

Современные информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) в настоящее время все больше применяются в оказании медицинских услуг населению. ИКТ применяются не только как средство коммуникации и обработки информации, но и на уровне диагностики и принятия решения [1]. Особую роль в оказании первичной помощи пациентам сегодня отводят телемедицине (ТМ) и ее технологиям [2]. Онлайн диагностика и оказание медицинской помощи посредством телемедицинских технологий (ТМТ) сыграли важную роль в самый разгар пандемии [3]. ТМ-решения позволили не только эффективно организовать оказание помощи населению в пиковый момент распространения Covid-19, но и сохранить работоспособность первичного звена (поликлиник) при массовом заболевании врачей в период вынужденного перехода некоторых медицинских организаций на удаленку [4]. В пандемию создано 4 дистанционных консультативных центра. Более 197 тыс. пациентов находились на дистанционном наблюдении за состоянием здоровья с применением телемедицины [5–7].

В настоящее время ТМ находит все большее применение в российском здравоохранении и поддержку со стороны Правительства и Президента РФ. За последние полгода прошли существенные изменения в вопросах законодательной и практической поддержки ТМТ со стороны Правительства РФ. Приведем хронологию событий. В конце апреля 2022 г. Президент России дал поручение Правительству по развитию ТМ: необходимо поэтапно внедрить дистанционные технологии для предоставления врачам консультаций пациентам, коррекции ранее назначенного лечения, а также для формирования рецептов на лекарственные препараты в форме электронных документов в рамках экспериментального правового режима. Пока в разрешенный Минздравом перечень включено 20 видов услуг, которые врачи могут оказывать онлайн по ОМС. Согласно приказу Минцифры об утверждении методик расчета целевых показателей «Цифровой трансформации» количество медицинских консультаций онлайн должно достичь 50% к 2030 г.

Таким образом очевидно, что общий тренд оказания медицинской помощи в нашей стране все в большей степени направлен на применение ТМТ во всех сферах, где есть в этом целесообразность и техническая возможность [8]. Однако не смотря на то что телемедицина на законодательном уровне была легализована в нашей стране еще в 2018 году, а в период пандемии и локдаунов было «разрешено» устанавливать диагноз пациенту даже без первичного приема отношение к ТМ со стороны пациентов

остается неоднозначным [9–11]. Особая актуальность и необходимость исследования данных проблем обусловлена тем, что очень часто пациентами медицинских организаций являются люди старших возрастов, у которых существует не только психологический барьер использования ИКТ, но и нехватка необходимых компетенций по их применению [12–14]. Кроме того, существует гендерные различия в отношении к медицинским услугам и своему здоровью между мужчинами и женщинами. Уникальность данного анализа заключается в возможности сопоставления отношения мужской части нашего социума к женской аудитории в области оказания медицинских услуг и восприятия ТМ [15–17].










Материалы и методы

Для исследования гендерных различий в отношении к возможностям применения ТМТ и оценке уровня их доверия к данным технологиям было проведено «классическое» исследование. Дизайн исследования реализован в формате анализа вторичных источников информации по рассматриваемому кругу вопросов, а также предполагал структурирование и анализ первичных данных.

На первом этапе анализа были реализованы кабинетные исследования с целью выявления основных современных трендов развития телемедицины в нашей стране и определения уровня доверия со стороны конечных потребителей. Второй этап предполагал гендерный сравнительный анализ полученных результатов опроса в нескольких регионах России на основе разработанного авторского инструментария.

Для проведения полевого исследования (разведывательное социологическое исследование) был разработан авторский инструментарий (анкета). Опрос был реализован в электронном формате в следующих российских регионах: Москва, крупные и средние города юго-востока Подмосковья, Рязань. Одной из задач разведывательного исследования было определение отношения различных возрастных групп мужчин к применению ТМТ в выбранных регионах в соответствии с целями исследования.

Выбор регионов был обусловлен, прежде всего, возможностями реализации ТМТ в период пандемии, а также с учетом их позиций –лидеров в организации борьбы с Covid-19. Выборка составила 750 человек. Для возможности сравнения полученных результатов было опрошено 52,4% женщин и 47,6% мужчин. При анализе мужская часть опрошенных была разделена на возрастные группы: 18–29 лет (39,7% от опрошенных мужчин), 30–49 лет (35,8%) и старше 50 лет (24,5%). При формировании выборки были использованы методы квотирования по

Решения	Тип	Исследования		Рынок	
		Ранг	Индекс значимости	Индекс значимости	Ранг
Биосенсоры		1	1,00	0,17	2
Электронные медицинские записи		2	0,56	0,16	3
Телемедицина		3	0,50	1,00	1
Интерфейсы «мозг – компьютер»		4	0,22	0,06	6
Приложения mHealth		5	0,17	0,03	7
Роботизированная хирургия		6	0,17	0,07	5
Ассистивные технологии		7	0,11	0,15	4
Анализ медицинских изображений		8	0,08	0,01	10
Системы поддержки принятия клинических решений		9	0,07	0,01	9
Интернет медицинских вещей (IoMT)		10	0,03	0,02	8

Легенда:


 Устройства  Сервисы

Рис. 1. Топ-10 цифровых решений в медицине и здравоохранении

Примечание: Рассчитано на основе анализа публикаций, представленных на платформе Microsoft Academic Graph и в профессиональных СМИ (более 26 тыс. источников).
Источники: НИУ ВШЭ.

численности и составу населения исследуемых групп. Это позволяет аппроксимировать полученные результаты на другие регионы страны.

Результаты кабинетных исследований (востребованность ТМ)

По данным ВОЗ, Россия входит в пятерку стран-лидеров по объему внедрения ТМТ с показателем проникновения данных услуг в 14%. Для сравнения показатель в Китае составляет 58%¹. По оценке аналитиков из ГидМаркет, объем рынка ТМ-услуг в 2019 г. (до пандемии) составлял 4,4 млрд. руб. Рост относительно предыдущего года 18%².

Проведенные исследования Институтом статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ с использованием аналитических алгоритмов Big-Date (iFORA — система включает в себя более 500 млн различных документов: научных публикаций, патентов, нормативную правовую базу, аналитику рынков, отраслевых медиа, материалов международных организаций и другие виды источников) позволили выявить наиболее востребованные цифровые технологии в медицине и здравоохранении (см. рис. 1). «Телемедицина» занимает первое место на рынке медицинских информационных технологий (Индекс значимости равен 1,00, Ранг равен «1»).

¹ Мировая статистика здравоохранения, 2020 г: мониторинг показателей здоровья в отношении ЦУР, целей в области устойчивого развития [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; URL: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>. (дата обращения: 20.12.2022)

² Наблюдается существенный рост объема рынка телемедицины в России / Магазин исследований. Портал РБК [сайт]. URL: <https://marketing.rbc.ru/articles/11863/> (Дата обращения: 20.12.2022)

В сфере исследовательских приоритетов Ранг ТМ равен «3», а индекс значимости 0,50. По данному показателю «телемедицина» уступает лишь «биосенсорам» и «электронным медицинским записям»³.

Согласно исследованиям (BusinesStat), российский рынок ТМ вырос на 9,7%. В 2021 году врачи в России провели порядка 4,95 млн. ТМ-консультаций, что на 9,7% больше, чем годом ранее⁴ (см. рис. 2). Как видно из представленных данных за 2017—2021 гг. численность потребителей ТМ-сервисов в России увеличилась почти в 10 раз и к концу периода достигла 20,1 млн. чел. Факторами роста клиентской базы послужили легализация ТМ, открытие новых сервисов, цифровизация здравоохранения, пандемия коронавируса. В 2021 г. темп роста потребителей замедлился и за год увеличился на 11,2% до 20,1 млн. чел. [18]

В конце осени 2022 на онлайн-конференция Smart Medicine директор направления стратегических проектов НАФИ представила данные по исследованиям использования современных сервисов в российском здравоохранении. Почти половина опрошенных (48%) выражают уверенность в том, что COVID-19 в конечном счете положительно сказался на развитии онлайн-технологий в российской медицине. Однако пандемия не смогла «переломить» отношение респондентов к своему здоровью:

³ Гребенюк А. Ю. (2022) Топ-10 цифровых решений в медицине и здравоохранении // Институт статистических исследований и экономики знаний. НИУ ВШЭ, 2022 [сайт]. URL: <https://issek.hse.ru/news/691544400.html> (дата обращения: 10.12.2022)

⁴ Анализ рынка телемедицины в России в 2017—2021 гг, прогноз на 2022—2026 гг. Перспективы рынка в условиях санкций // Портал BusinesStat. Обзор рынков. URL: https://businesstat.ru/images/demo/telemedicine_russia_demo_businesstat.pdf (Дата обращения: 20.12.2022)

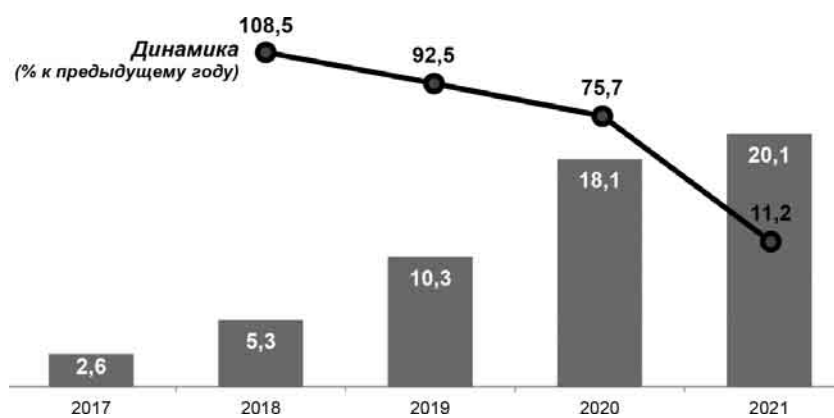


Рис. 2. Численность потребителей сервисов телемедицины, РФ, 2017—2021 гг. (млн. чел.; %)

Источники: BusinessStat.



Рис. 3. Отношение респондентов к телемедицине, % от опрошенных

Источники: исследования авторов.

лишь 23% уделяют здоровью значительное внимание и тратят на это много времени (прежде всего придерживаются ЗОЖ). Негативная тенденция в плановой диспансеризации: 26% россиян ее просто игнорируют, а более половины (53%) реже одного раза в год проходят полное медицинское обследование. 78% жителей России никогда не слышали о медицинском «чек-апе»⁵, и лишь 5% регулярно им пользовались. В гендерном аспекте «типичным пользователем» чек-апа (диспансеризации) можно считать российского мужчину в возрасте от 18—34 лет, который проживает в ЦФО, имеет высшее образование и высокий доход⁶.

Как показывают авторские исследования (2020—2021 гг.) [4], востребованность ТМТ со стороны российского населения достаточно высока. Однако

⁵ Чек-ап (от английского «check-up») — диспансеризация или комплексное медицинское обследование (осмотр) с определенными исследованиями (анализом), определяющий состояние здоровья человека на текущий момент. Врачи рекомендуют проходить такую процедуру один раз в год всем без исключения жителям.

⁶ Ирина Гильдебрандт рассказала об использовании современных сервисов в здравоохранении // Новости. Аналитический центр НАФИ [сайт]. URL: <https://nafi.ru/about/news/events/irinagildebrandt-rasskazala-ob-ispolzovanii-sovremennykh-servisov-v-zdravookhranении/> (дата обращения: 10.12.2022)

61,1% опрошенных считает возможным использовать ТМ услуги только для предварительной консультации; немного более половины допускают применение ТМТ при обращении к терапевту или врачу общей практики; треть уверена, что можно применить ТМ при взаимодействии с врачами узкой специализации. В целом, четверть россиян относится к ТМ положительно, больше половины — нейтрально и каждый десятый — отрицательно [5]. Однако существуют различия в гендерном восприятии ТМТ, которые в приведенных исследованиях не были проанализированы.

Результаты социологического исследования (восприятие и доверие к ТМ)

В результате проведенного исследования установлено, что женщины в большей степени «доверяют» ТМ, чем мужчины. Почти треть женщин дали ответ «Положительно», а 51,0% ответили «Нейтрально». Мужская часть опрошенных не разделяет их оптимизма по поводу использования ТМТ при медицинском обслуживании. Каждый пятый (21,2%) отметил «Отрицательный ответ», а 56,7% — имеет «Нейтральное» отношение. Лишь 13,3% респондентов мужского пола сегодня «Положительно» воспринимают ТМТ (см. рис. 3).

Если рассмотреть варианты ответов трех выделенных возрастных групп мужчин (18—29 лет, 30—49 лет, 50 и старше), то подтверждена выдвинутая гипотеза исследования: чем старше респондент, тем в меньшей степени он склонен доверять ТМТ. Лишь 6,5% из самой старшей возрастной группы мужчин «Положительно» относятся к ТМ (30—49 лет — 15,4%, 18—29 лет — 14,3%). Каждый третий мужчина среднего возраста «Отрицательно» относится к возможностям применения ТМ, среди более молодых таких 8,2%, а в возрасте «50 и старше» 11,7%. Причем последние чаще остальных (76,5%) давали ответ об «Нейтральном отношении».

Среди медицинских услуг, которые можно было бы оказывать с использованием ТМТ чаще всего респонденты указывали предварительную консультацию. Такой вариант ответа выбрало 40% опрошенных мужчин и 35,6% женщин (см. рис. 4).

Воспользоваться услугами терапевта или врача общей практики согласны 26% мужчин (среди женщин 35,6%). В целом по выборке каждый пятый готов совершить «виртуальный визит» к врачам узкой специальности (среди мужчин таких на 2,6% больше, чем женщин). Каждый десятый мужчина считает, что новые информационные технологии воз-

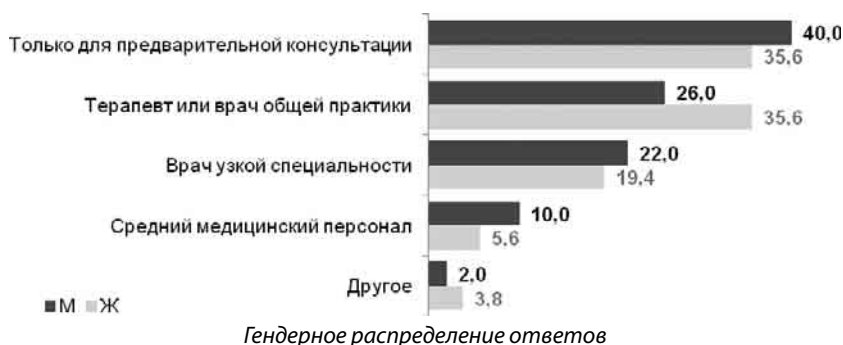


Рис. 4. Какие медицинские услуги по мнению респондентов можно оказывать с использованием телемедицинских технологий, % от опрошенных

Источники: исследования авторов.

можно применять и при оказании помощи средним медицинским персоналом. Почти треть молодых мужчин согласны на прием у терапевта (или у врача общей практики) с использованием ТМТ, а каждый пятый готов на такой прием и у врача узкой специальности. Среди более старших возрастов лишь каждый пятый готов встретиться с терапевтами в онлайн формате и почти половина (48,6%) мужчин в возрасте «50 и старше» готовы посетить врача узкой специальности с использованием ТМ, что больше, чем по остальным возрастам.

Очевидно, что применение ТМТ требует от пользователей использования современных средств коммуникаций и «начальные знания» в области ИКТ. По мнению респондентов более предпочтительно осуществлять ТМ-консультации по видеосвязи. Такой ответ выбрали 40% женщин и 34,5% мужчин. На втором месте — «отдельное телемедицинское приложение». На третьем — «общение посредством современных мессенджеров и соцсети» (указал почти каждый пятый мужчина и лишь 16,3% женщин) (см. рис. 5).

Для мужчин в возрасте «старше 50 лет» более предпочтительно для общения специальное приложение (54,3%) и видеосвязь (28,4%). Для возраста «30—49 лет» те же средства, но доля ответов другая: 27,3% и 36,4% — соответственно. Молодые люди в большей степени готовы общаться с врачами по видеосвязи (34,5%) и посредством социальных сетей (20,7%).

В настоящее время информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) все активнее внедряются в медицинские учреждения. Мнение респондентов о том, в каких именно сферах оказания медицинских услуг можно применить ИКТ представлено на рисунке 6.

Предварительная запись на прием уже реализована в медицинских организациях Московской области. В других регионах данная услуга активно внедряется. Среди опрошенных мужчин 71,2% — уверены, что именно эта процедура должна быть реализована с применением ИКТ в настоящее время.

На втором месте по мнению респондентов — мужчин «выписка справок и больничных» (69,3%). На третьем — «выписка рецептов на лекарства» (65,4%). Больше половины мужчин (54,5%) отметили возможность использования ИКТ в телеконсультациях и телеконсилиумах (среди женщин та-



Рис. 5. Каким образом лучше осуществлять коммуникации при оказании ТМ услуг, % от опрошенных

Источники: исследования авторов.



Рис. 6. Какие услуги в медицине можно «отдать на откуп» информационным технологиям, % от опрошенных мужчин и женщин

Источники: исследования авторов.

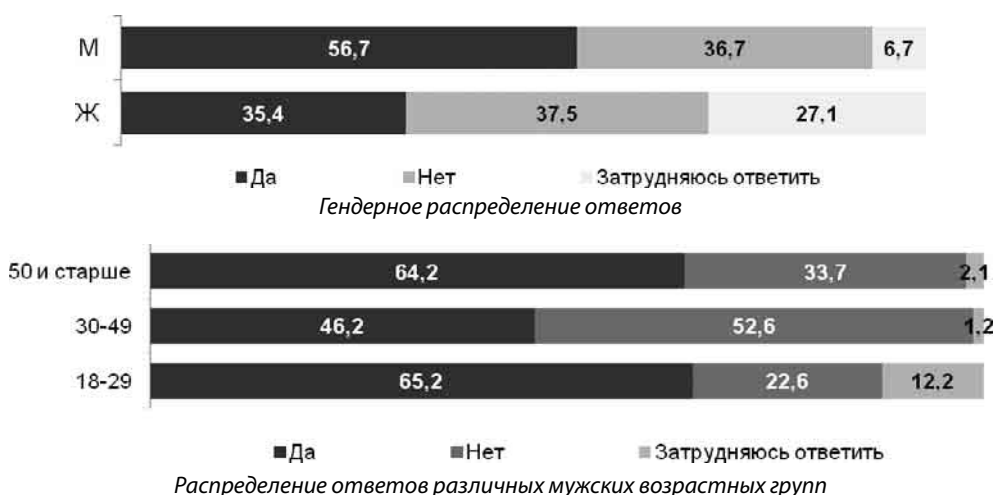


Рис. 7. Согласились бы опрошенные сейчас вместо посещения терапевта на оказание медицинской помощи с применением ТМТ, % от опрошенных

Источники: исследования авторов.

ких почти в полтора раза больше — 87,2%). Половина опрошенных мужчин готовы на первичные консультации в онлайн формате (среди женщин таких — 19,0%).

Респондента в анкете был задан «провокационный» вопрос: «Если бы Вам сейчас предложили вместо посещения терапевта оказание помощи с применением телемедицинских технологий, Вы бы согласились?». Воспользоваться на данный момент приемом у терапевта с применением ТМТ согласилось 56,7% мужчин (затруднились с ответом 6,7%). Среди женщин готовых прямо сейчас использовать возможность онлайн консультаций терапевта оказалось меньше — 35,4% (почти треть 27,1% затруднились с ответом) (см. рис. 7).

Среди молодежи мужского пола больше тех, кто согласен на телемедицинский прием у терапевта прямо сейчас (65,2%). Однако возрастная группа «50 и старше» уступает молодежи лишь 1% (64,2%). Более категоричны мужчины в возрасте 30—49 лет: среди них 52,6% не готовы к ТМ-консультации у терапевта в настоящее время.

Обсуждение

Применение ТМ в российском обществе имеет ряд ограничений. Прежде всего это связано и с психологическими барьерами использования ИКТ, и с отсутствием необходимых компетенций, так как в большей степени пациентами медицинских организаций являются люди старших возрастов. Еще одним фактором являются гендерные различия в отношении к медицине и к своему здоровью.

Летом 2022 г. Аналитический центр НАФИ и компания «РЖД-Медицина» провели совместное исследование по изучению отношения россиян к здоровью и к ТМ-услугам. В рамках мониторинга установили, что почти каждый пятый россиянин (17%) уже пользовался ТМ-услугами, а 80% готовы воспользоваться ими. Гендерная специфика самооценки здоровья имеет «классическое» распределение: лишь четверть (25%) мужчин жалуются на свое здоровье, а среди женщин таковых треть (33%). 80% россиян в 2022 году стали лояльно относиться к возможности получения медицинских услуг с применением ТМТ. В 2017 году их было на 19 п.п. меньше

(61%). Больше половины опрошенных (52%) готовы в современных условиях воспользоваться ТМ-сервисами для получения повторных или плановых консультаций врача, практически столько же (53%) планируют прибегнуть к онлайн общению в случае необходимости экстренной консультации. 46% готовы использовать удаленный онлайн формат общения при постоянном наблюдении врача. 37% согласны на дистанционное послеоперационное наблюдение. С точки зрения гендерной принадлежности каждый пятый мужчина (20%) согласился бы на применение телекоммуникационных возможностей при общении с врачами. Среди женщин таких меньше — 15%⁷.

Результаты авторских исследований показали, что уровень доверия ТМТ со стороны российского населения достаточно высокий. Были выявлены гендерные различия в данном вопросе: почти треть женщин «Положительно» относятся к ТМ, а больше половины «Нейтрально». Мужское население не разделяет их оптимизма: каждый пятый ответил «Отрицательно», 56,7% — «Нейтрально» и лишь 13,3% «Положительно». 6,5% позитивно оценивающих находятся в самой старшей возрастной группе; 15,4% среди 30—49 летних, 14,3% — 18—29 летних. 40% мужчин согласны на предварительную консультацию у врача с применением ТМ. Воспользоваться услугами терапевта или врача общей практики согласны 26%, среди женщин таких 35,6%. В среднем каждый пятый россиянин готов совершить «виртуальный визит» к врачам узкой специальности: среди мужчин их на 2,6% больше, чем женщин. Если бы респондентам предложили в настоящее время вместо посещения терапевта получить медицинскую помощь с применением ТМТ, то согласились бы на это 56,7% мужчин. Только треть женщин дали аналогичный ответ. Среди молодого мужского населения больше тех, кто согласен на ТМ-прием у терапевта прямо сейчас (65,2%). Однако возрастная группа «50 и старше» уступает молодежи лишь 1% (64,2%). Более категоричны мужчины в возрасте 30—49 лет. Среди них больше половины (52,6%) не готовы к ТМ-консультации у терапевта в настоящее время.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования показали, что мужчины в меньшей степени доверяют медицине, в целом, и телемедицине, в частности. На онлайн прием у терапевта согласны 57% мужчин. Среди женщин таких лишь треть. Это предопределяет гендерное различие восприятия ТМ. С большой долей вероятности можно предположить, что число пользователей ТМ в России продолжит расти и в будущем особенно. Этому будет способствовать не только повсеместное использование ИКТ в медицинских организациях, но внешнеполитические и экономические факторы, так как в конечном счете

это направлено на сокращение расходов на оказание медицинской помощи населению при сохранении надлежащего уровня качества.

Практическая значимость полученных результатов предопределена уникальностью гендерного исследования населения обозначенных проблем и изучением отношения к медицинской помощи на основе ТМТ. Успешная апробация авторской методики на примере нескольких российских регионов показала его состоятельность и позволила получить эмпирические данные. Полученные результаты также имеют теоретическую значимость для ученых, исследователей и специалистов, которые занимаются изучением особенностей отношения социума к инновациям в повседневной жизни с учетом гендерных стереотипов, а также для различных структур власти, для принятия взвешенных и эффективных в решении в области развития российского здравоохранения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Weinstein R. S., Krupinski E. A., Doarn C. R. Clinical Examination Component of Telemedicine, Telehealth, mHealth, and Connected Health Medical Practices. *Med. Clin. North. Am.* 2018;102(3):533—544.
2. Bashshur R. Telemedicine, History, Challenges and Transformation. *Presentation at the Second eHealth Congress.* Antalya, Turkey. October; 2007:18—20.
3. Крошили С. В. Востребованность телемедицинских услуг в период пандемии Covid-19. *Труды НИИОЗММ: Сборник научных трудов / под общей редакцией Е. И. Аксеновой.* М.: ГБУЗ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022; 2(12):142—150.
4. Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошили С. В. Телемедицина в современных условиях: отношение социума и вектор развития. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз.* 2022;15(3):200—222. DOI: 10.15838/esc.2022.3.81.11.
5. Н. Н. Камынина, Е. И. Медведева. Рынок телемедицинских услуг в России. *Здоровье мегаполиса.* 2022;3(1):73—78.
6. Владзимирский А. В., Лебедев Г. С. Телемедицина: монография. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018: 576.
7. Григорьев А. И., Орлов О. И., Логинов В. А. и др. Клиническая телемедицина: монография. М.: Слово; 2001:144.
8. Железнякова И. А., Хелисупали Т. А., Омеляновский В. В. и др. Анализ возможности применения зарубежного опыта оказания телемедицинских услуг в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2020;(2):26—34. DOI: 10.17116/medtech20204002126.
9. Медведева Е. И. Вопросы отношения социума к телемедицине. *Труды НИИОЗММ: Сборник научных трудов / под общей редакцией Е. И. Аксеновой.* М.: ГБУЗ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022;2(12):33—40.
10. Владзимирский А. В., Морозов С. П., Сименюра С. С. Телемедицина и COVID-19: оценка качества телемедицинских консультаций, инициированных пациентами с симптомами ОРВИ. *Врач и информационные технологии.* 2020;(2):52—63. DOI: 10.37690/1811-0193-2020-2-52-63.
11. Ярашева А. В., Александрова О. А., Медведева Е. И. и др. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз.* 2020;13(1):174—190. DOI: 10.15838/esc.2020.1.67.10.
12. Halpren-Ruder D, Chang AM, Hollander JE, Shah A. Quality Assurance in Telehealth: Adherence to Evidence-Based Indicators. *Telemed J E Health.* Jul. 2019;25(7):599—603. DOI: <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0149>.
13. Kidholm K, Clemensen J, Caffery L. J., Smith A. C. The Model for Assessment of Telemedicine (MAST): A scoping review of empirical studies. *J Telemed Telecare.* Oct. 2017;23(9):803—813. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357633X17721815>.
14. Kim E. J., Orlander J. D., Afable M. [et al.] Cardiology electronic consultation (e-consult) use by primary care providers at VA medi-

⁷ 80% россиян готовы пользоваться сервисами телемедицины // Аналитика и прогнозы. Аналитический центр НАФИ [сайт]. URL: <https://nafi.ru/analytics/80-rossiyan-gotovy-polzovatsya-servisami-telemeditsiny/> (дата обращения: 10.12.2022)

- cal centres in New England. *J. Telemed. Telecare*; 2018. DOI: 10.1177/1357633X18774468.
15. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Перспективы и риски телемедицины: результаты социологического опроса. *Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов: Сборник докладов VI Всероссийского социологического конгресса* (Тюмень, 14—16 октября 2020 г.). Москва: РОС; ФНИСЦ РАН; 2020:2543—2549. DOI:10.19181/kongress.2020.307.
 16. Аксенова Е. А. Организационно-кадровые механизмы повышения эффективности работы медицинских организаций / отв. ред. д.э.н., проф. Е. И. Аксенова; науч. ред. д.э.н. О. А. Александрова. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2022: 201.
 17. Морозов С. П., Владзимирский А. В., Сименюра С. С. Качество первичных телемедицинских консультаций «пациент-врач» (по результатам тестирования телемедицинских сервисов). *Врач и информационные технологии*. 2020;(1):51—62.
 18. Wootton R, Vladzimirskyy A, Zolfo M, Bonnardot L. Experience with low-cost telemedicine in three different settings. Recommendations based on a proposed framework for network performance evaluation. *Glob Health Action*. 2011;4. DOI: 10.3402/gha.v4i0.7214.
- REFERENCES
1. Weinstein R. S., Krupinski E. A., Doarn C. R. Clinical Examination Component of Telemedicine, Telehealth, mHealth, and Connected Health Medical Practices. *Med. Clin. North. Am.* 2018;102(3):533—544.
 2. Bashshur R. Telemedicine, History, Challenges and Transformation. *Presentation at the Second eHealth Congress*. Antalya, Turkey. October; 2007:18—20.
 3. Kroshilin S. V. The demand for telemedicine services during the Covid-19 pandemic. *Proceedings of NIIOZMM: Collection of scientific papers [Trudy NIIOZMM: Sbornik nauchnykh trudov]* under the general editorship of E. I. Akseanova. M.: GBUZ «NIIOZMM DZM», 2022;2(12):142—150. (in Russian)
 4. Alexandrova O. A., Medvedeva E. I., Kroshilin S. V. Telemedicine in modern conditions: the attitude of society and the vector of development. *Economic and social changes: facts, trends, forecast [Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognozi]*. 2022;15(3):200—222. DOI: 10.15838/esc.2022.3.81.11. (in Russian)
 5. N. N. Kamynina, E. I. Medvedeva. Telemedicine services market in Russia. *The health of the metropolis. [Zdorov'e megapolis]*. 2022;3(1):73—78. (in Russian)
 6. Vladzimirskiy A. V., Lebedev G. S. Telemedicine: monograph. Moscow: GEOTAR-Media; 2018: 576. (in Russian)
 7. Grigoriev A. I., Orlov O. I., Loginov V. A. and others. Clinical telemedicine: monograph. M.: Slovo; 2001:144. (in Russian)
 8. Zheleznyakova I. A., Helisupali T. A., Omelyanovsky V. V. et al. Analysis of the possibility of applying foreign experience in providing telemedicine services in the Russian Federation. *Medical technologies. Evaluation and Selection. [Meditsinskie tehnologii. Ot-senka i vybor]*. 2020;(2):26—34. DOI: 10.17116/medtech20204002126. (in Russian)
 9. Medvedeva E. I. Questions of the attitude of society to telemedicine. *Proceedings of NIIOZMM: Collection of scientific papers [Trudy NIIOZMM: Sbornik nauchnykh trudov]* / under the general editorship of E. I. Akseanova. M.: GBUZ «NIIOZMM DZM», 2022; 2(12): 33—40. (in Russian)
 10. Vladzimirskiy A. V., Morozov S. P., Simenyura S. S. Telemedicine and COVID-19: evaluation of the quality of telemedicine consultations initiated by patients with symptoms of acute respiratory viral infections. *Doctor and information technology. [Vrach i informatsionnye tehnologii]*. 2020;(2):52—63. DOI: 10.37690/1811-0193-2020-2-52-63. (in Russian)
 11. Yarasheva A. V., Alexandrova O. A., Medvedeva E. I. et al. Problems and prospects of staffing Moscow healthcare. *Economic and social changes: facts, trends, forecast. [Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognozi]*. 2020;13(1):174—190. DOI: 10.15838/esc.2020.1.67.10. (in Russian)
 12. Halpren-Ruder D, Chang AM, Hollander JE, Shah A. Quality Assurance in Telehealth: Adherence to Evidence-Based Indicators. *Telemed J E Health*. Jul. 2019;25(7):599—603. DOI: <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0149>.
 13. Kidholm K, Clemensen J, Caffery L. J., Smith A. C. The Model for Assessment of Telemedicine (MAST): A scoping review of empirical studies. *J Telemed Telecare*. Oct. 2017;23(9):803—813. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357633X17721815>.
 14. Kim E. J., Orlander J. D., Afable M. [et al.] Cardiology electronic consultation (e-consult) use by primary care providers at VA medical centres in New England. *J. Telemed. Telecare*; 2018. DOI: 10.1177/1357633X18774468.
 15. Bogdan I. V., Gurina M. V., Chistyakova D. P. Prospects and risks of telemedicine: results of a sociological survey. *Sociology and Society: Traditions and Innovations in the Social development of Regions: Collection of reports of the VI All-Russian Sociological Congress. [Sotsiologiya i obshchestvo: traditsii i innovatsii v sotsial'nom razvitiy regionov: Sbornik dokladov VI Vserossiyskogo sotsiologicheskogo kongressa]*. (Tyumen, October 14—16, 2020). Moscow: ROS; FNISS RAS; 2020:2543—2549. DOI:10.19181/kongress.2020.307. (in Russian)
 16. Akseanova E. A. Organizational and personnel mechanisms for improving the efficiency of medical organizations / ed. Doctor of Economics, prof. E. I. Akseanova; scientific ed. Doctor of Economics O. A. Alexandrova. M.: NIIOZMM DZM, 2022: 201. (in Russian)
 17. Morozov S. P., Vladzimirskiy A. V., Simenyura S. S. The quality of primary telemedicine consultations «patient-doctor» (based on the results of testing telemedicine services). *Doctor and information technology. [Vrach i informatsionnye tehnologii]*. 2020;(1):51—62. (in Russian)
 18. Wootton R, Vladzimirskyy A, Zolfo M, Bonnardot L. Experience with low-cost telemedicine in three different settings. Recommendations based on a proposed framework for network performance evaluation. *Glob Health Action*. 2011;4. DOI: 10.3402/gha.v4i0.7214.

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 14.02.2023; одобрена после рецензирования 04.05.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 14.02.2023; approved after reviewing 04.05.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Обзорная статья

УДК 314.1

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.014

Современные тенденции демографического развития мужского населения на примере Ивановской области

Тамара Керимовна Ростовская¹ Наталья Сергеевна Рычихина²

¹Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, г.Москва, Российская Федерация;

²Ивановский государственный университет, г.Иваново, Российская Федерация

¹rostovskaya.tamara@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1629-7780>

²richihina@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9872-424X>

Аннотация. Актуализирована роль мужчин в современном российском обществе. На примере Ивановской области проведен анализ динамики численности мужского населения за последние двадцать лет, в том числе в разных возрастных группах, выявлены тенденции изменения продолжительности жизни мужчин, оценена активность мужчин в регистрации браков и разводов, указаны основные причины смертности мужчин и пр. Выявлены современные тенденции демографического развития мужского населения: численность мужчин в области ежегодно снижается, и что очень важно, уменьшается количество мужчин в трудоспособном и репродуктивном возрасте, продолжительность жизни мужчин сокращается, происходит старение мужского населения. Рассмотрены действующие государственные программы по поддержке мужчин в различных сферах жизнедеятельности. По результатам анализа указанных направлений исследования предложены рекомендации сохранительного поведения мужского населения и поддержки института отцовства. Предложен комплекс мероприятий направленный на преломление отрицательного тренда развития демографических тенденций присущих мужскому населению, а именно: реализация государственных программ по сохранению здоровья мужчин и поддержке их при потере работы; формирование ценностных установок по сохранению здоровья и поддержке мужчин в семье; охрана труда и здоровья мужчин на предприятиях; формирование у мужского населения идеологии «самосохранения» и заложение со школьной семьи мальчикам и молодым людям их будущего образа мужчины — семьянина.

Ключевые слова: мужское население, Ивановская область, демографический спад, демографическая политика, сохранение и поддержка мужчин.

Для цитирования: Ростовская Т.К., Рычихина Н. С. Современные тенденции демографического развития мужского населения на примере Ивановской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 87—93. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.014.

Review article

Modern trends in the demographic development of the male population on the example of the Ivanovo region

Tamara K. Rostovskaya¹, Natalia S. Rychikhina²

¹Institute of Demographic Research of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation;

²ivanovsky State University, Ivanovo, Russian Federation

¹rostovskaya.tamara@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-1629-7780>

²richihina@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9872-424X>

Annotation. The role of men in modern Russian society is actualized. Using the example of the Ivanovo region, the analysis of the dynamics of the male population over the past twenty years, including in different age groups, revealed trends in the life expectancy of men, assessed the activity of men in registering marriages and divorces, indicated the main causes of male mortality, etc. The current trends in the demographic development of the male population are revealed: the number of men in the region is decreasing annually, and what is very important, the number of men of working and reproductive age is decreasing, the life expectancy of men is decreasing, the male population is aging. The current state programs to support men in various spheres of life are considered. Based on the results of the analysis of these research directions, recommendations for the conservation behavior of the male population and support for the institution of fatherhood are proposed. A set of measures is proposed aimed at breaking the negative trend in the development of demographic trends inherent in the male population, namely: the implementation of state programs to preserve the health of men and support them in case of job loss; the formation of value attitudes to preserve the health and support of men in the family; labor protection and men's health in enterprises; the formation of the ideology of «self-preservation» among the male population and the laying of a school family for boys and young people of their future image of a man — a family man.

Key words: male population, Ivanovo region, demographic decline, demographic policy, preservation and support of men.

For citation: Rostovskaya T. K., Rychikhina N. S. Modern trends in the demographic development of the male population on the example of the Ivanovo region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):87–93. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.014.

Введение

Анализ самочувствия регионов России в период демографического кризиса актуален как никогда, именно поэтому тенденции демографического развития общества активно исследуются учеными. Например, проблемы и перспективы развития демографической ситуации в российских регионах рассматриваются в работах Т. К. Ростовской и О. В. Кучмаевой [1, с. 303—315], С. В. Ключиной и Н. А. Птицыной [2, с. 48—54]. Я. В. Артамонова и И. В. Липчанская в своих публикациях оценивают эффективность реализации программ государственной поддержки российских молодых семей [3, с. 18—25]. А. В. Короленко изучает причины, проблемы современного демографического кризиса и пути выхода из него. М. В. Лопатина и О. М. Драпкина занимаются вопросами здоровья современного поколения [4, с. 31—37], Л. А. Попова и М. А. Шишкина анализируют брачно-семейные и репродуктивные установки молодежи [5, с. 57—71]. Однако современные тенденции демографического развития мужского населения изучены недостаточно и требуют глубокого осмысления. Этим и обусловлена актуальность авторского исследования.

Цель исследования. Провести анализ современных тенденций демографического развития мужского населения на примере Ивановской области и предложить комплекс рекомендаций, направленных на сбережение мужского населения.

Материалы и методы

Методологическую базу исследования представляют базисные положения концепции демографического развития. Авторами применялись сравнительный, причинно-следственный и статистический анализ.

Результаты

Мужчина — это глава семьи, ее опора и стержень. Мужчина делает женщину счастливой, дает ей уверенность и стабильность в завтрашнем дне, создает условия для рождения детей, формирует материальную основу семьи и является примером для своих детей. Мужчина является защитником отече-

ства, Родины. Мужчины являются деятелями физического и умственного труда в обществе, берут на себя тяжелую, опасную и ответственную работу, формируют человеческий капитал страны.

На протяжении последнего двадцатилетия наблюдается снижение численности мужского населения в Ивановской области. Это связано с низкой рождаемостью населения в области, низкой продолжительностью уровня жизни и высокой смертностью мужчин. В рамках определения современных демографических тенденций присущих мужскому населению Ивановской области проведем анализ динамики численности мужского населения; определим удельный вес мужского населения в общей численности жителей области; выявим особенности изменения продолжительности жизни мужчин; оценим активность мужчин вступать в брак и разводиться; проанализируем численность мужчин в разных возрастных категориях; укажем основные причины смертности мужчин.

Если в 2001 году в области проживало 531,4 тыс мужчин, то за последнее двадцатилетие численность мужского населения Ивановской области уменьшилась на 16,5 %, и стала составлять 443,9 тыс. человек (табл. 1). Если посмотреть анализ убыли мужского населения по годам, то в период с 2001 года по 2005 год абсолютная убыль мужского населения составила 41,3 тыс. человек (это самое высокое значение данного показателя, если анализировать пятилетками). За 2006—2010 гг абсолютная убыль мужского населения была 16,2 тыс. человек. За период 2011—2015 гг абсолютная убыль мужского населения составила 10,7 тыс.чел., за 2016—2020 гг — 15,9 тыс.чел. Темп спада мужского населения за период с 2001 по 2022 гг составил 16,5% или 87,5 тыс.чел.. Наиболее наглядно убыль населения Ивановской области представлена на рис. 1.

Удельный вес мужского населения в общей численности населения области за последние 20 лет серьезно не поменялся и составляет примерно 44,48—45,44% (рис.2).

Изначально мальчиков рождается в Ивановской области больше чем девочек. Так в 2020 году мальчиков до 4 лет в области было 25 449 человек, что на 1449 больше, чем девочек этого же возраста. Аналогичная тенденция была и в 2019 году. Однако с возрастом ситуация постепенно меняется. Выявлено, что мужчины преобладают над женщинами только в возрастной группе до 40—44 лет. Выше этой гра-

Таблица 1

Динамика численности мужского населения Ивановской области за 2001—2022 гг.*

Годы	Численность населения, тыс человек	Численность мужчин, тыс человек	Удельный вес мужского населения в общей численности населения области, %	Абсолютный прирост (абсолютная убыль) численности мужчин (в тыс человек к предыдущему анализируемому году)	Темп роста (спада) численности мужского населения, % (2001 год-базисный)
2001	1179,0	531,4	45,07	—	—
2006	1101,9	490,1	44,48	-41,3	92,2
2011	1060,1	473,9	44,70	-16,2	89,2
2016	1029,8	463,2	44,98	-10,7	87,2
2021	987,0	447,3	45,32	-15,9	84,2
2022	976,9	443,9	45,44	-3,4	83,5

* Ивановская область в цифрах: Крат. стат. сб./ Ивановстат — Иваново, 2021—68 с.

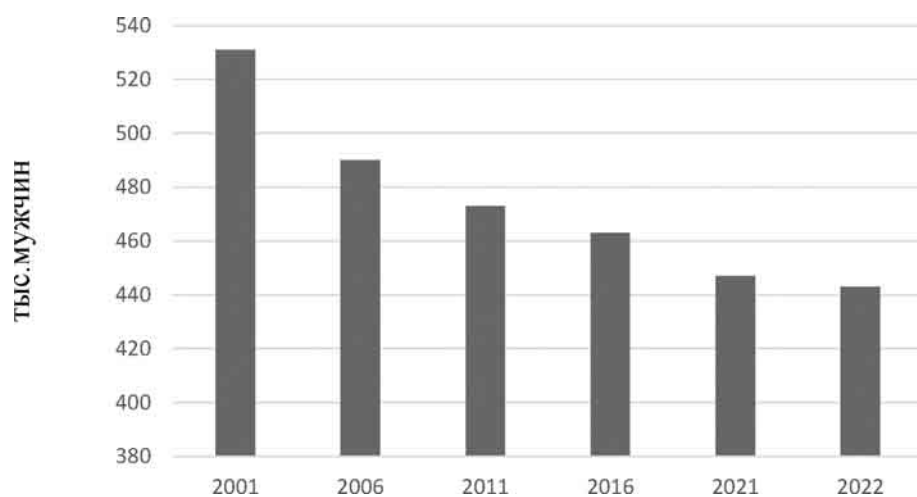


Рис. 1. Динамика мужского населения Ивановской области за период 2001—2022 гг (тыс. человек).
Ивановская область в цифрах: Краг.стат.сб./ Ивановостат — Иваново, 2021—68 с.

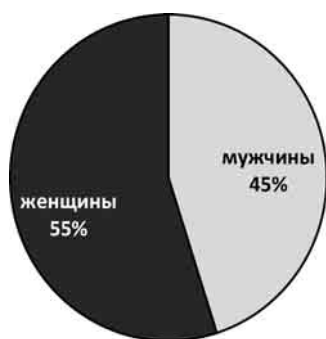


Рис.2. Удельный вес мужского населения по состоянию на 2021 год.

ницы соотношения постепенно меняются в пользу превосходства женщин.

Анализ количества заключенных браков и актов разводов показало, что мужчины Ивановской области активно женятся и разводятся. В Ивановской области в 2021 вступило в брак 5351 мужчин. Это на 12,6 % больше, чем в 2020 году (табл. 2). Однако за последние двадцать лет наибольшее количество мужчин, вступивших брак, приходилось на 2015 год — 7629 мужчин вступили в брак (это был самым свадебным годом). В 2021 году в области число мужчин, находящихся в бракоразводном процессе, составило 4342 человек. Это на 8,9% больше, чем годом ранее. В 2020 году число мужчин в бракоразводном процессе составляло 79,7% от мужчин, вступивших в брак, в 2021 году — 81,1%.

В 2021 год впервые женились 3352 мужчины и повторно вступили в брак 1798 мужчин. Причем анализ заключенных браков показал, что мужчин, зарегистрировавших брак впервые больше, чем женщин, зарегистрировавших брак впервые на 41 человека.

Анализ зарегистрировавших брак повторно имеет другую тенденцию: мужчин вступивших в брак повторно меньше на 242, чем женщин, вступивших в брак повторно.

Большинство мужчин, вступивших в 2021 году в брак имеют возраст от 25 до 29 лет. В возрасте до 18 лет женились 5 молодых людей.

Кроме того, в Ивановской области в 2021 году вступили в брак 171 мужчина после 60 лет, причем из них 15 мужчин — впервые.

Анализ показывает, что численность мужчин трудоспособного возраста в области ежегодно снижается. Если в 2001 году численность мужчин трудоспособного

возраста составляла 342,8тыс.чел, то в 2010 году уже 330,7тыс.чел, а в 2020 году 284,5тыс.чел (рис.3). Анализ возрастной структуры населения Ивановской области показывает, что на 1 января 2021 года мужчины трудоспособного возраста составляют 65% всех мужчин в области, на долю мужчин старше трудоспособного возраста приходится 17% мужского населения области, мужчины моложе трудоспособного возраста составляют 18% в общей численности мужчин в области.

Средний возраст мужчины Ивановской области на 2021 год составляет 38 лет. Для горожанина этот показатель имеет значение 37 лет, для селянина — 42 года.

Коэффициент старения населения в Ивановской области растет. Если в 2010 году он составлял 25,88%, то в 2021 году 28,5% (вырос на 2,92%), что говорит об увеличении доли пожилых людей в общей численности населения области.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин в Ивановской области на 2021 составлял — 64.03 лет, в 2020 году данный показатель составлял мужчины — 65.14 лет. В 2019 — 66,49 лет (рис. 4). Таким образом, можно сделать вывод, что продолжительность жизни мужского населения области снижается. По показателю ожидаемой продолжительности жизни область стоит на последнем месте в ЦФО. После того, как пенсионный возраст поднялся до 65 лет, шансов пожить долго на пенсии у мужчин мало.

Выявлено, что на 2021 год продолжительность жизни мужчин меньше продолжительности жизни женщин на 9,83 лет.

По данным Росстат по Ивановской области состоянию на 2021 год на первом месте по причине

Таблица 2

Число мужчин, вступивших в брак и находящихся в бракоразводном процессе по Ивановской области за 2000—2021гг. [6]

Показатель	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Число мужчин вступивших в брак	6721	7185	7842	7629	6046	5695	4749	5351
Число мужчин в бракоразводном процессе	4394	4641	4450	4255	4057	4101	3985	4342

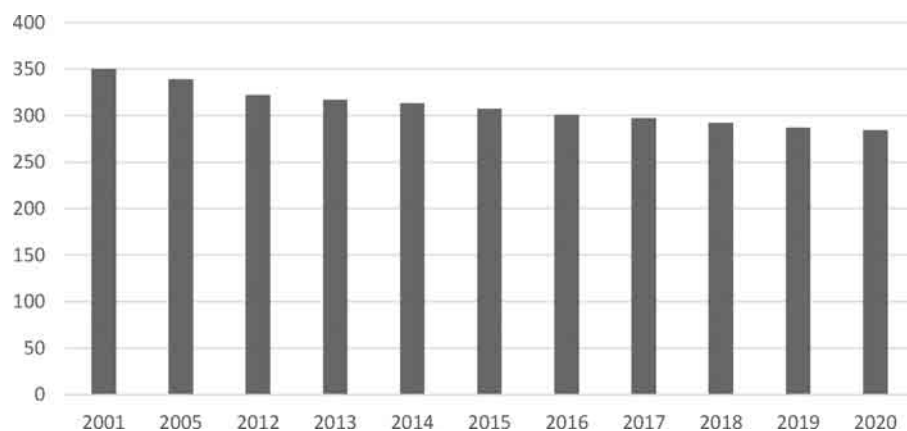


Рис. 3. Динамика численности мужчин в трудоспособном возрасте. Ивановская область в цифрах: Краг.стат.сб./ Ивановстат — Иваново, 2021—68 с.

45—54]. Высокий миграционный прирост в Ивановской области обеспечен мигрантами из Таджикистана, Украина, Армения, Узбекистан и Азербайджан. Большая часть приезжающих мигрантов в область — это мужчины.

Анализ современных демографических тенденций присущих мужскому населению показал сложность ситуации: численность мужчин в области ежегодно снижается, уменьшается количество мужчин в трудоспособном возрасте, продолжительность жизни мужчин составляет около 64 лет, происходит старение мужского населения области.

Обсуждение

Для сбережения мужского населения предлагается следующие ключевые блоки мероприятий:

1) формирование ценностных установок по сохранению здоровья и поддержке мужчин в семье, 2) сохранение здоровья мужчин в организациях и предприятиях, в которых они работают,

3) формирование у мужского населения идеологии «самосохранения» и заложение со школьной семьи мальчикам и молодым людям их будущего образа мужчины — семьянина. Очень важно в учебниках по обществознанию предлагать цветные иллюстрации счастливой семьи, когда есть мама, папа и дети. Все они проводят совместный досуг и своим поведением показывают основы безопасного поведения в тех или иных жизненных ситуациях. Например, папа обучает детей правилам поведения на воде, папа показывает правильное поведение в лесу, или папа совместно с детьми занимается спортом.

Далее мы рассмотрим по перечисленным блокам мероприятия по выработке государственных механизмов сбережения мужчин, самосохранительного поведения мужского населения и поддержки института отцовства более подробно. В связи с тем, что на первом месте по причинам смертности стоит болезнь системы кровообращения и онкозаболеваний, особое внимание на государственном уровне должно уделяться исследованиям и разработке лекарств, позволяющих предотвратить негативные последствия онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний. Очень важно ежегодно проводить комплексную диагностику здоровья мужского населения всех

смертности у мужчин стоят болезни системы кровообращения (на данное заболевание приходится 31% умерших)². На втором месте по причинам смерти по данным медицинских организаций указан коронавирус Covid-19 (21% умерших). На третьем месте болезни, связанные с новообразованиями и нервной системой (по 10% умерших). На прочие причины смертности приходится 28%. На рис.5 представлены основные причины смертности мужчин Ивановской области.

Кроме того, по данным регионального департамента здравоохранения в Ивановской области число мужчин, умерших от причин смерти, обусловленных алкоголем, в 4,5 раза больше, чем женщин³.

Кроме того, на снижение продолжительности жизни мужчин влияют рискованное поведение мужчин. По статистике они больше чем женщины выпивают, чаще погибают в ДТП из-за неосторожного вождения транспортного средства на дорогах. По статистике мужчины попадают в аварии в шесть раз больше, чем женщины⁴.

Численность мужского населения Ивановской области увеличивается за счет мигрантов. Значение коэффициента миграционного прироста на 2021 год составило 27,3 человек на 10 тыс. населения [7, с.

² Ивановские новости // https://newsivanovo.ru/fn_1268080.html дата обращения 18.05.2023

³ Ивановские новости от 17.08.2022 Электронный ресурс: <https://www.ivanovonews.ru/news/1301282/> дата обращения 18.05.2023

⁴ Мужчины в шесть раз чаще женщин провоцируют ДТП. Лидером по числу аварий в стране являются центральные регионы Электронный ресурс: <https://motor.ru/news/dtp-statistics-24-10-2022.htm> дата обращения 19.05.2023

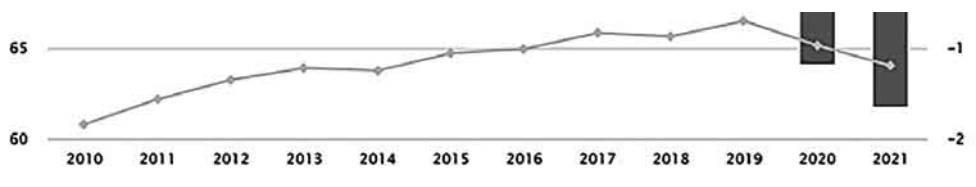


Рис. 4. Ожидаемая продолжительность жизни мужского населения Ивановской области

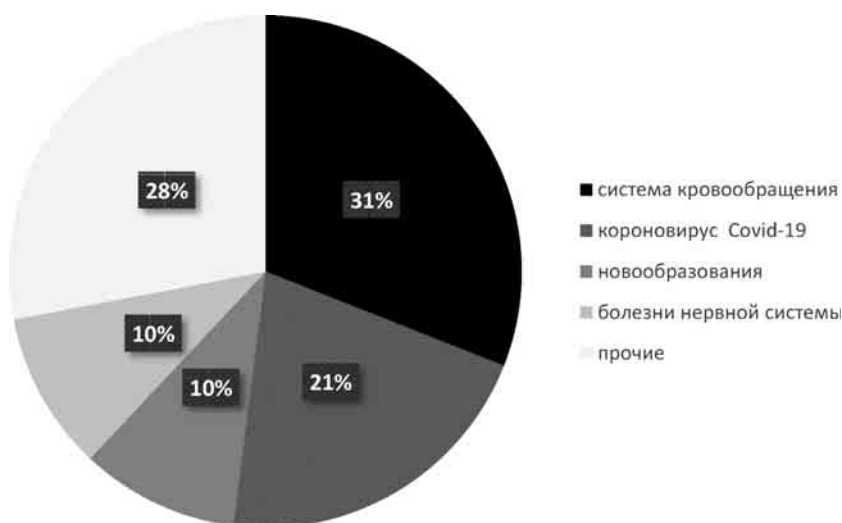


Рис.5. Основные причины смерти мужчин по состоянию на 2021 год

Ивановские новости от 10.12.2022. Электронный ресурс: https://newsivanovo.ru/fn_1268080.html дата обращения 10.12.2022

возрастных категорий с развернутым анализом крови, чтобы на ранней стадии выявить заболевания имеющие серьезные последствия для здоровья мужчин.

Важным направлением снижения смертности мужчин является участие Ивановской области в национальном проекте «Здравоохранение» в 2019—2024 гг. Деньги, выделенные из федерального бюджета, направляются на закупку современного медицинского оборудования для ранней диагностики и своевременного лечения онкологических болезней, на покупку современного оборудования для снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В Ивановской области утвержден паспорт регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2019—2024 гг. Общим объемом бюджетных ассигнований в 2022 году составил 272 811 293,94 руб⁵. Кроме того, в области выделяются дополнительные средства областного бюджета на высокотехнологичную медицинскую помощь сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, что позволяет закупить лекарства и препараты для больных сердечно-сосу-

⁵ По данным региональная программа ивановской области «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» от 29.06.2019 N 234-п

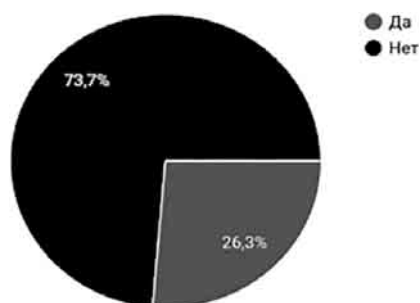


Рис. 6. Планируете ли вы вступить в брак в течение ближайших трех лет?

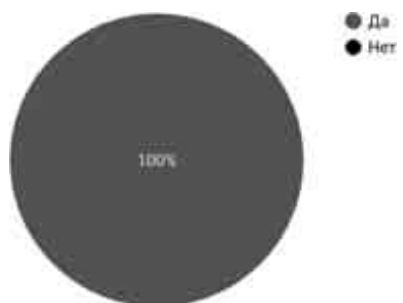


Рис. 7. Нужно ли молодой паре пожить совместно до брака?

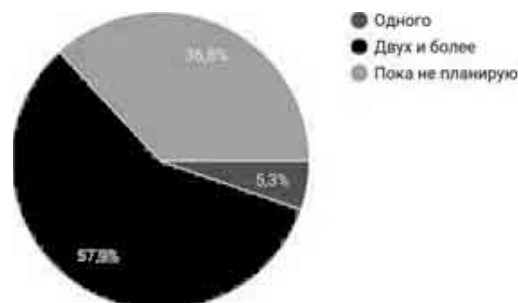


Рис. 8. Сколько детей вы бы хотели иметь в будущем?

дистыми и онкологическими заболеваниями⁶.

Для того, чтобы снять нагрузку с молодых пап, позволить им «встать на ноги», получить образование, реализовать себя в карьере, очень важно поддерживать молодые семьи, где рождаются дети. Для Ивановской области, где мы имеем суженное воспроизводство, очень важно повысить количество двухдетных и многодетных семей. В сентябре 2022 года авторами было проведено анкетирование 50 молодых людей (мужчин) студентов третьих и четвертых курсов высших учебных заведений Ивановской области, который имел целью посмотреть готовность молодых людей создавать семью в период обучения в учебных заведениях высшего образования и сразу после окончания обучения? Анкетирование показало,

что 73% опрошенных молодых людей не планируют вступать в брак ближайшие три года. Все опрошенные молодые люди считают, что до брака надо обязательно пожить совместно. 57% опрошенных молодых людей в будущем хотели бы иметь двух и более детей. Таким образом мы видим, что студенты не готовы, пока учатся в высшем учебном заведении и сразу по его окончанию, вступать в брак и создавать семьи, но в будущем большинство из них это планируют и хотят детей. В подобной ситуации очень важна поддержка со стороны государства.

Когда в студенческой семье рождается ребенок, на плечи отца-студента ложится нагрузка по его содержанию. Часто молодому отцу приходится подрабатывать и даже переходить для этого на заочную форму обучения. Студенческий капитал позволяет семье получить дополнительную финансовую помощь, что будет способствовать тому, что молодой отец продолжит учебу в вузе. В 2017 году Правительством Ивановской области была введена мера поддержки для студенческих семей в виде регионального студенческого (материнского) капитала, который выплачивается семье при рождении ребенка. Право на региональный студенческий капитал

⁶ По данным Ивановских новостей от 11.04.2018. <https://www.ivanovonews.ru/news/1252294/>

возникает, если мать и отец ребенка являются студентами, обучающимися по очной форме по образовательным программам среднего профессионального или высшего образования. Региональный студенческий капитал составляет 150 тыс. рублей, что уже является значимой поддержкой. С 2017 года по 2021гг в Ивановской области его получили более 200 семей [8, с. 180—192].

Важное значение имеет укрепление здоровья мужчин путем создания спортивных комплексов на базе общеобразовательных школ, спортивных школ, спорткомплексов, а также проведение всероссийских соревнований по разным видам спорта для разных возрастных групп, позволяющих сначала подготовиться, а потом успешно выступить. В настоящее время в регионах России активно реализуется федеральный проект «Спорт — норма жизни», который имеет основную свою задачу привлечь к регулярным занятиям спортом 70% жителей России. Реализация этого проекта позволит улучшить качество жизни жителей, даст возможность с юного возраста быть приобщенными к спорту, позволит папам заниматься спортом вместе с детьми. Несомненно, «здоровье надо беречь с молодости». Мужская сила, физическая выносливость, спортивный стиль жизни и крепкое здоровье — все это результат работы над собой в течении нескольких лет.

Важна также для мужчин моральная поддержка со стороны близких и родных людей в семье [8, с. 180—192]. Особенно в такой поддержке мужчины нуждаются в период потери и поиска работы. В малых городах проблема закрытия градообразующих предприятий и трудоустройства стоит особо остро. Мужчинам, как кормильцам семьи, приходится уезжать в другие регионы на заработки и жить на съёмном жилье (в некомфортные условия), оставляя семью дома. В такие жизненные периоды важна поддержка жен. Финансовое обеспечение достижения целей федерального проекта «Содействия занятости» в Ивановской области составляет 845 132,38тыс.руб. Реализация на уровне регионов стратегии «малый город — помощник большого» с созданием в небольших городах предприятий, технопарков и индустриальных парков, обеспечивающих рабочие места местному населению, позволяет решить проблему трудоустройства мужчин и снизить их трудовую миграцию в другие регионы.

Особое внимание на предприятиях должно уделяться охране здоровья и снижению травматизма на производстве. Несмотря на создание «умных» машин и цифровых технологий, травматизм на производстве присутствует. В 2019 году на предприятиях Ивановской области произошли 163 несчастных случая на производстве (4 — со смертельным исходом, 5 — работников, получивших травмы, стали инвалидами. За первое полугодие 2020-го года было зафиксировано 79 несчастных случаев на производстве [8]. На первое полугодие 2021 года в результате несчастных случаев на производстве в Ивановской области погибло 6 работников, из них 4 мужчины⁷. Как показывает практика, несчастные случаи происходят в результате неудовлетворительной организа-

ции работ; не выполнения обязанностей работодателями по созданию безопасных условий труда; нарушений требований охраны труда, в том числе по обеспечению работников средствами индивидуальной и коллективной защиты, обучению работников безопасным методам и приемам выполнения работ⁸.

Тут прежде всего следует уделять внимание предупредительным мерам: своевременному обеспечению защитными средствами, строгому контролю состояния здоровья, уровня алкоголя в крови при допуске на рабочее место, своевременному инструктажу и контролю за соблюдением техники безопасности на рабочем месте и пр.

На уровне предприятий и компаний важно создавать спортзалы, профилактории, приобретать корпоративные абонементы в спортклубы, и даже просто формирование спортивных команд для совместного занятия спортом сотрудников [9]. Все это позволит повысить уровень физической выносливости мужчин, сохранит здоровье сотрудников и создаст благоприятный социально-психологический климат в коллективе, сплотив его на достижение целей компании.

Что касается самосохранения мужчин, то тут важно со школьной скамьи приучать детей к здоровому образу жизни, нацеливать их на создание семьи, доводить до них информацию о том, что они — будущие отцы. А быть отцом — это престижно и почетно. Для этого рекомендуется в школах на уроках говорить детям о важности создания в будущем семьи, о том, что надо уважать друг друга, беречь, ценить и любить свою семью, своих родных и близких людей. Надо заложить в сознание молодежи тренд: современный мужчина — это семьянин, имеющий детей и любящий свою семью. А мужчина, который понимает значение этих слов, сам будет беречь свое здоровье и жизнь, потому что понимает, что именно он несет ответственность за себя и свои родных.

Заключение

В Ивановской области на протяжении последнего двадцатилетия наблюдается существенное снижение численности мужского населения. Это связано с низкой рождаемостью населения в области, низкой продолжительностью уровня жизни и высокой смертностью мужчин. Авторами предложен комплекс мероприятий, позволяющих преломить отрицательный тренд снижения численности мужского населения Ивановской области:

1) Для того, чтобы поддержать молодых людей, становящихся отцами в период учебы в высшем учебном заведении, очень важно поддерживать молодые семьи предоставлением регионального студенческого капитала. В настоящее время его размер по Ивановской области составляет 150т.р. Рекомендуется продолжить эту успешную практику помощи

⁷ По данным Ивановских новостей от 21.08.2021 <https://www.ivanovonews.ru/news/1288619/>

⁸ Тот же

молодым семьям, а также увеличивать размер само-го студенческого капитала в зависимости от количе-ства детей. Это позволит молодым папам закончить учебу и получить образование, реализовать себя в карьере и содержать семью.

2) В связи с тем, что на первом месте по причи-нам смертности в Ивановской области стоит бо-лезнь системы кровообращения и онкозаболеваний рекомендуется ежегодно проводить комплексную диагностику здоровья мужского населения всех воз-растных категорий с развернутым анализом крови, чтобы на ранней стадии выявить заболевания име-ющие серьезные последствия для здоровья мужчин.

3) Важно укреплять здоровье молодых мужчин путем создания спортивных комплексов на базе об-щеобразовательных школ и мотивирования детей на занятие спортом. Авторами предлагается, чтобы грамоты и дипломы, выдаваемые школьникам за призовые места в региональных соревнованиях и в соревнованиях более высокого уровня, учитывались при поступлении в институты и университеты (да-вали дополнительные баллы). Это повысит замоти-вированность молодого поколения на занятие спор-том, а также будет способствовать укреплению их здоровья и пр.

Несомненно, следует на государственном уровне разрабатывать и реализовывать программы по со-хранению здоровья мужчин и поддержке их при по-тере работы. Необходимо формировать в обществе ценностные установки по сохранению здоровья и поддержке мужчин в семье. Очень важно, чтобы и сами мужчины берегли себя и свою семью.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ростовская Т. К., Кучмаева О. В. Семья и семейные ценности в современном мире. Российская молодежь: социально-демографический портрет и система ценностей в контексте многонациональной основы Российского государства: монография. М.: Перспектива; 2017. С. 303—315.
2. Ключина С. В., Н. А. Птицына О демографической ситуации в Ивановской области. *Женщина в Российском обществе*. 2007;(2):48—54.
3. Артамонова, Я. В., Липчанская, И. В. Реализация программ государственной поддержки российских молодых семей (на примере Ростовской области). *Вестник южно-российского государственного технического университета*. 2021;(3):18—25.
4. Лопатина М. В., Драпкина О. М. Грамотность в вопросах здо-ровья выходит на передовые позиции повестки дня в профи-

лактике и контроле неинфекционных заболеваний. *Профилактическая медицина*. 2018;21(3):31—37.

5. Попова Л. А., Шишкина М. А. Брачно-семейные и репродук-тивные установки современной молодежи. *Проблемы разви-тия территории*. 2016;5(85):57—71.
6. Демографическое самочувствие регионов России. Националь-ный демографический доклад-2021. Т. К. Ростовская, А. А. Ша-бунова [и др.]; отв. ред. Т. К. Ростовская, А. А. Шабунова. ФНИСЦ РАН. М.: ФНИСЦ РАН; 2022. 138 с.
7. Рычихина Н. С. Современные тенденции женской междуна-родной миграции. *Женщина в российском обществе*. 2020;(1):45—54.
8. Рычихина Н. С., Васильева Е. Н. Поддержка женщин как важ-ное направление преломления отрицательного тренда разви-тия демографической ситуации. *Вестник ЮРГТУ (НПИ). Се-рия: Социально-экономические науки*. 2022;15(1):180—192.
9. Шабунова А. А., Нацун Л. Н., Короленко А. В. Укрепление об-щественного здоровья: баланс ответственности государства и гражданина. *Проблемы развития территории*. 2021;25(4):7—23.

REFERENCES

1. Rostovskaya T. K., Kuchmaeva O. V. Family and family values in the modern world. Russian youth: a socio-demographic portrait and a system of values in the context of the multinational basis of the Russian state: monograph. M.: Perspective; 2017.-P. 303—315. (In Russian).
2. Klyuzina S. V., N. A. Ptitsyna about the demographic situation in the Ivanovo region. *Woman in Russian society. [Zhenshchina v Rossiyskom obshchestve]*. 2007;(2):48—54 (In Russian).
3. Artamonova, Y. V., Lipchanskaya, I. V. // Implementation of state support programs for Russian young families (for example, the Rostov region). *Bulletin of the South Russian State Technical University. [Vestnik yuzhno-rossiyskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta]*. 2021;(3):18—25. (In Russian).
4. Lopatina M. V., Dipkina O. M. Literacy in matters of health reaches the advanced position of the agenda in the prevention and control of non -infectious diseases. *Preventive medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*. 2018;21(3):31—37. (In Russian).
5. Popova L. A., Shishkina M. A. Marriage-family and reproductive attitudes of modern youth. *Problems of the development of the ter-ritory. [Problemy razvitiya territorii]*. 2016;5(85):57—71. (In Russian).
6. Demographic wellbeing of the regions of Russia. National demo-graphic report-2021. T. K. Rostovskaya, A. A. Shabunov [et al.]; Otv. Ed. T. K. Rostovskaya, A. A. Shabunov; FNICC RAS. — M.: FNICC RAS; 2021. 138 p. (In Russian).
7. Rychikhina N. S. Modern trends in female international migration. *Woman in Russian society. [Zhenshchina v rossiyskom obshchestve]*. 2020;(1):45—54. (In Russian).
8. Rychikhina N. S., Vasileva E. N. Support for women as an impor-tant direction of refraction of a negative trend in the develop-ment of the demographic situation. *Bulletin of Yurgtu (NPI). Series: Socio-economic sciences. [Vestnik YuRGTU (NPI). Seriya: Sotsial'no-ekonomicheskie nauki]*. 2022;15(1):180—192. (In Russian).
9. Shabunova A. A., Natsun L. N., Korolenko A. V. (2021). Strengthening public health: a balance of responsibility of the state and citizen. *Problems of the development of the territory. [Problemy razvitiya territorii]*. 2021;25(4):7—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 14.02.2023; одобрена после рецензирования 30.04.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 14.02.2023; approved after reviewing 30.04.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.015

Численность населения и ожидаемая продолжительность жизни в регионе Крайнего Севера в динамике двух десятилетий

Ульяна Михайловна Лебедева¹, Наталья Константиновна Гришина²,
Эльмира Нурисламовна Мингазова³✉

¹ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова», г. Якутск, Российская Федерация;

^{2,3}Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация;

³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Российская Федерация

¹ulev@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8990-3876>

²otdel-77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

³elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Аннотация. Актуальность исследования определяется необходимостью стабилизации и улучшения демографической ситуации в стране и ее субъектах. Для реализации национальных целей демографического развития, необходимы процессы поддержания развития социально-экономической сферы страны в целом, а также учет специфики ее регионов, в том числе и на основе анализа динамических изменений медико-демографических показателей. После 2014 г. фиксируется тенденция устойчивого роста численности населения в Республика Саха (Якутия), увеличение численности населения обусловлено естественным приростом населения республики на протяжении двух десятилетий. Среди субъектов РФ республика по ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2020 году заняла 34 место, среди регионов ДВФО — 1 место.

Ключевые слова: численность населения, ожидаемая продолжительность жизни, демография, регион Крайнего Севера, Республика Саха (Якутия).

Для цитирования: Лебедева У. М., Гришина Н. К., Мингазова Э. Н. Численность населения и ожидаемая продолжительность жизни в регионе Крайнего Севера в динамике двух десятилетий // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 94—98. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.015.

Original article

Population and life expectancy in the Far North region in the dynamics of two decades

Ulyana M. Lebedeva¹, Natalya K. Grishina², Elmira N. Mingazova³✉

¹M. K. Ammosov North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russian Federation;

^{2,3}Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation;

³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

¹ulev@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8990-3876>

²otdel-77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

³elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Annotation. The relevance of the study is determined by the need to stabilize and improve the demographic situation in the country and its subjects. In order to achieve the national goals of demographic development, it is necessary to maintain the development of the socio-economic sphere of the country as a whole, as well as taking into account the specifics of its regions, including on the basis of an analysis of dynamic changes in medical and demographic indicators. After 2014 There is a trend of steady population growth in the Republic of Sakha (Yakutia), the increase in population is due to the natural increase in the population of the republic over two decades. Among the subjects of the Russian Federation, the republic ranked 34th in terms of life expectancy at birth in 2020, and 1st among the regions of the Far Eastern Federal District.

Key words: population size, life expectancy, demography, Far North region, Republic of Sakha (Yakutia).

For citation: Lebedeva U. M., Grishina N. K., Mingazova E. N. Population and life expectancy in the Far North region in the dynamics of two decades. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):94—98. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.015.

Введение

Вопросы стабилизации и улучшения демографической ситуации в Российской Федерации остаются крайне актуальными. Для реализации национальных целей, представленных в проектах «Демография» и «Здравоохранение» необходимы процессы поддержания развития социально-экономической сферы страны в целом, а также учет специфики ее регионов^{1,2,3,4} [1]. Учитывая огромный ресурсный потенциал районов Крайнего Севера, вопрос численности населения на северных и арктических территориях имеет для Российской Федерации (РФ) стратегическое значение [2—6].

Цель исследования: изучить особенности динамических изменений по показателям численности и ожидаемой продолжительности жизни в регионе Крайнего Севера — Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы исследования

Были использованы статистический и аналитический методы исследования. Материалами послужили данные официальной статистики.

¹ Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

² Указ Президента РФ от 16.01.2017 № 13 «Об утверждении Основ государственной политики регионального развития Российской Федерации на период до 2025 года».

³ Указ Президента Российской Федерации от 13.05.2019 г. № 220 «О внесении изменений в Указ Президента Российской Федерации от 2 мая 2014 г. № 296 «О сухопутных территориях Арктической зоны Российской Федерации».

⁴ Сборник Росстата «Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов 2020».

Как видно из таблицы 1, в период 1998—2002 годов в республике отмечалось снижение численности населения — с 995 тыс. человек на начало 1998 года до 948,6 тыс. человек на начало 2003 года (на 46,4 тыс. человек, или на 4,7%). В последующие годы (за исключением отдельных лет) зафиксирована положительная динамика показателя (на начало 2019 года по сравнению с данными на начало 2003 года численность населения увеличилась на 1,9%).

При этом с начала 2015 года наблюдается стабильный рост численности населения. Аналогичная ситуация сложилась и в РФ в целом — снижение численности населения в период 1998—2008 годы (на 3,4%) и последующим ее ростом (на начало 2019 года к началу 2009 года на 2,8%). С присоединением в 2018 году к составу регионов ДВФО Республики Бурятия и Забайкальского края численность населения округа существенно возросла (на 1977,6 тыс. человек до 8188,6 тыс. человек на начало 2019 года; 8124,1 тыс. человек на начало 2021 года). Без их учета, в предыдущем составе округа, в рассматриваемом периоде отмечается устойчивая тенденция снижения численности населения. При этом, если в РС(Я) и РФ в целом наблюдается снижение численности сельского и увеличение городского населения, то в ДВФО, отмечается снижение численности как сельского, так и городского населения. В РС (Я) численность городского населения сокращалась до 2006 года, далее отмечалась положительная динамика (за исключением 2010 года) и в 2018 году превысила уровень 1998 года (на 0,1%). Несмотря на рост численности сельского населения республики в отдельные годы, в целом зафиксирована тенденция ее

Таблица 1

Численность городского и сельского населения в РФ, ДВФО, РС (Я) с 1998 по 2021 годы (на 1 января соответствующего года, человек)

Год	РФ			ДВФО			РС(Я)		
	все население	городское население	сельское население	все население	городское население	сельское население	все население	городское население	сельское население
1998	147 802,1	108 110,8	39 691,3	7 136,8	5 402,5	1 734,3	995,0	641,2	353,8
1999	147 539,4	108 053,3	39 486,2	7 027,5	5 326,5	1 700,9	977,1	628,5	348,7
2000	146 890,1	107 419,5	39 470,6	6 913,3	5 238,0	1 675,3	962,5	616,0	346,5
2001	146 303,6	107 071,7	39 231,9	6 832,0	5 181,7	1 650,4	957,5	614,7	342,8
2002	145 649,3	106 725,4	38 924,0	6 743,0	5 120,7	1 622,3	951,5	611,9	339,6
2003	144 963,7	106 321,3	38 642,4	6 679,7	5 074,7	1 605,0	948,6	611,1	337,5
2004	144 333,6	106 039,5	38 294,1	6 608,3	5 027,5	1 580,7	950,0	612,9	337,1
2005	143 801,0	105 182,1	38 618,9	6 537,6	4 859,9	1 677,7	953,2	609,5	343,6
2006	143 236,6	104 818,6	38 418,0	6 460,4	4 807,0	1 653,4	954,4	607,3	347,1
2007	142 862,7	104 731,7	38 131,0	6 398,6	4 770,2	1 628,3	956,1	609,3	346,8
2008	142 747,5	104 865,1	37 882,4	6 368,3	4 754,6	1 613,7	958,9	615,4	343,5
2009	142 737,2	104 915,5	37 821,7	6 339,0	4 735,2	1 603,7	958,1	617,2	340,8
2010	142 833,5	105 061,4	37 772,1	6 319,8	4 723,8	1 595,9	958,3	616,8	341,6
2011	142 865,4	105 421,2	37 444,2	6 284,9	4 701,4	1 583,5	958,3	614,6	343,7
2012	143 056,4	105 742,0	37 314,4	6 265,8	4 696,2	1 569,7	955,9	617,1	338,8
2013	143 347,1	106 118,3	37 228,8	6 251,5	4 695,8	1 555,7	955,6	620,5	335,1
2014	143 666,9	106 548,7	37 118,2	6 226,6	4 687,5	1 539,2	954,8	622,7	332,1
2015	146 267,3	108 282,2	37 985,1	6 211,0	4 685,1	1 525,9	956,9	624,7	332,2
2016	146 544,7	108 657,4	37 887,3	6 195,0	4 681,6	1 513,4	959,7	627,8	331,9
2017	146 804,4	109 032,4	37 772,0	6 182,7	4 678,7	1 503,9	962,8	630,5	332,3
2018	146 880,4	109 326,9	37 553,5	6 165,3	4 672,1	1 493,2	964,3	632,9	331,5
2019	146 781,1	109 454,2	37 326,9	6 139,5	4 659,9	1 479,6	967,0	637,4	329,6
2020	146 748,6	109 562,5	37 186,1	6 123,6	4 651,6	1 472,0	972,0	642,7	329,3
2021*	146 171,0	109 251,0	36 919,4	6 085,1	4 624,5	1 460,7	982,0	651,1	330,9

* С учетом Забайкальского края и Республики Бурятия — 8 124,1 тыс. человек, городское население — 5 927,1 тыс. человек, сельское население — 1 460,7 тыс. человек.

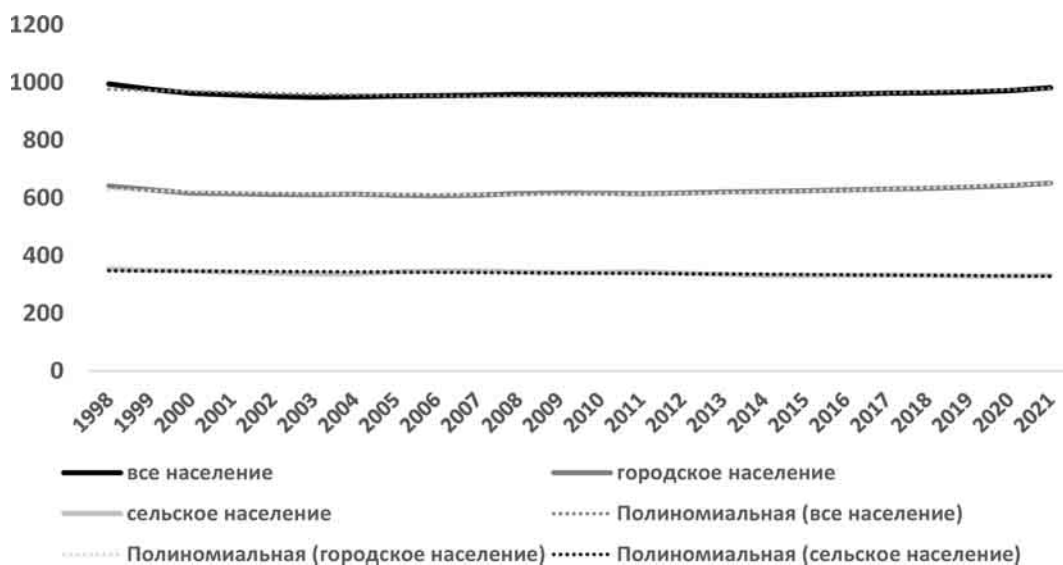


Рис. 1. Полиномиальные модели изменения численности населения в РС (Я) (на 1 января соответствующего года; человек)

снижения (в 2018 году по сравнению с 1998 годом почти на 6%).

На начало 2021 года численность населения в РС (Я) увеличилась на 1%, в том числе городского населения — на 1,3%, сельского — на 0,5%. В целом по РФ наблюдалось снижение как городского, так и сельского населения — на 0,3% и 0,7%, соответственно; в ДВФО отмечалась аналогичная тенденция — снижение численности и городского и сельского населения на 0,6% и 0,8%, соответственно (табл. 1).

Анализ динамики численности населения в РС (Я) показал, что она характеризуется в период с 1998—2021 год устойчивым трендом, однако среднегодовые темпы снижения численности сельского населения составляли 0,3% ежегодно, городского,

напротив, в среднем имели рост на 1% ежегодно, для населения в целом отмечается среднегодовой темп снижения на 0,1% (рис. 1).

В целом по Российской Федерации анализ трендов изменения численности населения в период 1998—2021 годов показал, что, аналогично РС (Я) численность сельского населения сокращалась в среднем на 0,3% ежегодно, городского — не имела в длительной динамике положительного или отрицательного темпов прироста (рис. 2).

Обобщающей характеристикой демографических тенденций является показатель продолжительности жизни населения, который в 2020 году в РС (Я) составил 71,1 лет (табл. 2).

Следует отметить, что в 2020 году в РФ в целом, а также в ДВФО и в РС (Я) отмечалось снижение

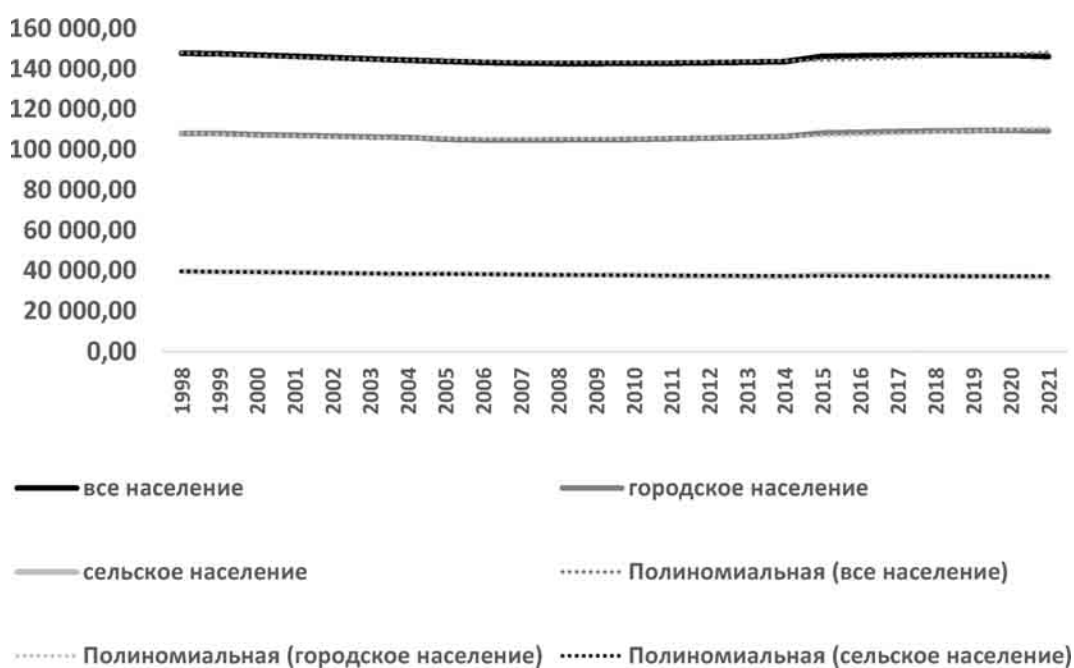


Рис. 2. Полиномиальные модели изменения численности населения в РС (Я) (на 1 января соответствующего года; человек)

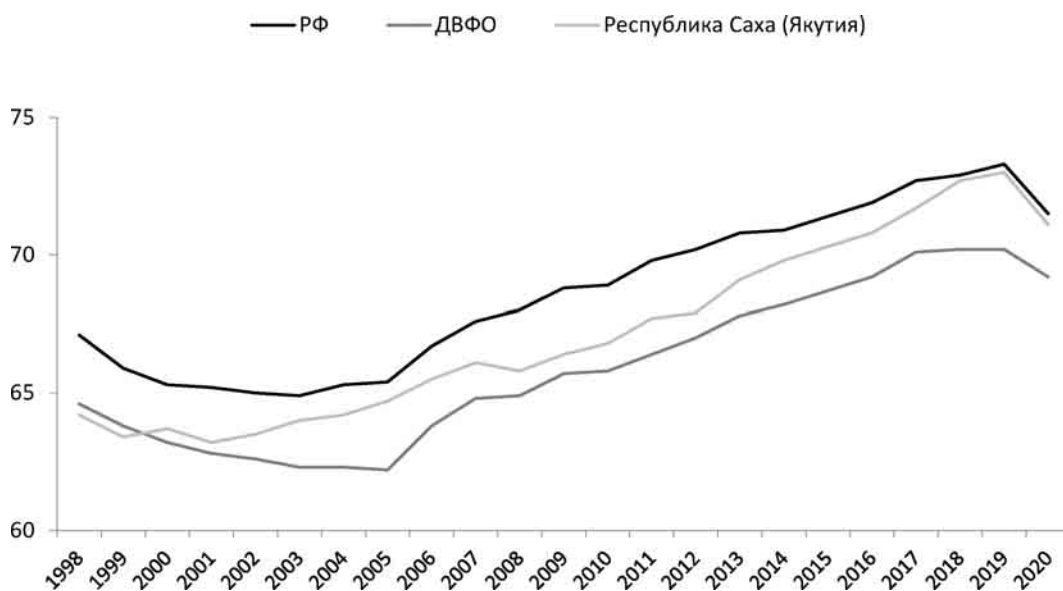


Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ, ДВФО, РС (Я) с 1998 по 2020 годы (лет)

Таблица 2

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ, ДВФО, РС (Я) с 1998 по 2020 годы (лет)

	1998	2002	2006	2010	2014	2018	2019	2020
Российская Федерация	67,1	65,0	66,7	68,9	70,9	72,9	73,3	71,5
Дальневосточный Федеральный округ	64,6	62,6	63,8	65,8	68,2	70,2	70,2	69,2
Республика Саха (Якутия)	64,2	63,5	65,5	66,8	69,8	72,7	73,0	71,1

ожидаемой продолжительности жизни, что было вызвано негативным влиянием COVID-19 на тенденции в демографической сфере (рис. 3).

Таким образом, проведенный анализ позволил выделить основные тенденции демографической ситуации в РС (Я):

- до 2014 года в республике не наблюдалось стабильного роста численности населения, как и в целом по ДВФО и неустойчивой динамики данного показателя по стране в целом; после 2014 фиксируется тенденция устойчивого роста численности населения в РС (Я);
- увеличение численности населения РС (Я) обусловлено естественным приростом населения республики на протяжении всего рассматриваемого периода, тогда как в целом по стране и ДВФО в 1998—2011 годы и в 2018—2020 годы году зафиксирована естественная убыль населения;
- ожидаемая продолжительность жизни в РС (Я) ниже, чем в среднем по стране, но выше, чем в ДВФО; среди субъектов РФ республика по ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2020 году заняла 34 место, среди регионов ДВФО — 1 место.

Для успешной реализации национальных целей демографического развития, необходимы, прежде всего, процессы поддержания развития социально-экономической сферы страны в целом, а также учет специфики ее регионов, в том числе и на основе

анализа динамических изменений медико-демографических показателей.

Работа выполнена в рамках госзадания Минобрнауки РФ (проект FSRG-2020-0014): «Геномика Арктики: эпидемиология, наследственность и патология».

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Волгин Н. А., Широкова Л. Н., Мосина Л. Л. Актуальные вопросы развития российского севера: компенсационные и стимулирующие системы, направленные на привлечение и закрепление населения в северных и арктических регионах. *Уровень жизни населения регионов России*. 2018;208(2):34—46. doi: 10.24411/1999-9836-2018-10013.
2. Леденева В. Ю. Тенденции миграционных и демографических процессов в регионах Крайнего Севера. Материалы Международного демографического Форум «Демография и глобальные вызовы», Воронеж. 2021: 242—245.
3. Шопина О. В., Салтыкова М. М., Балакаева А. В., Бобровницкий И. П. Особенности смертности населения в городах Крайнего Севера (на примере Нижневартовска и Якутск). В сборнике материалов XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Анализ риска здоровью — 2021. Внешнесредовые, социальные, медицинские и поведенческие аспекты, Пермь. 2021: 189—200.
4. Лебедева У. М., Мингазова Э. Н. Динамическое наблюдение за изменениями медико-демографических показателей в Республике Саха (Якутия) за 1998—2018 годы. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2020;(4):33—36.
5. Лебедева У. М., Мингазова Э. Н. Гендерно-возрастные характеристики населения Республики Саха (Якутия): потенциал воспроизводства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(6):1259—1264. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1259-1264.
6. Lebedeva U. M., Mingazova E. N., Lozovskaya S. A., Stepanko N. G., Latysheva L. A. Features of the main processes of the natural population movement in the Republic of Sakha — Yakutia. *Journal of Environmental Management and Tourism*. 2021;53(5):1276—1289. doi: 10.14505/jem.12.5(53).13.

REFERENCES

1. Volgin N. A., Shirokova L. N., Mosina L. L. Actual issues of the development of the Russian north: compensation and incentive systems aimed at attracting and securing the population in the northern and Arctic regions. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii*. 2018;208(2):34—46. (In Russian). doi: 10.24411/1999-9836-2018-10013.
2. Ledeneva V. Y. Trends in migration and demographic processes in the regions of the Far North. Materials of the International Demo-

- graphic Forum «Demography and Global Challenges», Voronezh. 2021: 242—245. (In Russian).
3. Shopina O. V., Saltykova M. M., Balakaeva A. V., Bobrovniksky I. P. Features of mortality in the cities of the Far North (on the example of Nizhnevartovsk and Yakutsk). In the collection of materials of the XI All-Russian scientific and practical conference with international participation "Health risk analysis — 2021. Environmental, social, medical and behavioral aspects, Perm. 2021: 189—200. (In Russian).
 4. Lebedeva U. M., Mingazova E. N. Dynamic monitoring of changes in medical and demographic indicators in the Republic of Sakha (Yakutia) for 1998—2018. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2020;(4):33—36. (In Russian).
 5. Lebedeva U. M., Mingazova E. N. Gender and age characteristics of the population of the Republic of Sakha (Yakutia): reproduction potential. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(6):1259—1264. (In Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1259-1264.
 6. Lebedeva U. M., Mingazova E. N., Lozovskaya S. A., Stepanko N. G., Latysheva L. A. Features of the main processes of the natural population movement in the Republic of Sakha — Yakutia. *Journal of Environmental Management and Tourism*. 2021;53(5):1276—1289. doi: 10.14505/jemt.12.5(53).13.

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 19.06.2023; одобрена после рецензирования 12.07.2023; принята к публикации 30.08.2023.
The article was submitted 19.06.2023; approved after reviewing 12.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 613.62:818—036.82-057

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.016

Оценка доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний

Виктория Евгеньевна Бедарева¹, Жанна Леонидовна Варакина^{2✉},
Ольга Александровна Харькова³

¹Отделение фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, г. Архангельск, Российская Федерация;

^{2,3}ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, Российская Федерация

¹viktoriya-bedareva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8118-2675>

²ravenzh@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8141-4269>

³harkovaolga@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3130-2920>

Аннотация. В 2021—2022 гг. проводилось социологическое исследование среди пострадавших на производстве, имеющих инвалидность вследствие производственной травмы или профессионального заболевания. Общее количество респондентов составило 544 человек. Целью данного исследования явилось изучение доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов по данной группе причин, проживающих на территории Архангельской области. Исследование показало, что 15,3% инвалидов полностью были не удовлетворены разработанной программой реабилитации, 58,8% —удовлетворены только частично, 8,1% —обжаловали решение бюро медико-социальной экспертизы. Причинами неудовлетворенности программой реабилитации являются: не соответствие потребностям рекомендованных лекарственных средств, протезно-ортопедических изделий и технических средств реабилитации, изделий медицинского назначения.

Ключевые слова: инвалидность, профессиональное заболевание, производственная травма, медико-социальная реабилитация.

Для цитирования: Бедарева В. Е., Варакина Ж. Л., Харькова О. А. Оценка доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 99—102. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.016.

Original article

Accessibility and quality assessment of medical and social rehabilitation of disabled people due to occupational injuries and diseases

Viktoriya E. Bedareva¹, Zhanna L. Varakina^{2✉}, Ol'ga A. Khar'kova³

¹Department of the Pension and Social Insurance Fund of the Russian Federation for the Arkhangelsk Region and the Nenets Autonomous Okrug, Arkhangelsk, Russian Federation;

^{2,3}Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

¹viktoriya-bedareva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8118-2675>

²ravenzh@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8141-4269>

³harkovaolga@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3130-2920>

Annotation. In 2021—2022, a sociological study was conducted among victims at work who have disabilities due to occupational injury or disease. The total number of respondents was 544. The purpose of this study was to study the availability and quality of medical and social rehabilitation of disabled people for this group of reasons living in the Arkhangelsk region. The study showed that 15,3% of disabled people are completely dissatisfied with the developed rehabilitation program, 58,8% are only partially satisfied, 8,1% appealed the decision of the bureau of medical and social expertise. The reasons for dissatisfaction with the rehabilitation program are: non-compliance with the needs of recommended medicines, prosthetic and orthopedic products and technical means of rehabilitation, medical devices.

Key words: disability, occupational disease, occupational injury, medical and social rehabilitation.

For citation: Bedareva V. E., Varakina Z. L., Kharkova O. A. Accessibility and quality assessment of medical and social rehabilitation of disabled people due to occupational injuries and diseases. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):99–102. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.016.

Введение

Важными шагами в вопросе медико-социальной реабилитации инвалидов явилась ратификация в

РФ Конвенции ООН о правах инвалидов (2012), а также Концепции развития в РФ системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в

том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (Концепция)^{1,2}. В Концепции подчеркивается важность «персонифицированного сочетания оптимально подходящих услуг для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, по основным направлениям реабилитации и абилитации (медицинской, социальной... социокультурной, психолого-педагогической, профессиональной, физической ...), предоставляемых ... в целях полной реализации их реабилитационного потенциала, максимально возможного восстановления или компенсации имеющихся стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, подготовки и достижения социальной адаптации и интеграции, максимальной инклюзии, самостоятельности и независимости, а также повышения качества жизни»².

Медико-социальная реабилитация должна основываться на комплексном подходе реабилитационных методик, а также намеждисциплинарном взаимодействии и индивидуальном подходе к каждому инвалиду, соблюдении принципов персонификации программ реабилитации [1]. Одним из основных критериев оценки региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов является удовлетворенность инвалидов реабилитационными услугами [2].

Целью данного исследования явилось изучение доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний, проживающих на территории Архангельской области.

Материалы и методы

В 2021—2022 гг. проводилось социологическое исследование среди пострадавших на производстве, имеющих инвалидность вследствие травмы на производстве или профессионального заболевания. Все участники исследования проживали на территории Архангельской области. Общее количество респондентов составило 544 человек.

Под медико-социальной реабилитацией понимается комплекс мер, направленных на восстановление способностей или компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, осуществляемых по индивидуальной программе реабилитации³. В рамках доступности и качества медико-социальной реабилитации в исследовании изучались вопросы установления группы инвалидности вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний, включая оформление документов для направления в бюро медико-социальной эксперти-

зы (МСЭ); удовлетворенности разработанной программой реабилитации, а также в целом решениями бюро МСЭ и нуждаемость в направлениях медико-социальной реабилитации.

Для сравнения двух групп (инвалиды вследствие травмы на производстве и профессионального заболевания) был использован критерий Манна-Уитни. Для поиска взаимосвязи между двумя качественными признаками применялся Хи-квадрат Пирсона (данные представлены в виде абсолютного числа и экстенсивного показателя). Статистический анализ проводился с использованием программы STATA version 17.

Результаты

Наибольший удельный вес составили инвалиды вследствие профессиональных заболеваний — 63,8% (n=347). Средний возраст респондентов — 68,0 (62,0; 75,0) лет. Большинство респондентов — лица мужского пола (78,7%, n=428). Распределение по уровню образования: неполное среднее общее — 2,0% (n=11), среднее общее — 24,5% (n=133), неполное среднее профессиональное — 11,0% (n=60), среднее профессиональное — 56,4% (n=307), неполное высшее — 0,2% (n=1), высшее — 5,9% (n=32). Городских жителей большинство — 67,1% (n=365). Среди респондентов преобладала третья группа инвалидности: 1 группа — 18,2% (n=99), 2 группа — 30,3% (n=165), 3 группа — 51,5% (n=280). Число работающих инвалидов составило 13,5% (n=73). В среднем установление диагноза по профессиональному заболеванию, а также несчастного случая на производстве респонденты отмечают 25,0 (18,0; 30,0) лет назад. При этом отсутствуют различия по этим двум группам: 26,0 (19,0; 30,0) и 25,0 (16,0; 32,5) соответственно (p=0,426).

Информация о причинах травмы и группы инвалидности представлена в таблице 1.

Анализ взаимосвязи группы инвалидности и причины травмы показал, что такие причины как «неосторожность» (p=0,016) и «неудовлетворительный контроль за выполнением работ» (p=0,006) ча-

Таблица 1
Взаимосвязь группы инвалидности и причины травмы (абс., %)

Причины травмы	Группа инвалидности			p-уровень
	1	2	3	
Неудовлетворительное техническое состояние зданий и сооружений; нарушение требований безопасности при работе; неудовлетворительная организация производства работ	45 (45,4)	65 (39,4)	108 (38,6)	0,457
Неосторожность	76 (76,7)	99 (60,0)	176 (62,9)	0,016
Неудовлетворительный контроль за выполнением работ	42 (42,4)	40 (24,2)	79 (28,2)	0,006
Неприменение средств индивидуальной защиты	39 (39,4)	43 (26,1)	95 (33,9)	0,063
Неудовлетворительное состояние здоровья	0	1 (0,61)	3 (1,1)	0,548

Примечание: p рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

¹ Консультант Плюс. Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» Availableat: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129200/

² Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 г. № 3711-р. Availableat: <https://docs.cntd.ru/document/727686316>

³ 2Консультант плюс. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Статья 11. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида. Availableat: <https://www.consultant.ru>

Таблица 2

Взаимосвязь группы инвалидности и сложности при установлении профессионального заболевания или признания травмы производственной (абс., %)

Группа инвалидности	Сложности при установлении профессионального заболевания или признания травмы производственной		р-уровень
	да	нет	
1 группа	10 (10,1)	89 (89,9)	0,037
Другое	82 (18,8)	353 (81,2)	
2 группа	26 (15,8)	138 (84,2)	0,575
Другое	66 (17,8)	304 (82,2)	
3 группа	56 (20,7)	215 (79,3)	0,033
Другое	36 (13,7)	227 (86,3)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

ще встречались при 1 группе инвалидности (табл. 1).

Нами были выявлены определенные сложности, с которыми люди с разной группой инвалидности столкнулись при установлении профессионального заболевания или признания травмы производственной (табл. 2).

В целом с трудностями при установлении диагноза профессионального заболевания или признания травмы производственной столкнулось 17,2% (n=92) участника исследования. При 1 группе инвалидности в наибольшем удельном весе не возникало никаких проблем при установлении диагноза профессионального заболевания или признания травмы производственной (p=0,037); у каждого пятого сложности возникали у лиц с 3 группой инвалидности по сравнению с другими (p=0,033) (табл. 2).

Большинство респондентов (86,0%) после установления группы инвалидности приняли решение не трудоустраиваться. Однако при первой группе инвалидности статистически чаще (12,3%) пытались искать работу, а при третьей — статистически реже (1,2%) (p < 0,001).

При оформлении документов в медицинской организации для направления в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) у 64,3% имелись трудности с записью к специалистам, у 39,7% заполнение заключения врачебной комиссии было формальным без учета фактических потребностей в необходимых объемах и формах реабилитации, у 27,8% встречались ошибки в оформленных документах. С трудностями при обращении для освидетельствования в бюро МСЭ сталкивался практически каждый второй (43,4%).

Полностью были не удовлетворены разработанной программой реабилитации 15,3% респондентов, однако 58,8% — удовлетворены частично; причем статистически значимых различий в зависимости от группы инвалидности выявлено не было (p=0,136). Как правило, были не удовлетворены рекомендованными лекарственными средствами (в 75,0% случаев) или протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации (в 28,3% случаев). Статистически значимо чаще лица при 1 и 2 группах инвалидности были не удовлетворены рекомендованными изделиями медицинского

Таблица 3

Взаимосвязь группы инвалидности и причины неудовлетворенностью программой реабилитации, (абс., %)

Группа инвалидности	Не соответствие потребностям изделия медицинского назначения		р-уровень
	нет	да	
1 группа	78 (78,8)	21 (21,2)	<0,001
Другое	415 (93,3)	30 (6,7)	
2 группа	141 (85,4)	24 (14,6)	0,006
Другое	352 (92,9)	27 (7,1)	
3 группа	274 (97,9)	6 (2,1)	<0,001
Другое	219 (82,9)	45 (17,1)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

назначения, так как они не соответствовали их потребностям. Следует отметить, что при 1 группе инвалидности это был каждый пятый (табл. 3).

Решение бюро МСЭ обжаловали 8,1% респондентов (n=44). Статистически значимо чаще лица 1 группы инвалидности подавали на обжалование решения бюро МСЭ по сравнению со 2 и 3 группами (табл. 4).

Респонденты отмечали нуждаемость в следующих направлениях реабилитации: медицинская реабилитация в условиях стационара (56,6%), восстановительное лечение (массаж, ЛФК, механотерапия) (23,0%), посторонний бытовой уход (20,6%), необходимость адаптации жилья и различных архитектурно-планировочных приспособлениях (18,4%), технические средства для передвижения (15,6%), консультация по правовым вопросам (14,5%), психологическая коррекция и психотерапия (8,5%), обучение по самообслуживанию и социально-бытовой адаптации (4,8%), протезирование и ортезирование (1,3%), санаторно-курортное лечение (0,7%), потребность в технических средствах реабилитации (4,8%).

Обсуждение

Исследование показало, что почти каждый шестой респондент столкнулся с трудностями при установлении диагноза профессионального заболевания или признания травмы производственной. Также следует отметить и сложности при оформлении документов в медицинской организации для направления в бюро МСЭ: трудности с записью к специалистам для оформления направления на

Таблица 4

Взаимосвязь группы инвалидности и обжалованием решения бюро МСЭ, (абс., %)

Группа инвалидности	Обжалование решения бюро МСЭ		р-уровень
	да	нет	
1 группа	23 (23,2)	76 (76,8)	<0,001
Другое	21 (4,7)	424 (95,3)	
2 группа	6 (3,6)	159 (96,4)	0,012
Другое	38 (10,0)	341 (90,0)	
3 группа	15 (5,4)	265 (94,6)	0,016
Другое	29 (11,0)	235 (89,0)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона

МСЭ, формальное заполнение заключения врачебной комиссии без учета фактических потребностей в необходимых объемах и формах реабилитации, ошибки при оформлении документов. При этом практически каждый второй имел трудности при обращении для освидетельствования в бюро МСЭ.

Изучение доступности и качества медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний выявило, что каждый шестой полностью не удовлетворен разработанной программой реабилитации, а более половины удовлетворены только частично.

Менее 10,0% обжаловали решение бюро МСЭ, где причинами явились: низкий процент утраты трудоспособности, назначение не соответствующей ситуации группы инвалидности, отказ в определении необходимого технического средства реабилитации, отказ в определении необходимого протезно-ортопедического изделия, отказ в определении специального транспорта, отказ в определении санаторно-курортного лечения, отказ в определении обучения, отказ в бессрочном сроке действия программы реабилитации, ненадлежащее оформление документации. Очень важным является учет потребностей инвалидов по направлениям реабилитации, все респонденты отметили необходимость в этом.

Заключение

Таким образом, в рамках проведения медико-социальной реабилитации необходимо учитывать потребности инвалидов вследствие производствен-

ных травм и профессиональных заболеваний. Избегать формального заполнения заключения врачебной комиссии без учета фактических потребностей в необходимых объемах и формах реабилитации. Кроме этого, важным аспектом является обеспечение четкого безошибочного оформления документов в медицинской организации для направления в бюро МСЭ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Воловец С. А. Концептуальные основы стандартизации в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в свете проекта «Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года». *Отечественный журнал социальной работы*. 2021;(4):118—22.
2. Владимировна О. Н., Шошмин А. В., Алиев А. К., Севастьянов М. А., Пузин С. Н., Ачкасов Е. Е. и др. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов. Примеры оценки региональной системы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;(6):1255—58.

REFERENCES

1. Volovets S. A. Conceptual foundations of standardization in the field of complex rehabilitation and habilitation of disabled people in the light of the project «Concepts of development in the Russian Federation of the system of complex rehabilitation and habilitation of persons with disabilities, including children with disabilities, for the period up to 2025». *Domestic Journal of Social-Work. [Otechestvennyj zhurnal social'noj raboty]*. 2021;(4):118—22 (in Russian).
2. Vladimirova ON, Shoshmin AV, Aliev AK, Sevast'janov MA, Puzin SN, Achkasov EE, et al. Comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people. Examples of regional system assessment. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooohranenija i istorii mediciny]*. 2022;(6):1255—58 (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 14.06.2023; одобрена после рецензирования 30.06.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 14.06.2023; approved after reviewing 30.06.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 316.36

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.017

Трансформация репродуктивной функции семьи и ее следствия: результаты динамики демографической политики в КНР

Анна Петровна Багирова^{1✉}, Чжэнь Вэньюэ²

^{1–2}Кафедра социологии и технологий государственного и муниципального управления Уральского федерального университета (кафедра СиТГМУ УрФУ), г. Екатеринбург, Российская Федерация

¹a.p.bagirova@urfu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5653-4093>

²wenyuezhen@126.com

Аннотация. По состоянию на конец 2022 года общая численность населения Китайской Народной Республики составляет 1,41 млрд., это почти 18% от мирового населения. В течение нескольких десятилетий страна пережила огромные изменения, которые сказываются на демографической картине мира. По мере замедления темпа роста численности населения китайская демографическая политика перешла от первоначального контроля прироста населения для обеспечения гармоничного развития населения, ресурсов и окружающей среды, к поощрению и стимулированию рождаемости в связи с ее снижением и убылью населения в последние два года. Исходя из анализа статистических данных всекитайской переписи населения за 1982 г., 1990 г., 2000 г., 2010 г. и 2020 г. авторы предприняли попытку описать и оценить трансформацию семьи и ее репродуктивной функции, а также их возможные последствия в условиях динамики демографической политики. Средний размер семейных домохозяйств в Китае в 2020 г. составил 2.62 человека. Этот показатель меньше аналогичного в 2000 г. на 24% и в 1982 г. на 41%. Сокращение наблюдается и в структуре домохозяйств по размеру: в 2000 г. большую долю составляли семьи из 3 и 4 человек, а в 2020 г. модальными стали семьи из 2 и 1 чел. Основные тенденции, связанные с трансформацией института семьи в Китае, таковы: ускорение миниатюризации семьи, рост числа одиноких людей и молодых, живущих в одиночестве, появление «общества одиночек», распространение которого снижает желание молодых поколений вступать в брак и рожать детей; более сильная ориентация семьи на ребенка и ослабление ее репродуктивной функции при усилении качества других функций; изменение статуса женщины в семье, что привело к усилению роли и расширению прав женщин в принятии семейных репродуктивных решений.

Ключевые слова: Репродуктивная функция семьи. Трансформация семьи. Рождаемость. Демографическая политика в КНР.

Для цитирования: Багирова А. П., Чжэнь В. Трансформация репродуктивной функции семьи и ее следствия: результаты динамики демографической политики в КНР // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 103–107. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.017.

Original article

The Transformation of Family Reproductive Function and its Consequences: Results of Demographic Policy Dynamics in the PRC

Anna P. Bagirova^{1✉}, Wenyue Zhen²

^{1–2}Department Sociology and Technologies of State and Municipal Administration of Ural Federal University (DSTSMA UrFU), Yekaterinburg, Russian Federation

¹a.p.bagirova@urfu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5653-4093>

²wenyuezhen@126.com

Annotation. By the end of 2022, China's total population is 1.41 billion, almost 18% of the world's population. Within a few decades, the country has undergone enormous changes that are affecting the demographic picture of the world. As the rate of population growth slowed down, China's demographic policy has shifted from the initial control of population growth so as to ensure the harmonious development of population, resources and the environment, to encouraging and stimulating the birth rate due to its reduction and population decline in the last two years. Based on statistical analysis of the National Population Census in China for 1982, 1990, 2000, 2010 and 2020, the authors describe the transformation of the family and its reproductive function, as well as their possible consequences under the dynamics of demographic policy. The average size of the Chinese family households in 2020 was 2.62. This number has been decreased by 24% and 41% compared with 2000 and 1982 respectively. A reduction is observed in the structure of households in terms of size. In 2000, the three or four-person households usually accounted for a large proportion, but in 2020, the one or two-person households have become the mode.

The main trends associated with the transformation of the Chinese household are as follows: the increasing number of small households, the growth of singles and adults living alone. The emergence of such «single society» reduces younger generations' desire of marriage or having children. Families are more children-centered, and due to the decreasing number of children, the fertility function has weakened, the quality of other functions has been improved such as the resources and chances of education and so forth. There's also a change of women's status in households, the status has strengthened which led to the strengthening of the role and expansion of women's rights in making family fertility decisions.

Key words: Family Reproductive Function. Transformation of the Family. Fertility. Demographic Policy in the PRC.

For citation: Bagirova A. P., Zhen B. The transformation of family reproductive function and its consequences: results of demographic policy dynamics in the PRC. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):103–107. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.017.

Введение

Всего за несколько десятилетий в Китае произошли кардинальные демографические изменения как в плане численности и структуры населения, так и в политике рождаемости. Исходя из статистических данных, с основания Нового Китая в 1949 г. ежегодный естественный прирост населения превышал 10 млн. чел. Такая ситуация сохранялась вплоть до 2000 г. за исключением двух лет периода стихийных бедствий (1960 и 1961 гг.), когда наблюдался аномальный отрицательный прирост при резком снижении коэффициента рождаемости и увеличении коэффициента смертности. В 1970 году естественный прирост составил 23,21 млн. чел., что стало пиком прироста населения с момента основания страны.

В последние годы прирост населения постепенно замедляется, в 2022 году численность населения страны уменьшилась на 850 тыс. чел. по сравнению с концом предыдущего года — именно тогда впервые был зафиксирован отрицательный прирост населения за 60 лет, что также стало историческим демографическим переломом, и страна вступила в период «отрицательного роста» населения.

По мнению некоторых ученых, изменения демографической политики в Китае, в общем и целом, прошли следующие переходы: сначала от поощрения рождения к контролю рождаемости, затем к ограничению и, наконец, к стимулированию рождаемости [1]. Политика планирования семьи — это ряд мер, принятых Правительством по обеспечению регулирования брачного и репродуктивного поведения населения, с помощью которых планомерно стимулировались данные типы поведения в целях адаптации населения к экономическим и социальным изменениям, обеспечения долгосрочного и сбалансированного развития населения. Планирование семьи началось в 1970-х годах, и было введено в Конституцию в 1978 году, утверждено в качестве основной государственной политики Китая в 1982 году. Политика первоначально реализовалась по принципам «поздний брак и позднее деторождение» и «рожать меньше, но лучше» в целях улучшения качества населения; затем в начале 1980-х годов она была ужесточена и введена инициатива, в соответствии с которой одна супружеская пара может иметь только одного ребенка за исключением некоторых установленных случаев. По мере происходящих в стране демографических и социальных изменений политика рождаемости также трансформировалась — от политики «Один ребенок» в «Два ребенка» с условиями, а потом в полное разрешение двух детей и — в конце концов — в политику «Три ребенка».

Демографическая политика в Китае (в частности, политика по контролю и регулированию численности населения) ускорила снижение темпа прироста

населения и уровня рождаемости, привела к завершению демографического перехода в Китае. Она также послужила причиной резкого изменения структуры населения. Она оказывает влияние на изменения в представлениях людей о семье и репродукции, вызвав тем самым их трансформацию.

Материалы и методы

Мы использовали официальные данные нескольких всекитайских переписей населения, применив к их данным сравнительный анализ. На основе анализа статистических данных всекитайских переписей населения за 1982 г., 1990 г., 2000 г., 2010 г. и 2020 г. мы предприняли попытку оценить трансформации функций семьи, в том числе репродуктивной функции, и их последствия на фоне динамики демографической политики. Кроме того, мы провели анализ источников научной литературы, в которых описываются изменения в репродуктивном поведении китайских семей.

Результаты и обсуждение

Являясь одной из наиболее важных государственных политик Китая, политика рождаемости оказала глубокое влияние на китайские семьи. Быстрое снижение уровня рождаемости, длительный период нахождения ниже уровня воспроизводства населения и увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни населения — все эти демографические изменения непосредственно привели к ряду изменений семьи, включая изменения в размере и структуре семьи, диверсификации типов семей и изменения семейных функций, жизненных циклов семьи и семейных отношений.

Одной из основных тенденций изменений семьи является миниатюризация, упрощение ее размеров и структуры [2]. Согласно данным Государственного статистического управления и данным семи переписей населения, средний размер семейных домохозяйств в 2020 году составил 2.62 человека, что на 24% меньше, чем в 2000 году, и на 41% меньше, чем в 1982 году, что уже ниже порога для семьи из трех человек. Аналогичное изменение наблюдается еще и в структуре размера домохозяйств (см. таблицу 1): в 2000 г. большую долю еще составляли семьи из 3 и 4 человек, а в 2020 г. модальными стали семьи из 2 и 1 чел.

Источник данных: База гос.данных. Государственное статистическое управление Китая. <http://www.stats.gov.cn/sj/pcsj/rkpc/7rp/zk/indexce.htm>

Идеальная семья, как она представлялась в традиционной культуре, обычно состоит из трех поколений [3]. Традиционные представления (такие, как «больше детей — больше счастья», «сосать сладости да забавляться с внуками и наслаждаться семейными радостями», моральные принципы кровного родства) привели к модели больших семей, состоящих из многих членов и нескольких поколений. Не-

Таблица 1

Динамика размера домохозяйств в Китае

Размер семьи	2000 г.		2010 г.		2020 г.	
	количество	структура, %	количество	структура, %	количество	структура, %
Домохозяйства из 1 чел.	28273351	8.30	58396327	14.53	125490007	25.39
Домохозяйства из 2 чел.	58034336	17.04	97947686	24.37	146690059	29.68
Домохозяйства из 3 чел.	101964343	29.95	107978654	26.86	103700982	20.99
Домохозяйства из 4 чел.	78217515	22.97	70598493	17.56	65100986	13.17
Домохозяйства из 5 чел.	46383977	13.62	40332512	10.03	30513352	6.17
Домохозяйства из 6 и выше чел.	27617675	8.11	26680524	6.64	22662037	4.59
Итого...	340491197	100	401934196	100	494157423	100

которые исследования показывают, что такие масштабные семьи не имели большой доли в численности семей на протяжении большей части истории Китая. Такая модель в основном встречалась в богатых семьях с высоким уровнем жизни, но домохозяйства с тремя поколениями существовали гораздо чаще, и были достаточно распространенными [2, 4, 5].

Данные последних трех переписей населения также подтверждают миниатюризацию семьи и упрощение ее структуры. Из таблицы 2 можно заметить изменение, происходящее с числом поколений семьи: в 2000 г. доля семей из 2-х поколений была больше половины, а в 2020 г. около 50% составили однопоколенные домохозяйства; при этом доля семей из 3-х поколений была относительно стабильной.

По мере сокращения размера и упрощения структуры семьи появилось больше других типов семей — например, таких, как семья из одного или двух членов, семья «опустевшего гнезда». Количество одиноких людей и молодых, живущих в одиночестве, резко возросло, особенно в крупных городах. Все это приводит к ослаблению некоторых функций семьи, и прежде всего репродуктивной функции и функции ухода за пожилыми членами семьи.

Реализация политики одного ребенка породила большое количество однодетных семей, что также увеличивает расходы и нагрузку на уход за пожилыми членами семьи, в частности, для двоих супругов, которые родились и выросли в однодетных семьях. По данным переписи населения общество Китая быстро стареет, доля пожилого населения в возрасте 65 лет и выше в 2000 г. составила 6,96%, в 2020 г.

— 13,5%, т. е. за 20 лет почти удвоилась. Этот рост в Китае происходит намного быстрее, чем в других странах.

Одной из важных функций семьи является воспроизводство и социализация молодого поколения. Китайский социолог Фэй Сяотун считает, что общество и структура разделения труда в нем создается и действует благодаря его элементам — людям, а именно семья непрерывно снабжает общество новыми элементами, выполняет «метаболизм общества», проводит воспитание и социализацию индивидов, обеспечивая целостность общества и непрерывное функционирование системы разделения общественного труда [6].

Основной функцией традиционных семей также является репродукция. В разные периоды китайской истории рождение детей и продолжение рода всегда имели значительное значение. Например, в принципе сыновней почтительности говорится, что существует три непочтения к предкам, и первое из них — это бездетность. В древних обществах статус женщины после замужества часто определялся ее способностью рожать детей, особенно сыновей.

Планирование семьи позволило отодвинуть возраст вступления в первый брак и деторождения, сократить число рождений и отодвинуть сроки окончания деторождения. Эти изменения оказали непосредственное влияние на трансформацию жизненного пути женщин, сократив их репродуктивную нагрузку и дав им больше времени и энергии для получения знаний и навыков, для участия в трудовой деятельности и улучшения своего социально-экономического статуса. Кроме того, введение политики одного ребенка начало менять статус дочерей в семье — дочери после замужества живут близ-

Таблица 2

Динамика размера домохозяйств в количестве поколений в Китае

Размер семьи	2000 г.		2010 г.		2020 г.	
	количество	структура, %	количество	структура, %	количество	структура, %
Домохозяйства из 1 поколения	73892669	21.70	137363112	34.18	244615023	49.50
Домохозяйства из 2 поколений	201964085	59.32	192237846	47.83	181471659	36.72
Домохозяйства из 3 поколений	62122440	18.24	69562135	17.31	65528182	13.26
Домохозяйства из 4 поколений	2508466	0.74	2768189	0.69	2540015	0.51
Домохозяйства из 5 и выше поколений	3537	0.00	2914	0.00	2544	0.00
Итого...	340491197	100	401934196	100	494157423	100

ко или вместе с родителями, обосновывая это тем, что дочери также обеспечивают жизнь своих родителей в старости. Это также изменило культурные механизмы и ожидания, которые обесценивали женщин [5].

В то же время, увеличение доли женщин в занятости и доходах привело к повышению статуса женщин. За несколько десятилетий в Китае быстро прошел процесс урбанизации, и произошло масштабное перемещение жителей из сельской местности в города. Например, в 1949 г. доля жителей в сельской местности и городах составляла 89,36% и 10,64% соответственно, а в 2022 г. стала 34,78% и 65,22% соответственно. В городе женщины имеют больше возможностей работать вне дома и получать более высокую оплату за свой труд, чем в сельской местности. Глубокие изменения в структуре трех типов индустрий (в Китае это сельское хозяйство, промышленность и сфера услуг) также сопровождалось изменениям в занятости, доля первой индустрии была снижена, второй индустрии — относительно стабильная, доля третьей индустрии увеличилась, что также дало больше возможностей для трудоустройства женщин.

Повышение статуса женщин в семье и обществе увеличивает ее право в принятии решений о рождении ребенка. В связи с совмещением современной женщиной нескольких ролей все чаще и серьезнее становится проблема по сбалансированию работы, карьерного роста между рождением ребенка и уходом за ним. В результате увеличения продолжительности образования и с учетом ценности развития карьеры и личностной самореализации, молодые люди (и особенно женщины) теперь откладывают время вступления в брак и решение иметь детей.

Между тем, с быстрым социально-экономическим развитием, а также повышением уровня жизни населения и значимости, придаваемой родителями образованию и всестороннему развитию ребенка, расходы на уход и воспитание детей также резко возросли. В Докладе о затратах на ребенка в Китае показано, что средний размер на содержание ребенка с 0 до 17 лет по всей стране составляет 485 тыс. юаней, при этом в г. Шанхае и Пекине этот показатель уже достигает 1,02 млн. и 968 тыс. юаней соответственно, что подсчитано по оценкам, основанным на различных товарных ценах и данных о доходах, потребительских расходах жителей, опубликованных Государственным статистическим управлением [7].

Кроме того, в некоторых исследованиях отмечается, что межпоколенческая поддержка также является важным фактором, влияющим на репродукцию, межпоколенческий уход может значительно увеличить время работы супругов, особенно для жены [8], в то же время такие факторы, как семейные ресурсы и поддержка со стороны других членов семьи оказывают значительное влияние на решение женщин в репродуктивном возрасте заводить второго ребенка, при этом женщина, вероятно, будет иметь больше поддержки в уходе за ребенком в слу-

чае, когда в одном домохозяйстве живет большее количество членов [9]. В рамках традиционной концепции семьи бабушки и дедушки считают себя обязанными, ответственными за заботу и уход о своих внуках. И это сохраняется несмотря на то, что в Китае семья становится более нуклеарной. Между поколениями по-прежнему существует тесное взаимодействие в плане повседневного ухода и финансовой поддержки [10].

Заключение

В целом, реализация демографической политики, изменения в экономической и социальной структуре, на которых основывалась первоначальная форма семьи, а также изменения в концепции брака и семьи, вызванные социальными процессами и модернизацией, привели к ряду изменений института семьи, включая его характеристики, функции, семейные отношения и др. Эти изменения, в свою очередь, оказывают воздействие на современное китайское общество и жизнедеятельность семьи.

Таким образом, на основании проведенного анализа могут быть сделаны следующие выводы:

- Реализация демографической политики, особенно политики одного ребенка, привела к появлению большого количества семей с одним ребенком, что сократило размер семьи, ускорило ее миниатюризацию [2, 10], увеличило количество одиноких людей и молодых, живущих в одиночестве, ускорило наступление «общества одиночек», распространение которого снижает желание молодых поколений вступать в брак и рожать детей;
- Семья стала ориентированной на ребенка, репродуктивная функция семьи уменьшилась по числу детей, но стала более качественной, единственный ребенок может получить больше возможностей и ресурсов, образовательная функция семьи усилилась;
- После снятия ограничений в политике рождаемости у людей остались представления и приверженность концепциям «рожать меньше, но лучше», «поздние брак и рождение», что также в определенной степени привело к ослаблению репродуктивной функции семьи;
- Политика одного ребенка изменила статус женщины в семье, увеличив продолжительность и уровень образования, а урбанизация и индустриализация способствовали ослаблению патриархата, что привело к усилению роли и расширению прав женщин в принятии семейных репродуктивных решений.

Благодарность

Исследование проведено в рамках проекта «Институты поддержки российской пронаталистской политики: потенциал и перспективы влияния на рост рождаемости», поддержанного Советом по грантам Президента Российской Федерации на государственную поддержку ведущих научных школ Российской Федерации (НШ-1327.2022.2)

The study was conducted as part of the project "Russian Pro-Natalist Policy Support Institutions: Potential and Prospects for Influencing Birth Rate Growth" supported by the Council for Grants of the President of the Russian Federation for State Support to Leading Scientific Schools of the Russian Federation. (SS-1327.2022.2).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

REFERENCES

1. Li J, Zhou L, China's population policy and the population structure and its future development trend. *J Economic Perspectives*. 2018 Dec; 59(12):17—36.
2. Peng X, Hu Z, The contemporary transition of the Chinese family and the reconstruction of family policy. *J Social Sciences in China*. 2015 Dec; 240(12):113—132.
3. Hsü F. *Under the Ancestors' Shadow: Kinship, Personality and Social Mobility in China*. Stanford: Stanford University Press; 1971.
4. Wang T, Wang F, Tang Y, Land Collectivization and the Structural Transition of Traditional Rural Families. *J Social Sciences in China*. 2015 Feb; 230(12):41—60.
5. Unger J. Urban families in the eighties: An analysis of Chinese surveys. In: Davis D, Harrell S, editors. *Chinese families in the post-Mao era*. University of California Press; 1993. p. 25—49.
6. Fei X. *The institutions for reproduction*. Beijing united publishing Co., Ltd.; 2018.
7. YuWa Population Research. Report on the Fertility Cost in China [Internet]; 2022 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://file.c-ctrip.com/files/6/yuwa/0R726120009bzjzhb3FD7.pdf>
8. Lu H, Yu J, Du Y, The influence of older parents' care-giving activities on labor supply of adult children: a study based on CFPS. *J Journal of finance and economics*. 2017 Dec; 43(12):4—16.
9. Liang H, From fertility desire to fertility behavior: an analysis of the determinants of the second child-bearing decision-making under the background of nationwide two-children policy. *J South China Population*. 2018 Apr; 33(02):1—14.
10. Xu A, Xia Y, The changes in mainland Chinese families during the social transition: A critical analysis. *Journal of comparative family studies*. Special issue: Changing Chinese families. 2014 Winter; 45(1):31—53.

1. Li J, Zhou L, China's population policy and the population structure and its future development trend. *J Economic Perspectives*. 2018 Dec; 59(12):17—36.
2. Peng X, Hu Z, The contemporary transition of the Chinese family and the reconstruction of family policy. *J Social Sciences in China*. 2015 Dec; 240(12):113—132.
3. Hsü F. *Under the Ancestors' Shadow: Kinship, Personality and Social Mobility in China*. Stanford: Stanford University Press; 1971.
4. Wang T, Wang F, Tang Y, Land Collectivization and the Structural Transition of Traditional Rural Families. *J Social Sciences in China*. 2015 Feb; 230(12):41—60.
5. Unger J. Urban families in the eighties: An analysis of Chinese surveys. In: Davis D, Harrell S, editors. *Chinese families in the post-Mao era*. University of California Press; 1993. p. 25—49.
6. Fei X. *The institutions for reproduction*. Beijing united publishing Co., Ltd.; 2018.
7. YuWa Population Research. Report on the Fertility Cost in China [Internet]; 2022 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://file.c-ctrip.com/files/6/yuwa/0R726120009bzjzhb3FD7.pdf>
8. Lu H, Yu J, Du Y, The influence of older parents' care-giving activities on labor supply of adult children: a study based on CFPS. *J Journal of finance and economics*. 2017 Dec; 43(12):4—16.
9. Liang H, From fertility desire to fertility behavior: an analysis of the determinants of the second child-bearing decision-making under the background of nationwide two-children policy. *J South China Population*. 2018 Apr; 33(02):1—14.
10. Xu A, Xia Y, The changes in mainland Chinese families during the social transition: A critical analysis. *Journal of comparative family studies*. Special issue: Changing Chinese families. 2014 Winter; 45(1):31—53.

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 14.06.2023; одобрена после рецензирования 30.06.2023; принята к публикации 30.08.2023.
The article was submitted 14.06.2023; approved after reviewing 30.06.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 316.442—053.81

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.018

Гендерный подход к исследованию инвалидности и паллиативной помощи

Эльмира Кямаловна Наберушкина¹, Оксана Владимировна Бессчетнова^{2✉},
Ольга Александровна Волкова³

¹ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБОУ ИВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет», г. Москва, Российская Федерация;

³Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, г. Москва, Российская Федерация; Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Российская Федерация

¹ellana777@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7495-231X>

²oksanabesschetnova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4181-9886>

³volkovaoa@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5325-0730>

Аннотация. В статье представлены результаты социологических исследований, проведенных в 2016—2022 гг. по вопросам инвалидности и паллиативной помощи с позиции гендерного подхода, которые недостаточно актуализированы и требуют более пристального научного изучения из-за возрастания численности инвалидов, а также активного внедрения инклюзивных практик в основных сферах жизнедеятельности в рамках реализации Целей устойчивого развития. Женщины с инвалидностью находятся под двойным гнетом дискриминации и стигматизации в реализации собственной феминности, семейных ролей (жены и матери), в трудовой и общественной деятельности; они чаще становятся жертвами противоправных действий (домашнего насилия, харрасмента, моббинга). Организация паллиативной помощи терминальным пациентам также не учитывает гендерного фактора, который не фигурирует при планировании и организации мер федеральной и региональной социальной политики, профессионального обучения и подготовки специалистов в сфере социальной защиты населения.

Ключевые слова: здоровье, инвалидность, лицо с инвалидностью, гендерный подход, паллиативная помощь, женщина с инвалидностью, дискриминация, стигматизация, урбанизация.

Для цитирования: Наберушкина Э. К., Бессчетнова О. В., Волкова О. А. Гендерный подход к исследованию инвалидности и паллиативной помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 108—113. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.018.

Original article

Gender approach to disability and palliative care research

Elmira K. Naberushkina¹, Oksana V. Besschetnova^{2✉}, Olga A. Volkova³

¹Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;

²Moscow State University for Humanities and Economics, Moscow, Russian Federation;

³Institute of Demographic Research, Federal Scientific Research Center of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation; Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

¹ellana777@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7495-231X>

²oksanabesschetnova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4181-9886>

³volkovaoa@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5325-0730>

Abstract. The article presents the results of sociological research conducted in 2016—2022 on issues of disability and palliative care from the perspective of a gender approach, which is not sufficiently updated and require closer scientific study due to the increase in the number of people with disabilities, as well as the active introduction of inclusive practices in the main areas of life as part of the implementation of the Sustainable Development Goals. Women with disabilities are under the double yoke of discrimination and stigmatization in the realization of their own femininity, family roles (wife and mother), in labor and social activities; they more often become victims of illegal actions (domestic violence, harassment, mobbing). The organization of palliative care for terminal patients also does not take into account the gender factor, which does not appear in the planning and organization of federal and regional social policy measures, professional education and training of specialists in the field of social care of the population.

Key words: health, disability, person with a disability, gender approach, palliative care, woman with a disability, discrimination, stigmatization, urbanization.

For citation: Naberushkina E. K., Besschetnova O. V., Volkova O. A. Gender approach to disability and palliative care research. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):108–113. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.018.

Введение

В настоящее время инвалидность как объект исследования приобретает все большую значимость в междисциплинарном научном дискурсе, во-первых, из-за увеличения количества лиц с инвалидностью как общемирового тренда, во-вторых, в связи с реализацией инклюзивного подхода, согласно которому необходимо создание равных условий и возможностей для социального функционирования людей, независимо от состояния их здоровья и развития.

В фокусе современной исследовательской оптики находятся вопросы, связанные с различными аспектами жизни людей с инвалидностью: медицинскими и спортивно-оздоровительными [1—3]; организации социальной работы, социальной защиты и благотворительности [4—5]; получением профессионального образования и трудоустройства [6—8]; нормативно-правовым регулированием жизнедеятельности [9—10]; историческими формами признания [2, 11], урбанизма [12—13] и гендерной проблематики [14—16], отражающей специфику социализации, самоидентификации, саморазвития в семейной, трудовой, политической деятельности данной социальной группы, что свидетельствует о необходимости продолжения исследований в рамках данного проблемного поля.

Под гендерным подходом мы понимаем необходимость учета особенностей проявления биологического пола в различных сферах жизнедеятельности общества; достижение гендерного равенства в обществе, что является одной из Целей ООН в области устойчивого развития.

Ряд отечественных и зарубежных исследователей инвалидности [15—16; 17—19] и специалисты-практики указывают на то, что именно социальные нормы выступают в качестве структурных барьеров на пути к достижению гендерного равенства во всем мире, вызывая латентную гендерную дискриминацию женщин в плане реализации гражданских прав в сфере получения образования, социальных услуг, поиска работы и трудоустройства, создания семьи и рождения детей, а также подверженность более высокой степени риска стать жертвами противоправных действий, в частности, физического, психологического или сексуального насилия. Кроме того, гендерный аспект редко учитывается при планировании и организации мер федеральной и региональной социальной политики, несмотря на тот факт, что во всем мире женщины с инвалидностью чаще стигматизируются обществом, по сравнению с мужчинами, они лишены возможности осваивать новые социальные роли, имеют более низкий материальный доход и составляют основную долю безработных [20].

Феминность женщин с инвалидностью также подвергается сомнению со стороны доминирующего общества на фоне растиражированных в СМИ стандартов «90х60х90», где здоровье, красота и сексуальность приравниваются к успеху и высокому социальному статусу. Наиболее чувствительным явля-

ется и вопрос материнства, рождения здорового потомства, что порождает «образ одинокой, непривлекательной для создания семьи особы» [16, с.72].

В качественном исследовании Н. R. Devkota, M. Kett, N. Groce [21], проведенном методами фокус-группы и интервью (n=17) с нормотипичными женщинами и женщинами с инвалидностью, доказывається, что социально-культурные стереотипы, дефицит знаний об инвалидности, приводят к дискриминации, стигматизации, неприятию, изоляции и высокому риску совершения насилия в отношении женщин-инвалидов в семье и за ее пределами, порождая трудности социализации, адаптации, реализации репродуктивной функции репродуктивной жизни, включая беременность, роды и материнство.

Данные стереотипные суждения подрывает самоидентификацию женщин с инвалидностью, лишают их возможности стать женой и матерью, реализовать себя в трудовой, творческой, общественной деятельности, приводя к самостигматизации, пассивности, одиночеству и депрессии. В этой связи, учет гендерной специфики в решении актуальных социальных проблем будет способствовать повышению уровня социального благополучия лиц с инвалидностью.

Методы и методология исследования

В основу статьи легли результаты качественных и количественных исследований, полученные в ходе двух проектов РФФИ, реализованных в период с 2016 по 2019 гг. В рамках проекта «Урбанистическое благополучие инвалидности» (2016—2019) применялся пакет измерительных инструментов, сочетающих качественную (глубинное интервью, n=50) и количественную (анкетирование, n=300) методологию для изучения социального запроса людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (различного характера и нозологии) к доступности городской среды и связи с уровнем их социального благополучия.

Методологической особенностью проекта «Интеграция паллиативной помощи в национальную политику РФ» (2019) стало комплексирование системы опросных, экспертных и социально-антропологических методов. Исследовательские ориентиры проекта были определены разработанной теоретической рамкой, на основе синтеза идей о паллиативной помощи как общественно-политической системе повышения уровня социального благополучия пациентов и их семей.

Для решения поставленных задач было проведено исследование методом экспертного опроса среди специалистов, вовлеченных в систему паллиативной помощи. На основании научных методов эмпирической социологии был разработан и применен инструментарий для изучения социального запроса на общественно-политический институт паллиативной помощи. Здесь применялась лишь качественная методология, что обусловлено чувствительностью изучаемой проблематики. Осуществлялись нарративные интервью как с членами семьи паллиативных больных, так и с самими пациентами (n=20). Кроме

того, проводился экспертный опрос медицинского персонала, социальных работников и волонтеров хосписов (n=56).

Особая ценность результатов проекта обусловлена эмпирическими данными, полученными от труднодоступной для социологического исследования социальной страты, в силу глубокой болезненности и чувствительности паллиативной проблемы. Выборка состояла из двух групп респондентов: (1) студенты с инвалидностью старших курсов, обучающиеся в инклюзивном университете города Москвы; (2) слушатели программы дополнительного образования по организации долговременного ухода как высокомотивированные люди, осознанно избравшие путь оказания помощи неизлечимо больным. Для обработки первичных данных использовались методы статистического, сравнительного, исторического, нарративного анализа, типологии, классификации, комментирования первичных текстов.

Результаты исследования

Опыт исследовательской работы в рамках обозначенных проектов позволил маркировать проблематику инвалидности и инвалидизации, финальной терминальной стадии жизни человека как гендерно окрашенную. В результате исследования сделан вывод, что развитие гендерного подхода будет способствовать повышению уровня социального благополучия респондентов, которые являются труднодоступной категорией для социологического исследования.

Проблематика инвалидности

Переходя к гендерному анализу инвалидности обозначим, что мы исходим из того, «что проблематика женской инвалидности — это пограничная зона, параллельное гражданство, которое реализуясь в условиях современного общества, приобретает особые черты уникальности. Заявленная проблематика исследования позволила нам осветить коллективную историю неравенства по признаку инвалидности в условиях мегаполиса, устраняя дискурс «по gender» в отношении людей с инвалидностью» [13]. Повседневный опыт женщин с инвалидностью позволяет иначе интерпретировать как проблематику инвалидности, так и вопросы повышения доступности городской среды.

Интерпретация нарративов женщин с инвалидностью позволила понять, что проблемы и фрустрации таких женщин укоренены в поле социокультурных стереотипов моделей гендерного порядка общества, а культурные коды и сохранившиеся установки о женской не столько социальной субъектности, сколько объектности, делают молодых женщин с инвалидностью максимально уязвимыми. Помощь окружающих людей встроена в работающие матрицы представлений о феминности и маскулинности.

Женщины с инвалидностью чаще сталкиваются с грубыми нарушениями личного пространства, навязчивым поведением посторонних людей, агрессией, стигматизацией и дискриминацией как в семье, так и за ее пределами [15—16; 19; 21]. Из ответов ре-

спондентов следует, что женщины на инвалидных креслах, передвигающиеся по населенному пункту на собственном автомобиле, часто не чувствуют себя в безопасности на парковках. Если женщина водит машину, то для неё вероятность возникновения некомфортных ситуаций на парковке увеличивается, поскольку она может совершать движения, которые стороннему наблюдателю непонятны и вызывают осуждение.

Результаты авторского исследования подтверждаются данными, полученными другими учеными по данной проблематике. В частности, A. Dupont, M. Laberge, S. Letscher и соавторы [22], на основе 41 полуструктурированного интервью среди работающих людей с глухотой/тугоухостью (ДНН), слепотой/слабым зрением, нарушениями опорно-двигательного аппарата, хронической болью из трех административных регионов Квебека (Канада): была установлена прямая корреляция между гендером участников и факторами, способствующими/препятствующими их интеграции в трудовую деятельность: женщины-инвалиды в большей степени, чем мужчины подвергались дискриминации на рабочем месте.

Доступ женщин-инвалидов к услугам здравоохранения также гендерно окрашен. Исследование кейнских ученых, проведенное методом интервью женщин с ограниченными возможностями из мало-ресурсных слоев населения, выявило ряд существенных трудностей в получении медицинской помощи: (1) более частые отказы от бесплатных медицинских услуг обусловлены выполнением социальной роли единственного кормильца в семье; (2) отсутствие сопровождающего и увеличение транспортных расходов заставляло женщин отказываться от родовых услуг, консультаций и квалифицированного родовспоможения в медицинских учреждениях, несмотря на существование бесплатной программы охраны материнства; (3) негативное отношение медицинского персонала, неприспособленности планировки и оборудования медицинских учреждений под нужды инвалидов провоцировали дистанцирование и нежелание пользоваться услугами государственной системы здравоохранения [20].

Таким образом, женщины с инвалидностью либо, часто не воспринимаются обществом и его социальными институтами как гендерная группа с ее специфическими физиологическими, психологическими и социальными потребностями, либо испытывают на себе эффекты особой, экзотической феминности, что сопряжено с опасностями и специфическими рисками.

Проблематика паллиативной помощи

Согласно данным ВОЗ, каждый год в паллиативной медицинской помощи нуждается 40 млн человек во всем мире, 78% из которых проживает в развивающихся странах¹, что свидетельствует об акту-

¹ Всемирная организация здравоохранения. Официальный сайт. Паллиативная медицинская помощь. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Дата обращения 26.02.2023).

альности исследования проблематики и необходимости выработки своевременных нормативно-правовых и управленческих решений для ее урегулирования, создания механизмов и технологий, повышающих уровень благополучия и качество жизни пациентов и членов их семей.

В ходе проекта были выявлены особенности оказания паллиативной помощи в России на основе изучения двух групп экспертов: в первую вошли дипломированные медицинские работники (врачи, медицинские сестры, иные специалисты системы долговременного или паллиативного ухода и неспециалисты), во вторую — неспециалисты (работники, волонтеры благотворительных фондов, члены семьи терминального больного, сами паллиативные пациенты).

Наше исследование подтвердило существующий спектр нерешенных проблем в этой области: (1) жесткость и безапелляционность нормативных документов о назначении и дозе наркотических анальгетиков; (2) стоимость препаратов и доступность эффективных импортных медикаментов; (3) бюрократизация паллиативной помощи, непонимание ее целей; (4) социокультурные стереотипы о паллиативной помощи как ускорении ухода из жизни; существование мифа, что профессиональная паллиативная помощь может оказываться только в больнице или хосписе и нельзя позволить человеку умереть дома (он должен находиться в лечебном учреждении и бороться с болезнью до последнего); (5) замалчивание тематики смерти и умирания, так как семья должна ограждать детей от умирающих членов семьи; (6) укорененность ложных установок биоэтического и когнитивного порядка; (7) отсутствие в российском обществе дискурса «качества смерти» и готовности принять, исследовать и осуществлять соответствующее вмешательство в проблематику повседневности терминального больного и его семьи.

Со стороны людей, принявших участие в исследовании, нами были выявлены следующие запросы: на формирование комплексной системы паллиативной помощи и потребность в междисциплинарном подходе; на подготовку квалифицированных специалистов разного профиля для помощи терминальным пациентам и членам их семей; на повышение качества жизни неизлечимо больного человека; на индивидуальный, внимательный и учитывающий человеческие различия подход при оказании паллиативной помощи; на демедицинизированное развитие системы паллиативной помощи (домашний и смешанный уход); соблюдение этических норм и прав человека (большинство студентов медиков считают, что удовлетворение психосоциальных потребностей умирающих пациентов не является их компетенцией).

Гендерно окрашенный характер оказания паллиативной помощи требует особого учета, т. к. в ходе интервью было установлено, что паллиативные пациенты мужского пола имеют специфические поведенческие и социально-психологические особенности восприятия своего статуса больного, что абсо-

лютно не учитывается в медико-социальном профессиональном поле.

«Есть еще большая разница между мужскими и женскими отделениями. К женщинам больше приходят. Покормят и переоденут, а в мужском отделении сложнее потому, что они почти не общаются между собой. Если человек начинает делиться, то над ним даже начинают подсмеиваться. Они даже не подумают о том, чтобы поделиться друг с другом. В мужском отделении пациенты будто не видят друг друга. Там большая работа должна быть психологическая, волонтерская» (медицинская сестра отделения паллиативной помощи).

Кроме того, на периферии научного дискурса остается вопрос о гендерных, культурных, религиозных и этнических предпочтениях и убеждениях, связанных со смертью и умиранием, что необходимо принимать в расчет при организации и осуществлении практик социальной работы для достижения социального благополучия данной социальной группы. В частности, этно-религиозный статус может влиять на следующие позиции: на восприятие и наделение особым значением боли и страданий; на отношение к информированию о болезни и осведомленности; на убеждения о причинах и значении болезни; на способы выражения горя от потери и безысходности; на выбор доктора, целителя, режима лечения; на отношение к умиранию и смерти (например, в некоторых культурах считается, что смерть должна наступить в доме, где проживает умирающий или члены его/ее семьи); на убеждения о загробной жизни; на ритуалы, включая приготовления для погребения (обычаи, траурные обряды и пр.).

Выводы

Гендерный аспект пронизывает индивидуальный повседневный опыт каждого человека во всех сферах жизнедеятельности, однако, часто он остается невидимым для специалистов и исследователей. При этом учет гендерных и социокультурных различий способен привести к повышению уровня социального благополучия специфических категорий респондентов, являющихся труднодоступными для социологического исследования, индивидуализации оказания им социальной помощи. Дифференцированный гендерный подход будет способствовать развитию социальной политики и практик решения острых социальных проблем.

Анализируя наиболее гендерно чувствительные социальные проблемы (инвалидность, паллиативная помощь), мы, изначально не ставя такой задачи, вышли на ситуации, характеризующиеся полным игнорированием важнейших индикаторов человеческой реальности (гендер, вера, этнокультурная принадлежность). В этой связи обнаруживается запрос и критика в адрес отечественного института социальной работы, который по логике своего экзистенциального предназначения должен видеть человеческую, а не формально-бюрократическую суть решения каждой социально значимой проблемы.

Отечественный институт социальной работы чрезвычайно неразвит в плане оказания помощи лицам с инвалидностью и реализации паллиативной помощи, повышении уровня социального благополучия терминальных больных и членов их семей, что не в последнюю очередь связано с подготовкой специалистов, имеющих базовое профессиональное образование в соответствующей области. Наиболее эффективным в этом смысле сегодня является Свято-Филаретовский институт в Москве, где на отделении социальной работы ведется переподготовка по программе «Социальная работа в системе длительного ухода». Эффективность профессиональной подготовки специалистов во многом обусловлена осознанной мотивацией слушателей, которые решили посвятить себя работе в хосписах, специализированных общественных организациях, социальному служению и добровольчеству. Поэтому, на наш взгляд, важным является не только целенаправленная подготовка социальных работников (на базе среднего профессионального или высшего образования), смежных профильных специалистов, но и формирование окружающей социальной среды, способствующей повышению уровня социального благополучия лиц с инвалидностью, паллиативных пациентов и членов их семей.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ермакова А. Е., Киндрас М. Н., Лишук Н. Г. Анализ гендерно-возрастных и медицинских аспектов первичной инвалидности. *Интегративные тенденции в медицине и образовании*. 2022;(3):11—14.
2. Смычек В. В. Медицинская реабилитация: история становления, современное состояние, перспективы развития. *Физическая и реабилитационная медицина*. 2020;2(2):7—17. doi: 10.26211/2658-4522-2020-2-2-7-17.
3. Наберушкина Э. К., Бессчетнова О. В. Инклюзивный потенциал молодых инвалидов в сфере медико-социальной помощи и реабилитации. *Общество: социология, психология, педагогика*. 2022;100(8):24—30.
4. Ярская-Смирнова, В. Н. Противоречия городского социального времени: дискурсы инклюзии и деинституционализации (по-становка проблемы). *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология*. 2018;18(3):242—249.
5. Скок Н. И., Аквазба Е. О., Ухабина Т. Е. Методологические основы исследования феномена инвалидности. Тюмень: Тюменский индустриальный университет; 2020.
6. Ерофеева Н. Ю., Ерофеева М. А., Храмцова Ф. И., Сенько А. Н., Смотрова И. В., Белоус Е. Н., Зеленкова И. В., Клейберг Ю. А. Гендер и образование: теория и практика. Колומна: ГОУ ВО Московской области «Государственный социально-гуманитарный университет»; 2018.
7. Шадчин И. В. Формирование условий доступности профессионального образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. *Инновационное развитие профессионального образования*. 2022;3(35):157—183.
8. Фахрадова Л. Н. Содействие трудоустройству инвалидов как одна из характеристик общества равных возможностей. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление*. 2016;(2):105—111.
9. Осипова Е. С. Правовые гарантии реализации конституционного права инвалидов на образование в Российской Федерации. *Закон. Право. Государство*. 2021;32(4):151—153.
10. Придворова М. Н., Пчелинцев А. В. Правовой статус недееспособных граждан в Российской Федерации. *Право и государство: теория и практика*. 2022;216(12):226—229. doi: 10.47643/1815—1337_2022_12_226.
11. Черкашина Н. В., Огнев А. В. История развития законодательного регулирования интеграции инвалидов в трудовых отно-

- шениях. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2021;107(5—3):109—114.
12. Егоров Е. В. Формирование безбарьерной городской среды и проблемы трудовой интеграции инвалидов в России. *Уровень жизни населения регионов России*. 2022;18(4):535—544 doi: 10.19181/lsprr.2022.18.4.9.
 13. Наберушкина Э. К. Инвалидность в фокусе урбанфеминизма. *Женщина в российском обществе*. 2020;(3):142—155.
 14. Воеводина Е. В. Гендерная идентичность женщин с инвалидностью. *Социально-гуманитарные знания*. 2016;(1):259—266.
 15. Доминелли Л. Гендерно нейтрально? Женский опыт инвалидности. *Журнал исследований социальной политики*. 2004;2(1):29—52.
 16. Ярская-Смирнова Е. Р., Наберушкина Э. К. Женщины и инвалидность: испытания на прочность. *Социс*. 2009;(5):70—76.
 17. Didana A. C. Determinants of Rural Women Economic Empowerment in Agricultural Activities: The Case of Damot Gale Woreda of Wolaita Zone, SNNPRS of Ethiopia. *Journal of Economics and Sustainable Development*. 2019;10(3):30—49. doi: 10.7176/jesd.
 18. Kinati W., Temple E., Baker D. et al. Pathways to Empowerment: Case Studies of Positive Deviances in Gender Relations in Ethiopia. *GenD*. 2023;(40):86—118. doi: 10.1007/s12147-022-09305-x.
 19. Boudet A. M. M., Petesch P., Turk C., & Thumala A. On Norms and Agency: Conversations about Gender Equality with Women and Men in 20 Countries. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data: The World Bank. 2013.
 20. Kabia E., Mbau R., Muraya K. W. et al. How do gender and disability influence the ability of the poor to benefit from pro-poor health financing policies in Kenya? An intersectional analysis. *Int J Equity Health*. 2018;(17):149. doi: 10.1186/s12939-018-0853-6.
 21. Devkota H. R., Kett M., Groce N. Societal attitude and behaviours towards women with disabilities in rural Nepal: pregnancy, childbirth and motherhood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):20. doi: 10.1186/s12884-019-2171-4.
 22. Dupont A., Laberge M., Letscher S., Boucher N., Messaoui R., Jutras S. Influence of gender on people with disabilities' work relationships: prospects for ergonomics interventions. *Ergonomics*. 2022;65(11):1554—1566. doi: 10.1080/00140139.2022.2045363.

REFERENCES

1. Ermakova A. E., Kindras M. N., Lishchuk N. G. Analysis of gender, age and medical aspects of primary disability. *Integrative trends in medicine and education. [Integrativnyye tendentsii v meditsine i obrazovanii]*. 2022;(3):11—14 (in Russian).
2. Smychek V. V. Medical rehabilitation: history of formation, current state, development prospects. *Physical and rehabilitation medicine. [Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina]*. 2020;2(2):7—17 (in Russian). doi: 10.26211/2658-4522-2020-2-2-7-17.
3. Naberushkina E. K., Besschetnova O. V. Inclusive potential of young people with disabilities in the field of medical and social assistance and rehabilitation. *Society: sociology, psychology, pedagogy. [Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika]*. 2022;100(8):24—30 (in Russian).
4. Yarskaya-Smirnova, V. N. Contradictions of urban social time: discourses of inclusion and deinstitutionalization (statement of the problem). *News of the Saratov University. New episode. Series: Sociology. Political science. [Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Sotsiologiya. Politologiya]*. 2018;18(3):242—249 (in Russian).
5. Skok N. I., Akvazba E. O., Ukhagina T. E. Methodological foundations of the study of the phenomenon of disability. *[Metodologicheskiye osnovy issledovaniya fenomena invalidnosti]*. Tyumen: Tyumen Industrial University; 2020. (in Russian).
6. Erofeeva N. Yu., Erofeeva M. A., Khramtsova F. I., et al. Gender and education: theory and practice *[Gender i obrazovaniye: teoriya i praktika]*. Kolomna: State Educational Institution of Higher Education of the Moscow Region «State Social and Humanitarian University»; 2018 (in Russian).
7. Shadchin I. V. Formation of conditions for the accessibility of vocational education for the disabled and persons with disabilities. *Innovative development of vocational education. [Innovatsionnoye razvitiye professional'nogo obrazovaniya]*. 2022;3(35):157—183 (in Russian).
8. Fakhradova L. N. Promoting the employment of disabled people as one of the characteristics of a society of equal opportunities. *Bulletin of the Voronezh State University. Series: Economics and Management. [Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika i upravleniye]*. 2016;(2):105—111 (in Russian).

9. Osipova E. S. Legal guarantees for the realization of the constitutional right of disabled people to education in the Russian Federation. *Law. Right. State. [Zakon. Pravo. Gosudarstvo]*. 2021;32(4):151—153 (in Russian).
10. Pridvorova M. N., Pchelintsev A. V. Legal status of disabled citizens in the Russian Federation. *Law and state: theory and practice. [Pravo i gosudarstvo: teoriya i praktika]*. 2022;216(12):226—229 (in Russian). doi: 10.47643/1815—1337_2022_12_226.
11. Cherkashina N. V., Ognev A. V. The history of the development of legislative regulation of the integration of persons with disabilities in labor relations. *International Research Journal. [Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal]*. 2021;107(5—3):109—114 (in Russian).
12. Egorov E. V. Formation of barrier-free urban environment and problems of labor integration of disabled people in Russia. *The standard of living of the population of the regions of Russia. [Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii]*. 2022;18(4):535—544 (in Russian). doi: 10.19181/lsprr.2022.18.4.9.
13. Naberushkina E. K. Disability in the focus of urban feminism. *Woman in Russian society. [Zhenshchina v rossiyskom obshchestve]*. 2020;(3):142—155 (in Russian).
14. Voevodina E. V. Gender identity of women with disabilities. *Social and humanitarian knowledge. [Sotsial'no-gumanitarnyye znaniya]*. 2016;(1):259—266 (in Russian).
15. Dominelli L. Gender Neutral? Women's experience of disability. *Journal of Social Policy Research. [Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki]*. 2004;2(1):29—52 (in Russian).
16. Yarskaya-Smirnova E. R., Naberushkina E. K. Women and disability: strength tests. *Sociological research. [Sotsiologicheskiye issledovaniya]*. 2009;(5):70—76 (in Russian).
17. Didana A. C. Determinants of Rural Women Economic Empowerment in Agricultural Activities: The Case of Damot Gale Woreda of Wolaita Zone, SNNPRS of Ethiopia. *Journal of Economics and Sustainable Development*. 2019;10(3):30—49. doi: 10.7176/jesd.
18. Kinati W., Temple E., Baker D. et al. Pathways to Empowerment: Case Studies of Positive Deviances in Gender Relations in Ethiopia. *GenD*. 2023;(40):86—118. doi: 10.1007/s12147-022-09305-x.
19. Boudet A. M. M., Petesch P., Turk C., & Thumala A. On Norms and Agency: Conversations about Gender Equality with Women and Men in 20 Countries. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data: The World Bank. 2013.
20. Kabia E., Mbau R., Muraya K. W. et al. How do gender and disability influence the ability of the poor to benefit from pro-poor health financing policies in Kenya? An intersectional analysis. *Int J Equity Health*. 2018;(17):149. doi: 10.1186/s12939-018-0853-6.
21. Devkota H. R., Kett M., Groce N. Societal attitude and behaviours towards women with disabilities in rural Nepal: pregnancy, childbirth and motherhood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):20. doi: 10.1186/s12884-019-2171-4.
22. Dupont A., Laberge M., Letscher S., Boucher N., Messaoui R., Jutras S. Influence of gender on people with disabilities' work relationships: prospects for ergonomics interventions. *Ergonomics*. 2022;65(11):1554—1566. doi: 10.1080/00140139.2022.2045363.

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 13.06.2023; одобрена после рецензирования 12.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 13.06.2023; approved after reviewing 12.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 616—053.9

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.019

Организационные решения анализа старческой коморбидности

Михаил Александрович Якушин¹, Михаил Дмитриевич Васильев²
Эльза Альбертовна Бакирова³, Анна Владимировна Воробьева⁴,
Ольга Валентиновна Карпова⁵, Екатерина Николаевна Кабаева⁶,
Анастасия Анатольевна Заповитрянная⁷, Надежда Игоревна Рубцова⁸,
Татьяна Игоревна Якушина⁹

^{1–8}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;
¹Московский государственный областной университет, Москва, Российская Федерация
⁹ГБОУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», г. Москва, Российская Федерация

¹yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/00000003119816442>

²m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

³bealuk80@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8221-9110>

⁴vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343>

⁵dr/ovkarpova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9466-219X>

⁶katkab@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7941-2010>

⁷<https://orcid.org/my-orkid?orkid=0000-0001-6718-704X>

⁸m-sk-nadezda@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1472-7580>

⁹yakutanya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2245-039X>

Аннотация. Проведен анализ закономерностей формирования старческой коморбидности. Выделена платформа ключевой коморбидной патологии, являющаяся основой формирования профиля morbidity пациентов старших возрастных групп. Систематизированы причинно-следственные связи между отдельными формами ключевой коморбидной патологии; структурирована афферентная, эфферентная и стыковочная патология. Предложены организационные решения оптимизации порядка профилактического осмотра и диспансерного наблюдения населения различных возрастных групп.

Ключевые слова: коморбидность, коморбидная патология, профиль morbidity, гериатрическая болезнь, гериатрическая патология, гериатрия.

Для цитирования: Якушин М. А., Васильев М. Д., Бакирова Э. А., Воробьева А. В., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Заповитрянная А. А., Рубцова Н. И., Якушина Т. И. Организационные решения анализа старческой коморбидности // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 114—122. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.019.

Original article

Organizational decisions of the analysis of senile comorbidity

Mikhail A. Yakushin¹, Mikhail D. Vasilev², Elsa A. Bakirova³, Anna V. Vorobeva⁴, Olga V. Karpova⁵,
Ekaterina N. Kabaeva⁶, Anastasia A. Zapovitryannaya⁷, Nadezda I. Rubtsova⁸, Tatiana I. Yakushina⁹

^{1–8}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

¹Moscow State Regional University, Moscow, Russian Federation;

⁹M. F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russian Federation

¹yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/00000003119816442>

²m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

³bealuk80@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8221-9110>

⁴vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343>

⁵dr/ovkarpova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9466-219X>

⁶katkab@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7941-2010>

⁷<https://orcid.org/my-orkid?orkid=0000-0001-6718-704X>

⁸m-sk-nadezda@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1472-7580>

⁹yakutanya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2245-039X>

Annotation. Analysis of patterns of senile comorbidity formation was carried out. A key comorbid pathology platform was identified, which is the basis for the formation of the morbidity profile of patients of older age groups. Causal relationships between individual

forms of key comorbid pathology have been systematized; afferent, efferent and docking pathology is structured. Organizational solutions are proposed to optimize the procedure for preventive inspection and dispensary observation of the population of various age groups.

Key words: *comorbidity, comorbid pathology, morbidity profile, geriatric disease, geriatric pathology, geriatrics.*

For citation: Yakushin M. A., Vasiliev M. D., Bakirova E. A., Vorobyova A. V., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Zapovityannaya A. A., Rubtsova N. I., Yakushina T. I. Organizational decisions of the analysis of senile comorbidity. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):114–122. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.019.

Каждая новая болезнь вносит свой вклад в разрушение организма: чем больше органов и систем поражено, тем больше ограничений испытывает человек, тем ниже потенциал жизнеспособности его организма. Подсчитано, что при наличии трех-четырех заболеваний риск смертельного исхода составляет 25%, при пяти — он возрастает до 80% [1].

Еще Гиппократ обращал внимание, что одна болезнь может порождать другую, приводя в пример влияние ожирения на развитие бесплодия и ранней смерти [2]. Данная концепция полностью согласуется с канонами восточной медицины, согласно которым любое заболевание вносит дисбаланс в работу всего организма, создавая предпосылки для формирования сопряженной патологии [3].

Западная медицина первоначально придерживалась органочетической концепции, связывая возникновение хронической болезни с патологией того или иного органа. Однако со временем накопилось множество подтверждений синтропической связи между отдельными болезнями [4]. С. П. Боткин описал «холецисто-кардиальный синдром», Н. К. Боголепов — «церебро-кардиальный синдром» [5]. Обнаружение единых патогенетических механизмов формирования, казалось бы, не связанных между собой заболеваний легло в основу учения о коморбидности. Коморбидная патология наблюдается у 69% граждан молодого возраста и безоговорочно доминирует (98%) в старших возрастных группах [6].

Синтропическое поражение дыхательных путей (плеврит, интерстициальные заболевания легких, легочная эозинофилия) может явиться следствием воспалительных заболеваний кишечника за счет патологической афферентации рецепторных полей блуждающего нерва [7, 8].

Обоюдное влияние почек и сердечно-сосудистой системы на гемодинамику определяет развитие сочетанных кардио-ренальных расстройств [9, 10].

Подробно изучено участие артериальной гипертензии (АГ) в возникновении инфаркта миокарда, стенокардии, застойной сердечной недостаточности, инсульта, диабетической нефропатии, почечной недостаточности, расслаивающей аневризмы аорты, ретинопатии, отека соска зрительного нерва.

Общие патогенетические механизмы объединяют сахарный диабет второго типа (СДII) и хронический панкреатит (ХП), чему имеется множество доказательств [11].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) способствует развитию рака легких [12], остеопороза (ОП) [13], атеросклероза [14] и хронической болезни почек (ХБП) [15]. Обнаружена пато-

генетическая связь ХОБЛ с СДII и ишемической болезнью сердца (ИБС) [16–20].

Функциональная активность любого органа и ткани может нарушиться на фоне расстройств высшей нервной деятельности; важность данного патогенетического механизма легла в основу выделения психосоматики в обособленный раздел медицины [21]. Соматическим осложнением шизофрении является бронхиальная астма, ХОБЛ, СД II [22]. Универсальной причиной соматической патологии является депрессия [23–26].

Подробно описано обоюдное влияние друг на друга эпилепсии и различных форм патологии сердца, кишечника, легких [27].

Альтернативным механизмом развития соматической патологии является поражение высших вегетативных центров; например, эндокринные и диспептические нарушения, как следствие дизэнцефальных расстройств [28, 29].

Состояние глаз отражается на работе сердечно-сосудистой и эндокринной систем; каждый второй пациент с катарактой страдает АГ и ИБС, каждый третий — эндокринными расстройствами [30, 31].

Дерматологические болезни, например, псориаз, могут осложняться системными расстройствами (псориаз артрит); в диагностике соматической патологии традиционно учитываются многочисленные кожные маркеры [32].

Выделяют несколько механизмов формирования коморбидности. Причинная коморбидность развивается под влиянием единых патогенетических факторов. Например, окклюзирующе-стенозирующие поражения крупных сосудов вызывают ишемию в соответствующих бассейнах кровоснабжения и однотипные дистемические расстройства. По такому же принципу диссеминированного распространения развивается генерализованная инфекция, интоксикация, переохлаждение и перегревание. Осложнённая коморбидность является следствием механической экспансии патологического процесса на соседние ткани. Так развивается метастатическое поражение и очаговая инфекция. В основе причинно-следственной трансформации лежит сопряженное нарушение функции органов и тканей, объединенных единой функцией, например, дисфункция желчевыводящих путей при панкреатите или развитие бронхиальной астмы у пациентов с ХОБЛ [33].

Ятрогенная коморбидность связана с осложнением или побочным влиянием лечебных факторов на организм. Данная причина занимает пятое место в общей структуре смертности после сердечно-сосудистых, онкологических, бронхолегочных заболеваний и травм [34].

Между отдельными заболеваниями могут формироваться не только стимулирующие, но и антагонистические связи, при которых одна болезнь препятствует развитию другой. Классическим примером подобного взаимодействия является восстановление артериального давления после перенесенного инфаркта миокарда. Механизм «дистропии», когда одна болезнь вытесняет другую, иногда применяется с лечебной целью. В доантибиотиковую эру широко практиковалось намеренное заражение пациентов малярией в комплексном лечении прогрессивного паралича; саногенетическое влияние достигалось за счет бактерицидного действия малярийной лихорадки на бледную трепонему [35]. Аналогичным образом эксплуатируется глистная инвазия в лечении воспалительных заболеваний кишечника [36, 37].

Некоторые хронические болезни формируются параллельно друг другу, в единой «связке» — кластере [38]. Наиболее ярким примером кластерной комбинации является метаболический синдром, который проявляется стереотипной комбинацией: АГ, СДII и атеросклероз крупных сосудов. К кластерным синдромам относятся различного рода клинические «триады» и «пентады», например, триада Сента (желчекаменная болезнь, диафрагмальная грыжа, дивертикулез кишечника) или пентада Рейнольдса (боль в животе, лихорадка, желтуха, шок и угнетение функции центральной нервной системы при остром гнойном холангите) [39].

Учение о синтропии существует со времен Гиппократов, однако классификация коморбидной и кластерной патологии до настоящего времени не разработана. До сих пор не систематизированы критерии, по которым болезнь может быть оценена с точки зрения коморбидности. Как, например, отличить самостоятельно протекающую АГ от АГ в структуре метаболического синдрома? Сплошь и рядом кластерные болезни лечатся разобщенно, без учета единства патогенетических механизмов. Например, в лечении пациента с МС, как правило, участвуют сразу несколько специалистов: артериальное давление корригирует терапевт, гипергликемией занимается эндокринолог, стенокардией — кардиолог, хронической ишемией мозга — невролог, подагрой — ревматолог. Из-за отсутствия единой стратегии действий специалисты нередко дают взаимоисключающие рекомендации или, наоборот, назначают однотипные лекарства, что повышает риск осложнений [40].

В допущении подобных ошибок меньше всего виноваты врачи, которые действуют в строгом соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами и порядками, однако порядки эти несовершенны; в большинстве случаев они регламентируют ведение пациента с одним единственным заболеванием, без учета сопряженной патологии. Подобный подход порождает полипрагмазию и ятрогению. Холиномиметики, используемые для лечения деменции, назначают вместе с антидепрессантами, оказывающими холиноблокирующее влияние; нестерои-

ды при артрозе назначают пациентам с АГ, ослабляя действие антигипертензивных препаратов [41].

Проект клинических рекомендаций, регламентирующих ведение коморбидного пациента¹, до сих пор не утвержден и содержит инструкции по ведению ограниченного перечня нозологических комбинаций.

Целью нашего исследования явилось изучение причинно-следственных связей между хроническими болезнями и закономерностей формирования коморбидности; уточнение этих механизмов поможет врачу в составлении персонализированной программы обследования и планировании превентивных мероприятий.

Для реализации обозначенных задач мы провели перекрестный анализ распространенности заболеваний, которыми страдают граждане старших возрастных групп. Объектом исследования стали 748 пациентов ГБУЗ МО Московский областной госпиталь для ветеранов войн, в том числе, 260 (34,8%) мужчин и 488 (65,2%) женщин. Средний возраст анализируемой группы составил $80,9 \pm 10$ лет — от 50 до 99 лет. После установления основного диагноза пациенты обследовались на предмет наличия сопутствующей патологии с использованием регламентированных диагностических методов.

Всего у пациентов выявлено 96 форм хронических болезней; в процессе обработки данных для каждой из них выстраивались таблицы сопряженности, отражающие сочетание отдельных нозологий. Для каждой таблицы наблюдаемых частот составлялась таблица ожидаемых частот и проверялась статистическая гипотеза о том, что их распределение имеет достоверные отличия. Если в таблице ожидаемых частот встречались частоты ниже пяти, применялся точный критерий Фишера и (или) критерий Хи-квадрат. При проверке статистических гипотез для наиболее распространенных заболеваний применялась поправка Хольма-Бонферрони на множественные сравнения.

На первом этапе определялось, какими болезнями достоверно чаще страдают пациенты с выявленной болезнью «А», например, с АГ, по сравнению с пациентами, у которых артериальное давление находилось в пределах нормы. С этой целью рассчитывалась разница распространенности отдельных нозологий среди «гипертоников», «нормотоников» и в общей группе, т. е. среди всех обследованных пациентов; учитывались исключительно статистически значимые результаты ($p < 0,01$).

Явная диспропорция болезненности определенными нозологическими формами «гипертоников», по сравнению с «нормотониками» расценивалась нами как аргумент в пользу того, что АГ оказывает влияние на формирование данной болезни. Например, распространенность ИБС у пациентов с АГ оказалась на 6% выше, чем в общей группе ($p < 0,001$), в то время как среди лиц с нормальным АД, наоборот, была на 44,9% ниже ($p < 0,001$) (табл.1).

¹ Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. 2018 г.



Рис. 1. Эфферентные связи АГ

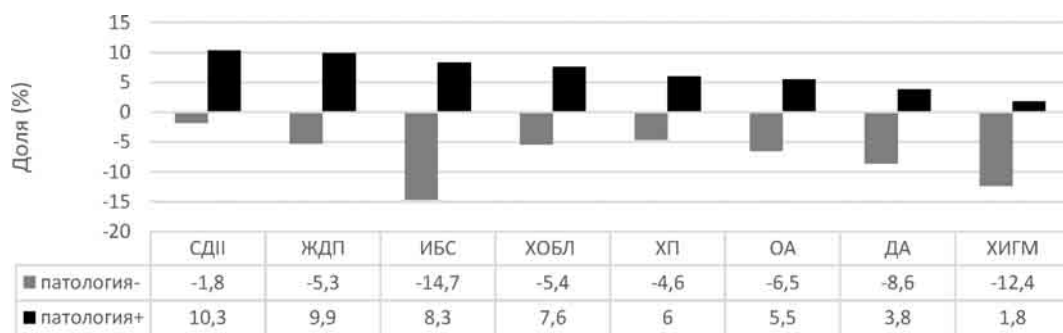


Рис. 2. Афферентные связи АГ

Данная закономерность свидетельствует в пользу того, что между АГ и ИБС имеется стимулирующая (эфферентная) связь, т. е. АГ способствует развитию ИБС. Это утверждение, основанное на эмпирических данных, находит подтверждение в многочисленных альтернативных исследованиях [42].

На рис. 1 отображена совокупность выявленных в ходе исследования эфферентных связей АГ. Отклонение показателей выше изолинии характеризует повышенный уровень болезненности обозначенной патологией у «гипертоников», по сравнению с общей группой; негативные отклонения — снижение болезненности у «нормотоников», по сравнению с общей группой.

Коморбидная связь АГ с патологией сосудов сердца и мозга, ХБП и ХОБЛ полностью согласуется с известными клиническими наблюдениями [43].

Связь АГ с патологией ЖКТ, по всей видимости, носит опосредованный характер и развивается по механизму осложненной коморбидности.

Важным показателем степени патогенетического влияния АГ на сопряженную патологию является

разница распространенности данной патологии у «гипертоников» по сравнению с «нормотониками». Очевидно, что чем больше разброс значений этого соотношения, тем крепче их синтропия. Согласно полученным данным максимальное эфферентное влияние АГ оказывает на ИБС (табл. 1).

На следующем этапе аналитической обработки данных нами определялось, какие болезни способствуют развитию АГ? Для ответа на этот вопрос мы последовательно анализировали болезненность АГ в каждой из 96 групп пациентов, соответствующих выявленным у них болезням, по сравнению с группами, где эти болезни отсутствовали; результаты сравнивались с распространенностью АГ в общей группе.

Изолиния на рис. 2 соответствует уровню болезненности АГ в общей группе (88,2%). Позитивные отклонения отображают повышенную распространенность АГ при СДII, ЖДП, ИБС, ХОБЛ, ХП, ОА, ДА, ХИГМ; негативные — снижение распространенности АГ в группах, где эти болезни отсутствуют. Разница уровня болезненности АГ у пациентов с

Таблица 1

Эфферентные связи АГ

Заболевание	Доля в группе АГ+ (%)	Доля в группе АГ- (%)	Доля в общей группе (%)	Разброс показателей (%)	Значение р
ИБС	70,2	19,3	70,2	50,9	<0,001
Нейро-сенсорная тугоухость (НСТ)	37	1,1	32,8	35,9	<0,001
Катаракта	38,2	3,4	34,1	34,8	<0,001
Жировая дистрофия печени (ЖДП)	38,9	5,7	35	33,2	<0,001
ХОБЛ	45,5	14,8	41,8	30,7	<0,001
Хронический панкреатит (ХП)	46,8	21,6	43,9	25,2	<0,001
Хронический гастродуоденит (ХГД)	42,1	17	39,2	25,1	<0,001
Остеопороз без переломов (ОПБП)	31,8	8	29	23,8	<0,001
Запор	28	4,5	25,3	23,5	<0,001
ХБП	28	9,1	25,8	18,9	<0,001
Аритмии	33,2	15,9	31,1	17,3	0,005
Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ)	89,1	73,9	87,3	15,2	<0,001

Таблица 2

Афферентные связи АГ*

Заболевание	Доля лиц с АГ в группе «патология плюс» (%)	Доля лиц с АГ в группе «патология минус» (%)	Разброс показателей (%)	Значение р
ИБС	96,5	73,5	23	<0,001
ЖДП	98,1	82,9	15,2	<0,001
ХИГМ	90	75,8	14,2	<0,001
ХОБЛ	95,8	82,8	13	<0,001
ХГД	94,9	82,4	12,5	<0,001
Дорсалгия (ДА)	92	79,6	12,4	<0,001
СДП	98,5	86,4	12,1	<0,001
Остеоартрит (ОА)	93,7	81,7	12	<0,001
ХП	94,2	83,6	10,6	<0,001

* Доля АГ среди всех обследованных пациентов — 88,2%

сочетанной патологией в сравнении с группой, где указанная нозология отсутствовала, расценивался нами как свидетельство стимулирующего влияния данной патологии на формирование АГ; для АГ эта связь является афферентной, т. е. формообразующей (табл. 2, рис. 2).

К примеру, распространенность АГ у пациентов с СДП превышала ее распространенность у лиц с нормальным уровнем глюкозы на 12,1% и на 10,3% по сравнению с общей группой. Помимо СДП стимулирующее влияние на развитие АГ зафиксировано у ИБС, ЖДП, ХОБЛ, ХП, ОА, ДА и ХИГМ; следовательно, перечисленные болезни по отношению к АГ являются афферентными.

Наибольшая разница показателей распространенности АГ отмечена в группе пациентов с ИБС, что, свидетельствует в пользу наивысшей зависимости АГ от кардиальной патологии. Значительное влияние на развитие АГ, согласно полученным результатам, оказывают ЖДП, ХИГМ, ХОБЛ (табл.13).

Обобщая полученные результаты, мы пришли к выводу, что болезни, имеющие коморбидные связи с АГ, можно объединить в 3 группы (рис.3):

- Афферентные, т. е. оказывающие синергическое влияние на развитие АГ, способствующие ее формированию и прогрессированию: СДП, ХГД, ОА, ДА;
- Эфферентные, т. е. являющаяся производной от АГ: ХП, аритмии, катаракта, НСТ, ОПБП, ХБП, запор;



Рис. 3. Коморбидные связи АГ

- Стыковочные, т. е. оказывающие двойное влияние, при одних обстоятельствах — афферентное, при других — эфферентное: ХИГМ, ИБС, ЖДП, ХП, ХОБЛ.

Установление коморбидных связей АГ проясняет понимание закономерностей формирования болезни и открывает перспективу активно влиять на этот процесс. Для предотвращения развития АГ в комплекс превентивных мероприятий, помимо рутинных профилактических мер, необходимо включать профилактику сопряженной афферентной патологии: СДП, ХГД, ОА, ДА. Для того, чтобы не допустить осложнений АГ требуется профилактика сопряженных эфферентных заболеваний: ХИГМ, ИБС, ЖДП, ХП, ХОБЛ, ХП, аритмии, катаракты, НСТ, ОПБП, ХБП.

Согласно установленным закономерностям, для диагностики афферентной и стыковочной патологии, сопряженной с АГ, необходимо обследовать пациента, придерживаясь следующего алгоритма:

- Электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоЭГ) — на предмет выявления ИБС;
- Магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга и (при наличии) болезненного отдела позвоночника — на предмет выявления ХИГМ и ДА;
- Рентгенография (РГ) деформированных или болезненных суставов — на предмет выявления ОА;
- РГ легких, а также исследование функции внешнего дыхания — на предмет выявления ХОБЛ;
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и поджелудочной железы — на предмет выявления ЖДП и ХП;
- Определение уровня гликированного гемоглобина — на предмет выявления СДП.

Необходимо также провести диагностические исследования, направленные на выявление эфферентной патологии, ассоциированной с АГ, в том числе:

- Аудиометрию (АМ) — на предмет выявления НСТ;
- Офтальмоскопию (ОС) — на предмет выявления катаракты;
- Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) — на предмет диагностики ХГД;
- УЗИ почек, определение уровня креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) — на предмет выявления ХБП.

Аналогичным образом, путем перекрестного изучения распространенности болезней, нами определялось наличие афферентных и эфферентных коморбидных связей между альтернативными нозологиями, для которых установлены достоверные корреляции. Всего нами выявлена 21 форма коморбидной патологии, в том числе АГ, аденома/ДГП, ДА, дисбактериоз (ДБ), ЖДП, запор, гипотиреоз, ИБС, катаракта, МС, НСТ, ОА, ОП, СДП, СК, ХБП, ХГД, ХИГМ, ХОБЛ, ХП, хр. пиелонефрит; мы объединили их в отдельную платформу и обозначили термином: «Ключевая коморбидная патология» (ККП).

Коморбидные связи отдельных форм ККП

Форма ККП	Афферентные формы	Эфферентные формы	Стыковочные формы
АГ ХИГМ ИБС ОА ДА ХОБЛ ХП ХГД ЖДП ДБ Запор	СДП, ХГД, ОА, ДА	Аритмии, катаракта, НСТ, ОПБП, ХБП, запор ХП, катаракта, НСТ, ОПБП, ХБП, запор ДБ, катаракта, НСТ, ОПБП, ХБП, запор ДБ, катаракта, НСТ, ОПБП, ХБП, запор АГ, ИБС, ЖДП, ХГД, ХП, ХИГМ, ОА, ДА ДБ, катаракта, НСТ, ОПБП, ОПП, запор ДБ, катаракта, НСТ, ОПБП, ОПП, запор, аденома/ДГП ДБ, катаракта, НСТ, ОПБП, ОПП, запор АГ, ИБС, ХИГМ, катаракта, НСТ, ОПБП Катаракта, НСТ, ОПБП	ХИГМ, ИБС, ЖДП, ХП, ХОБЛ АГ, ИБС, ЖДП, ХП, ХГД, ХОБЛ, ДА, ОА АГ, ЖДП, ХП, ХГД, ХОБЛ, ХИГМ, ОА, ДА АГ, ИБС, ЖДП, ХП, ХГД, ХОБЛ, ХИГМ, ДА АГ, ИБС, ЖДП, ХП, ХГД, ХОБЛ, ХИГМ, ОА АГ, ИБС, ЖДП, ХГД, ХП, ХИГМ, ОА, ДА АГ, ИБС, ЖДП, ХГД, ХОБЛ, ХИГМ, ОА, ДА АГ, ИБС, ЖДП, ХП, ХОБЛ, ХИГМ, ОА, ДА АГ, ИБС, ЖДП, ХГД, ХП, ХИГМ, ОА, ДА АГ, ИБС, ЖДП, ХП, ХОБЛ, ХИГМ, ОА, ДА ХГД, ХП, ХОБЛ, ОА, ДА, ЖДП, запор АГ, ИБС, ХИГМ, ХГД, ХП, ХОБЛ, ОА, ДА, ЖДП, ДБ, ОПП ИБС, ХГД, ХП, ЖДП, запор
ОПП Гипотиреоз Хр. пиелонефрит СДП МС	Висцеральное ожирение	АГ, ХИГМ, ХОБЛ, ДА, ОА, катаракта, НСТ, ХОБЛ, ХБП, аденома/ДГП СК, ЖДП, ОПБП Аденомы/ДГП, НСТ, ДА, ИБС, ОА, ХОБЛ, ХП, СК, ОПП, ХБП ОПБП, АГ, ОА, НСТ, МС и ЖДП ХИГМ, СДП	

Гипотиреоз, катаракта, СК, НСТ, хр. пиелонефрит и ХБП относились исключительно к эфферентной патологии. Остальные формы ККП имели обоюдную контекстуальность. В табл.4 представлены выявленные в ходе исследования коморбидные связи отдельных форм ККП.

Поскольку количество болезней у пациентов старших возрастных групп, в среднем, составляет 5—6, суммарный перечень превентивного обследования почти у каждого пациента старшей возрастной группы должен учитывать большинство форм ККП, что, в целом, согласуется с установленными требованиями диспансеризации граждан соответствующего возраста. В соответствии с приказом Минздрава России № 87н² и приказом Минздрава России № 404н³ диспансеризация, проводимая гражданам старше 40 лет ежегодно, направлена на выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний, в том числе, входящих в ККП: АГ, СДП, МС, ЖДП, ХП, аритмию и ХБП.

На втором этапе диспансеризации проводится углубленное обследование, позволяющее исключить (или подтвердить наличие) альтернативной патологии ККП: аденомы/ДГП, ДА, ИБС, НСТ, ОА, СК, СК, синдром раздраженного кишечника (СРК), ХОБЛ, ХГД, ХИГМ, а также катаракты и запора. Таким образом, в РФ всем гражданам старше 40 лет гарантировано ежегодное обследование на предмет выявления комплекса заболеваний, в т.ч. относящихся к ККП. Недостатком обследования пациентов в формате диспансеризации является отсутствие адекватных мер диагностики ИБС (необходимо дополнительно проводить ЭхоКГ), ОП (необхо-

димо дополнительно проводить денситометрию), ХИГМ (необходимо дополнительно проводить МРТ головного мозга), ДА (необходимо дополнительно проводить МРТ позвоночника), ОА (необходимо дополнительно проводить РГ суставов) и полное игнорирование выявления ДБ.

Таким образом, в связи с определяющей ролью в формировании гериатрических болезней и синдромов и, в целом — коморбидности, в перечень мероприятий профилактического медицинского осмотра и диспансеризации граждан старше 65 лет, регламентированный приказом Минздрава России № 404н, целесообразно дополнительно включить ЭхоКГ (для исключения ХСН и ИБС, денситометрию (для исключения ОП), МРТ головного мозга (для исключения ХИГМ), МРТ позвоночника (для уточнения причины ДА), РГ суставов (для исключения ОА), а также микробиологическое исследование кала (для исключения ДБ). По этой же причине необходимо расширить объем диагностических мероприятий, регламентированный клиническими рекомендациями «Старческая астения»⁴, дополнив их колоноскопией с биопсией (при подозрении на СРК) и микробиологическим исследованием кала (при подозрении на ДБ).

Но еще более глубинные преобразования целесообразно произвести в методологии составления персональной программы профилактики. С учетом высокой синтропии хронических заболеваний среди всех возрастных групп, в том числе, среди детей и молодежи, целесообразно планировать профилактический осмотр и профилактические мероприятия с учетом афферентных и эфферентных связей имеющих у пациента заболеваний. Для этого необходимо принять за основу объема профилактического осмотра и диспансерного наблюдения не возрастной фактор, а персональный профиль морбидности пациента. Профилактический осмотр должен быть ориентирован на выявление афферентной, стыко-

² Приказ Минздрава России от 06.03.2015 N 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению».

³ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

⁴ Клинические рекомендации «Старческая астения», 2020

вочной и эфферентной патологии, а профилактические мероприятия — на ее предотвращение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Синцова А. П., Пономарева М. Н., Коновалова О. С. Полиморбидность при некомпенсированной глаукоме с учетом групп крови. *Университетская медицина Урала*. 2016;2(1):81—83.
2. Драпкина О. М., Ким О. Т., Дадаева В. А. История ожирения: от символа плодородия до глобальной проблемы общественного здравоохранения. *Профилактическая медицина*. 2021;24(1):98-103. doi: 10.17116/profmed20212401198
3. Исмиев А. Э., Шаленков Е. А. Восточная и западная медицина: сравнительный анализ. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2015;5(12):1534.
4. Вяткин В. Б. Об использовании термина «синтропия» в научных исследованиях. *Научное обозрение. Реферативный журнал*. 2016;(3):81—84.
5. Алексеев С. А., Бордаков В. Н. Хирургические болезни: учебное пособие в частях. Ч. 2. Минск; 2017. С. 33.
6. Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *J. ann. fam. med.* 2005;3(3):223—228. doi: 10.1370/afm.272
7. Storch I., Sachar D., Katz S. Pulmonary Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *J Inflamm. Bowel. Dis.* 2003;9(2):104—115. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.07.007
8. Tagle M., Barriga J., Pineiro A. Advances in the physiology and management of hepatic encephalopathy. *J. Rev. Gastroenterol. Peru*. 2003;23(4):293—296.
9. Зуева Т. В., Жданова Т. В., Уразлина С. Е. Коморбидность печеночной и кардиальной патологии. *Медицинский вестник Северо-Кавказского*. 2019;4(14):711—717. doi: 10.14300/mnnc.2019.14178
10. Корж А. Н. Кардиоренальный синдром: клиническое значение, критерии диагностики, принципы терапии. *Восточно-европейский журнал внутренней и семейной медицины*. 2016;(6):36—42. doi: 10.15407/internalmed2016.02.036
11. Журавлева Л. В., Шеховцова Ю. А. Коморбидность хронического панкреатита и сахарного диабета типа 2: возможные варианты фармакотерапии. *Практикующий врач*. 2016;5(3):21—25.
12. Houghton A. M. Mechanistic links between COPD and lung cancer. *J. Nat. Rev. Cancer*. 2013;13(4):233—45. doi: 10.1038/nrc3477
13. Inoue D., Watanabe R., Okazaki R. COPD and osteoporosis: links, risks, and treatment challenges. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2016;(11):637—4. doi: 10.2147/COPD.S79638
14. Savransky V., Nanayakkara A., Li J., Bevans S., Smith P. L., Rodriguez A., Polotsky V. Y. Chronic intermittent hypoxia induces atherosclerosis. *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* 2007;175(12):1290—1297. doi: 10.1164/rccm.200612-1771OC
15. Gaddam S., Gunukula S. K., Lohr J. W., Arora P., Gaddam S., Gunukula S. K., Lohr J. W., Arora P. Prevalence of chronic kidney disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *J. BMC Pulm. Med.* 2016;16(1):158. doi: 10.1186/s12890-016-0315-0
16. Murray MIK, Thalmann IN, Mossialos EA, Zeiher AM. Comorbidities of Coronary Heart Disease and the Impact on Healthcare Usage and Productivity Loss in a Nationally Based Study. *J. Epidemiology (Sunnyvale)*. 2018;8(347): 2161—1165. doi: 10.4172/2161—1165.1000347
17. Garcia-Olmos L, Salvador CH, Alberquilla A, et al. Comorbidity Patterns in Patients with Chronic Diseases in General Practice. *J. PLoS ONE*. 2012;7(2):32141. doi: 10.1371/journal.pone.0032141
18. Kendir C, van den Akker M, Vos R, Metsemakers J. Cardiovascular disease patients have increased risk for comorbidity: A cross-sectional study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):45—50. doi: 10.1080/13814788.2017.1398318
19. Myasoedova EI, Schwarz YuG, Polunina OS, Voronina LP. Influence of concomitant chronic obstructive pulmonary disease on left ventricular-arterial interaction in patients with ischemic cardiomyopathy. *J. Russian Journal of Cardiology*. 2019;(2):38—43. doi: 10.15829/1560-4071-2019-2-38-43
20. Цатурова К. Н., Дубакова А. С., Галкина Е. А. Коморбидные заболевания у больных сахарным диабетом 2 типа. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2017;7(5):747.
21. Старостина Е. Г., Володина М. Н., Старостин И. В., Бобров А. Е. Депрессия и сахарный диабет как коморбидные заболевания. *РМЖ*. 2017;25(22):1613—1620.
22. Sokal J., Messias E., Dickerson F. B., Kreyenbuhl J., Brown C. H., Goldberg R. W. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004;192(6):421. doi: 10.1097/01.nmd.0000130135.78017.96
23. Петрова А. И., Толкушкина О. В., Кисляк З. В., Хирвонен М. В. Соматическая коморбидность пациентов психиатрического отделения принудительного лечения. *Омский психиатрический журнал*. 2019;3(21):21—23.
24. Вербенко В. А. Коморбидность расстройств депрессивного спектра хронических соматических заболеваний. *Таврический журнал психиатрии*. 2013;17(63):36—38.
25. Андрищенко А. В., Бескова Д. А. Психические расстройства у пациентов общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения). *Психиатрия*. 2011;2(50):13—23.
26. Robins D. L. How recognizing comorbidities in psychopathology may lead to an involved research nosology. *J. Clinical Psychology: Science and Practice*. 1994;(1):93—95. doi: 10.1111/j.1468—2850.1994.tb00010.x
27. Tellez-Zenteno J. F., Matijevic S., Wiebe S. Somatic comorbidity of epilepsy in the general population in Canada. *J. Epilepsia*. 2005;46(12):1955. doi: 10.1111/j.1528—1167.2005.00344.x
28. Ji R, Shen H, Pan Y, Wang P, Liu G, Wang Y, Li H, Singhal AB, Wang Y. Risk score to predict gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke. *J. BMC Gastroenterol.* 2014;14(1):1—9. doi: 10.1186/1471-230X-14-130
29. Рылский А. В. Коморбидность острого нарушения мозгового кровообращения и заболеваний желудочно-кишечного тракта. *Уральский медицинский журнал*. 2019;15(183):107—110.
30. Каноков В. Н. и др. Параоперационная коррекция соматической и психосоматической патологии в офтальмологической практике. Оренбург; 2011. 102 с.
31. Кульмаметов Р. Р., Пименов А. А., Рахматуллоева Ш. Т., Новикова Н. В. Полиморбидность у пациентов нуждающихся в катарактальной хирургии. *Университетская медицина Урала*. 2017;3(8):35—36.
32. Бакулев А. Л. Псориаз: клинические особенности, факторы риска и ассоциированные коморбидные состояния. *Клиническая фармакология и терапия*. 2019;28(1):35—39.
33. Лазебник Ю. Б. Старение и полиморбидность. *Consilium medicum*. 2005;7(12):993—996.
34. Seeger J. D., Kong S. X., Schumock G. T. Characteristics associated with ability to prevent adverse-drug reactions in hospitalized patients. *J. Pharmacotherapy*. 1998;18(6):1284—1289.
35. Лазебник Л. Б., Конев Ю. В., Ефремов Л. И. Полиморбидность в клинической практике: количественная и качественная оценка. *Клиническая геронтология*. 2012;18(1—2):36—42.
36. Лазебник Л. Б., Конев Ю. В., Ефремов Л. И. Количественная и качественная оценка коморбидности в гериатрической прак-

- тике. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2013;(9):3—8.
37. Журавлев Ю. Н., Тхорикова В. Н. Современные проблемы измерения полиморбидности. *Научные ведомости Белгородского государственного университета: Серия Медицина. Фармация*. 2013;11(154):214—219.
 38. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J. F., Roos S., Knotterus J. A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J. Clin. Epidemiol.* 1998;(51):367—75. doi: 10.1016/s0895-4356(97)00306—5
 39. Абрамов С. С., Горидовец Е. В. Полиморбидность внутренней патологии. *Ученые записки учреждения образования Витебская ордена Знак почета государственная академия ветеринарной медицины*. 2010;46(1):165—167.
 40. Изможерова Н. В., Попов А. А., Курьндина А. А., Гаврилова Е. И., Шамбатов М. А., Бахтин В. М. Полиморбидность и полипрагмазия у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2022;18(1):20—26. doi: 10.20996/1819-6446-2022-02-09
 41. Dumbreck S., Flynn A., Nairn M., Wilson M., Treweek S., Mercer S. W., et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *J. BMJ*. 2015;350:949. doi: 10.1136/bmj.h949
 42. Кауров Б. А., Матюхина Е. Б. Особенности частотного спектра заболеваний и полиморбидности у пожилых людей и долгожителей. *Клиническая геронтология*. 2014;20(1—2):66—71.
 43. Смирнова Е. Н., Смирнова Л. Е., Шехаб Л. Х. Медико-социальное значение и патогенетические механизмы коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии. *Верхневолжский медицинский журнал*. 2016;4(15):26—31.
- REFERENCES
1. Sintsova A. P., Ponomareva M. N., Konovalova O. S. Polymorbidity in uncompensated glaucoma taking into account blood groups. *University Medicine of the Urals. [Universitetskaja medicina Urala.]* 2016;2(1):81—83 (in Russian).
 2. Drapkina O. M., Kim O. T., Dadaeva V. A. The history of obesity: from a symbol of fertility to a global public health problem. *Preventive medicine. [Profilakticheskaja medicina]*. 2021;24(1):98-103 (in Russian). doi: 10.17116/profmed20212401198
 3. Ismiev A. E., Shalencov E. A. Eastern and Western medicine: a comparative analysis. *Bulletin of Medical Internet Conferences. [Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy]*. 2015;5(12):1534 (in Russian).
 4. Vyatkin V. B. On the use of the term «syntropy» in scientific research. *Scientific Review. Abstract journal. [Nauchnoe obozrenie. Referativnyj zhurnal]*. 2016;(3):81—84 (in Russian).
 5. Alekseev S. A., Bordakov V. N. Surgical diseases: a textbook in parts. Part 2. Minsk; 2017. P. 33 (in Russian).
 6. Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *J. ann. fam. med.* 2005;3(3):223—228. doi: 10.1370/afm.272
 7. Storch I., Sachar D., Katz S. Pulmonary Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *J Inflamm. Bowel. Dis.* 2003;9(2):104—115. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.07.007
 8. Tagle M., Barriga J., Pineiro A. Advances in the physiology and management of hepatic encephalopathy. *J. Rev. Gastroenterol. Peru.* 2003;23(4):293—296.
 9. Zueva T. V., Zhdanova T. V., Urazlina S. E. Comorbidity of renal and cardiac pathology. *Medical Bulletin of the North Caucasus. [Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza]*. 2019;4(14):711—717 (in Russian). doi: 10.14300/mnnc.2019.14178
 10. Korzh A. N. Cardiorenal syndrome: clinical significance, diagnostic criteria, principles of therapy. *Eastern European Journal of Internal and Family Medicine. [Vostochnoevropejskij zhurnal vnutrennej i semejnoy mediciny]*. 2016;(6):36—42 (in Russian). doi: 10.15407/intermalmed2016.02.036
 11. Zhuravleva L. V., Shekhovtsova Yu. A. Comorbidity of chronic pancreatitis and type 2 diabetes mellitus: possible pharmacotherapy options. *A practicing doctor. [Praktikujushhij vrach]*. 2016;5(3):21—25 (in Russian).
 12. Houghton A. M. Mechanistic links between COPD and lung cancer. *J. Nat. Rev. Cancer.* 2013;13(4):233—45. doi: 10.1038/nrc3477
 13. Inoue D., Watanabe R., Okazaki R. COPD and osteoporosis: links, risks, and treatment challenges. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2016;(11):637—4. doi: 10.2147/COPD.S79638
 14. Savransky V., Nanayakkara A., Li J., Bevans S., Smith P. L., Rodriguez A., Polotsky V. Y. Chronic intermittent hypoxia induces atherosclerosis. *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* 2007;175(12):1290—1297. doi: 10.1164/rccm.200612-1771OC
 15. Gaddam S., Gunukula S. K., Lohr J. W., Arora P., Gaddam S., Gunukula S. K., Lohr J. W., Arora P. Prevalence of chronic kidney disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *J. BMC Pulm. Med.* 2016;16(1):158. doi: 10.1186/s12890-016-0315-0
 16. Murray MIK, Thalmann IN, Mossialos EA, Zeiher AM. Comorbidities of Coronary Heart Disease and the Impact on Healthcare Usage and Productivity Loss in a Nationally Based Study. *J. Epidemiology (Sunnyvale)*. 2018;8(347): 2161—1165. doi: 10.4172/2161—1165.1000347
 17. Garcia-Olmos L, Salvador CH, Alberquilla A, et al. Comorbidity Patterns in Patients with Chronic Diseases in General Practice. *J. PLoS ONE*. 2012;7(2):32141. doi: 10.1371/journal.pone.0032141
 18. Kendir C, van den Akker M, Vos R, Metsemakers J. Cardiovascular disease patients have increased risk for comorbidity: A cross-sectional study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):45—50. doi: 10.1080/13814788.2017.1398318
 19. Myasoedova EI, Schwarz YuG, Polunina OS, Voronina LP. Influence of concomitant chronic obstructive pulmonary disease on left ventricular-arterial interaction in patients with ischemic cardiomyopathy. *J. Russian Journal of Cardiology.* 2019;(2):38—43. doi: 10.15829/1560-4071-2019-2-38-43
 20. Tsaturova K. N., Dubakova A. S., Galkina E. A. Comorbid diseases in patients with type 2 diabetes mellitus. *Bulletin of medical Internet conferences. [Bjulleten' medicinskih internet-konferencij]*. 2017;7(5):747 (in Russian).
 21. Starostina E. G., Volodina M. N., Starostin I. V., Bobrov A. E. Depression and diabetes mellitus as comorbid diseases. *RMJ. [RMZh]*. 2017;25(22):1613—1620 (in Russian).
 22. Sokal J., Messias E., Dickerson F. B., Kreyenbuhl J., Brown C. H., Goldberg R. W. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004;192(6):421. doi: 10.1097/01.nmd.0000130135.78017.96
 23. Petrova A. I., Tolkushkina O. V., Kislyak Z. V., Hirvonen M. V. Somatic comorbidity of patients of the psychiatric department of compulsory treatment. *Omsk Psychiatric Journal. [Omskij psichiatricheskij zhurnal]*. 2019;3(21):21—23 (in Russian).
 24. Verbenko V. A. Comorbidity of depressive spectrum disorders of chronic somatic diseases. *The Tauride Journal of Psychiatry. [Tavricheskij zhurnal psichiatrii]*. 2013;17(63):36—38 (in Russian).
 25. Andryushchenko A. V., Beskova D. A. Mental disorders in patients of the general somatic network (clinical and epidemiological aspects, psychosomatic relationships). *Психуампня. [Psihiatrija]*. 2011;2(50):13—23 (in Russian).

26. Robins D. L. How recognizing comorbidities in psychopathology may lead to an involved research nosology. *J. Clinical Psychology: Science and Practice*. 1994;(1):93—95. doi: 10.1111/j.1468—2850.1994.tb00010.x
27. Tellez-Zenteno J. F., Matijevec S., Wiebe S. Somatic comorbidity of epilepsy in the general population in Canada. *J. Epilepsia*. 2005;46(12):1955. doi: 10.1111/j.1528—1167.2005.00344.x
28. Ji R, Shen H, Pan Y, Wang P, Liu G, Wang Y, Li H, Singhal AB, Wang Y. Risk score to predict gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke. *J. BMC Gastroenterol*. 2014;14(1):1—9. doi: 10.1186/1471-230X-14-130
29. Rylsky A. V. Comorbidity of acute cerebral circulatory disorders and diseases of the gastrointestinal tract. *Ural Medical Journal. [Ural'skiy meditsinskiy zhurnal]*. 2019;15(183):107—110 (in Russian).
30. Kanyukov V. N. et al. Para-operative correction of somatic and psychosomatic pathology in ophthalmological practice. Orenburg; 2011. P. 102 (in Russian).
31. Kulmametov R. R., Pimenov A. A., Rakhmatullaev Sh. T., Novikova N. V. Polymorbidity in patients in need of cataract surgery. *University Medicine of the Urals. [Universitetskaja medicina Urala]*. 2017;3(8):35—36 (in Russian).
32. Bakulev A. L. Psoriasis: clinical features, risk factors and associated comorbid conditions. *Clinical pharmacology and therapy. [Klinicheskaja farmakologija i terapija]*. 2019;28(1):35—39 (in Russian).
33. Lazebnik Yu. B. Aging and polymorbidity. *Consilium medicum. [Consilium medicum]*. 2005;7(12):993—996 (in Russian).
34. Seeger J. D., Kong S. X., Schumock G. T. Characteristics associated with ability to prevent adverse-drug reactions in hospitalized patients. *J. Pharmacotherapy*. 1998;18(6):1284—1289.
35. Lazebnik L. B., Konev Yu. V., Efremov L. I. Polymorbidity in clinical practice: quantitative and qualitative assessment. *Clinical gerontology. [Klinicheskaja gerontologija]*. 2012;18(1—2):36—42 (in Russian).
36. Lazebnik L. B., Konev Yu. V., Efremov L. I. Quantitative and qualitative assessment of comorbidity in geriatric practice. *Experimental and clinical gastroenterology. [Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija]*. 2013;(9):3—8 (in Russian).
37. Zhuravlev Yu. N., Thorikova V. N. Modern problems of polymorbidity measurement *Scientific Bulletin of Belgorod State University: Medicine series. Pharmacy. [Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta: Serija Medicina. Farmacija]*. 2013;11(154):214—219 (in Russian).
38. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J. F., Roos S., Knotterus J. A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J. Clin. Epidemiol*. 1998;(51):367—75. doi: 10.1016/s0895-4356(97)00306—5
39. Abramov S. S., Goridovets E. V. Polymorbidity of internal pathology. *Scientific notes of the educational institution Vitebsk Order of the Badge of Honor State Academy of Veterinary Medicine. [Uchenye zapiski uchrezhdenija obrazovanija Vitebskaja ordena Znak pocheta gosudarstvennaja akademija veterinarnoj mediciny]*. 2010;46(1):165—167 (in Russian).
40. Izmozherova N. V., Popov A. A., Kuryndina A. A., Gavrilova E. I., Shammatov M. A., Bakhtin V. M. Polymorbidity and polypragmasia in patients with high and very high cardiovascular risk. *Rational pharmacotherapy in cardiology. [Racional'naja farmakoterapija v kardiologii]*. 2022;18(1):20—26 (in Russian). doi: 10.20996/1819-6446-2022-02-09
41. Dumbreck S., Flynn A., Nairn M., Wilson M., Treweek S., Mercer S. W., et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *J. BMJ*. 2015;350:949. doi: 10.1136/bmj.h949
42. Kaurov B. A., Matyukhina E. B. Features of the frequency spectrum of diseases and polymorbidity in the elderly and centenarians. *Clinical gerontology. [Klinicheskaja gerontologija]*. 2014;20(1—2):66—71 (in Russian).
43. Smirnova E. N., Smirnova L. E., Shekhab L. H. Medical and social significance and pathogenetic mechanisms of comorbid course of chronic obstructive pulmonary disease and arterial hypertension. *Verkhnevolzhsky Medical Journal. [Verhnevolzhskij medicinskij zhurnal]*. 2016;4(15):26—31 (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 15.06.2023; одобрена после рецензирования 12.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 15.06.2023; approved after reviewing 12.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.020

Развитие медико-географических исследований в контексте доступности медицинской помощи населению

Полина Игоревна Ананченкова¹, Елена Ивановна Аксенова²

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

²НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Москва

¹ananchenkova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

²eiak@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

Аннотация. Медико-географические исследования являются прикладной сферой медицинской географии, направленной на изучение и оценку пространственного распространения заболеваний и размещения объектов территориальных систем здравоохранения. Как метод исследования медико-социальное картографирование позволяет оценивать пространственную доступность социальной инфраструктуры и снижать социальное неравенство в доступе населения к медицинской помощи. В представленной работе проведен научный обзор работ, отражающих проблему неравенства и доступности медицинской помощи в контексте медико-географических исследований. Сделан вывод о том, что медико-географические исследования, основное внимание которых уделено пространственному размещению медицинских объектов, вносят основной вклад в решение проблемы пространственной доступности медицинской помощи и снижения неравенства.

Ключевые слова: медицинская география, медико-географические исследования, неравенство, доступность, медицинская помощь, пространственное размещение.

Для цитирования: Ананченкова П. И., Аксенова Е. И. Развитие медико-географических исследований в контексте доступности медицинской помощи населению // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 123—126. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.020.

Original article

Development of medico-geographical research in the context of accessibility of medical care to the population

Polina I. Ananchenkova¹, Elena I. Aksenova²

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

²State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088 Moscow, Russian Federation

¹ananchenkova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

²eiak@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

Annotation. Medico-geographical research is an applied field of medical geography aimed at studying and evaluating the spatial spread of diseases and the placement of objects of territorial health systems. As a research method, medical and social mapping makes it possible to assess the spatial accessibility of social infrastructure and reduce social inequality in public access to medical care. In the presented work, a scientific review of works reflecting the problem of inequality and accessibility of medical care in the context of medical and geographical research is carried out. It is concluded that medico-geographical studies, which focus on the spatial placement of medical facilities, make a major contribution to solving the problem of spatial accessibility of medical care and reducing inequality.

Keywords: medical geography, medical-geographical research, inequality, accessibility, medical care, spatial placement.

For citation: Ananchenkova P. I., Aksenova E. I. Development of medico-geographical research in the context of accessibility of medical care to the population. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):123–126. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.020.

Введение

География и здравоохранение имеют долгую концептуальную и методологическую историю. Медицинские географы фокусируют внимание на интеграционных характеристиках общественного здоровья, здравоохранения и географии и объединяют

эти области. Акцент на географии здоровья и болезней носит междисциплинарный характер, поскольку, например, социологи и социальные эпидемиологи изучают людей в контексте экологии и привлекают к таким исследованиям специалистов по географии здоровья. Подобные исследования обеспечивают медицинскую науку и практику организации

здравоохранения доказательствами для понимания того, как место проживания людей напрямую влияет на их здоровье. Это междисциплинарная работа, требующая общих концептуализаций и методологий.

Йонетт Томас, старший научный консультант Американской ассоциации географов (AAG) отмечает: «Когда вы смотрите на страны с низким и средним уровнем дохода в современном мире, такие как Бангладеш и другие страны, где люди переезжают в городские районы или вынуждены мигрировать из-за войн или голода, знания и инструменты географии здравоохранения помогают нам понять и реализовать стратегии борьбы с последствиями этих событий. Таким образом, географы играют важную роль в использовании таких инструментов, как географические информационные системы (ГИС), для нанесения на карту водных ресурсов, контрольных пунктов санитарии, источников продовольствия, мест, где лучше выращивать сельскохозяйственные культуры, в зависимости от того, где находятся группы населения и где люди подвергаются риску» [1].

Географы играют важную роль в сотрудничестве с эпидемиологами, специалистами общественного здравоохранения и исследователями, экспертами в таких секторах, как транспортный сектор, жилищно-коммунальное хозяйство, размещение объектов социальной инфраструктуры (в том числе, медицинских организаций), или с теми, кто занимается вопросами водной и продовольственной безопасности. Географы привносят пространственное понимание в решение проблем общественного здравоохранения. Контекст и окружающая среда имеют фундаментальное значение, особенно в том, как они влияют на здоровье.

Материалы и методы

Работа написана с использованием общенаучных методов и представляет собой научный обзор работ, отражающих проблему неравенства и доступности медицинской помощи в контексте медико-географических исследований. Методологический аппарат медицинской географии рассматривается как основа для изучения пространственного размещения объектов медицинской инфраструктуры для целей развития системы здравоохранения.

Результаты и обсуждение

Динамика здоровья и предоставления медицинской помощи в Российской Федерации, как и во многих других странах мира существенно различаются по регионам. Существует региональная неоднородность по плотности населения, возрастному распределению, распространенности заболеваний, факторам риска окружающей среды, этнической принадлежности, материальному положению и возможности доступа к медицинской помощи. На этом фоне распределение ресурсов здравоохранения, таких как медицинские организации и специализированные центры, также существенно различается по регионам. Важность таких географических разли-

чий в потребностях и ресурсах здравоохранения требует оценки в течение некоторого времени, что обуславливает необходимость лонгитюдных исследований, интегрирующих знания в области организации здравоохранения, географии и пространственного распределения медицинских ресурсов с целью обеспечения равенства в доступе населения к медицинской помощи.

Равная доступность услуг здравоохранения является важной задачей в области оказания медицинской помощи и политики в этой области и вопросом социальной справедливости. Значение исследований доступности здравоохранения заключается не только в лечении, но и в профилактике, и, таким образом, обеспечивает научную поддержку принятия решений о пространственном распределении медицинских ресурсов. Доступность как первичной, так и специализированной медицинской помощи улучшает общее состояние здоровья и уменьшает различия в состоянии здоровья между основными группами населения.

В приложениях для исследований в области здравоохранения доступность может быть разделена на пространственную и непространственную. Пространственная доступность подчеркивает поставщиков услуг (предложение), жителей (спрос) и географическую связь между ними, в то время как непространственная доступность отражает то, как доступность варьируется в зависимости от характеристик жителей, таких как раса, пол, доход, структура семьи, уровень образования, статус домовладения и другие.

Доступность означает «относительную легкость, с которой из определенного места можно добраться до мест проведения мероприятий, таких как работа, покупки и медицинское обслуживание» [2]. Доступность объектов и услуг здравоохранения дифференцирована в зависимости от географического пространства, поскольку на нее влияет местоположение медицинских организаций и работников (предложение) и место проживания людей (спрос), и ни медорганизации, ни население не распределены равномерно. Общим показателем географической доступности является время в пути или расстояние от места нахождения пациента до ближайшего учреждения. Однако время в пути или расстояние в пути не отражают количество учреждений, из которых пациент может выбрать, и насколько доступно каждое учреждение. Элфорд-Тистер и др. утверждали, что общее предположение, использующее время в пути до ближайшего учреждения для оценки географической доступности, может зависеть от обилия медицинских услуг [3]. Генри и др. пришли к выводу, что время в пути до диагностического учреждения не является определяющим фактором поздней стадии рака молочной железы, и другие факторы, такие как вместимость учреждения, принятие страховки и транспортные расходы, могут повлиять на доступ [4]. Когда потенциал поставщиков услуг вызывает меньшую озабоченность, такой подход приемлем. В большинстве случаев меры по обеспече-

нию доступности должны учитывать как предложение, так и спрос из-за дефицита предложения.

Государственные медицинские услуги могут быть разделены на разные уровни в соответствии с применяемой медицинской технологией, медицинским оборудованием, масштабом обслуживания и качеством медицинской помощи, последние два из которых должны быть рассмотрены, но которые долгое время игнорировались при оценке доступности. Несмотря на то, что доказано, что доступность медицинских учреждений отличается на разных уровнях, по-прежнему не хватает исследований по классификации и измерению доступности медицинских учреждений с иерархической точки зрения. Медицинские учреждения разного уровня всегда служат разным целям, и их возможности и спектр услуг также сильно различаются.

Доступность медицинских учреждений в основном относится к удобству, с которым люди, которым необходимо добраться до медицинских учреждений, могут получить доступ к медицинской помощи из данного местоположения с помощью определенного вида транспорта, то есть к стоимости доступа к медицинским услугам. Пространственная доступность обеспечивает сводную оценку двух важных и взаимосвязанных компонентов доступа; во-первых, объема предоставляемых услуг относительно численности населения и, во-вторых, близости предоставляемых услуг относительно местоположения населения.

На доступность медицинских учреждений может влиять состояние транспортных сетей (расстояние или время в пути), социально-экономические характеристики потребителей (такие как расовая принадлежность или платежеспособность) и пр.

На распределение ресурсов здравоохранения влияет сочетание природных и социально-экономических факторов. Социально-экономические факторы, такие как экономика, инвестиции в здравоохранение, образование, государственная политика, урбанизация и демографические характеристики, считаются важными факторами, определяющими распределение ресурсов здравоохранения. Однако именно пространственное распределение объектов медицинской инфраструктуры в первую очередь обуславливает географическую доступность медицинской помощи населению.

Проблема пространственной неравномерности и доступности медицинской помощи является глобальной и характерна для многих национальных систем здравоохранения. Так, например, Федеральное правительство США тратит около 1 миллиарда долларов в год на программы, направленные на облегчение проблем с доступом, включая предоставление финансовой помощи поставщикам услуг и назначение персонала Корпуса национальной службы здравоохранения для обслуживания обозначенных районов нехватки [5].

Существует большая разница в географической доступности качественной медицинской помощи. Неравномерное распределение медицинских учреждений и населения приводит к географическому не-

равенству в доступности, примером чего является наличие многочисленных услуг в одних областях и скудость или отсутствие обслуживания в других. В городских агломерациях, как правило, больше врачей, меньшие расстояния до учреждений и больше вариантов транспортировки по сравнению с пригородными и региональными. Люди, живущие в сельской местности, могут страдать от меньшего количества профилактических услуг и скрининга, отсутствия качественного ухода во время и после лечения и растущей тенденции к закрытию сельских медицинских учреждений. Это приводит к так называемому «географическому неравенству».

Доступность медицинского обслуживания, по мнению Khan, в соответствии с двумя дихотомическими измерениями (потенциальный и выявленный и пространственный и аспектный) может быть классифицирована на четыре категории, такие как:

- потенциальная пространственная доступность,
- потенциальная пространственная недоступность,
- выявленная пространственная доступность,
- выявленная пространственная недоступность [6].

Выявленная доступность отражает реальную востребованность за конкретный промежуток времени на конкретном пространственном участке. В свою очередь потенциальная доступность показывает возможное обращение населения за получением медицинской помощи в размещенном объекте медицинской инфраструктуры, но не гарантирует этого.

Как отмечают в своей работе Luo и Wang, «пространственная доступность подчеркивает важность переменной пространства / расстояния (как барьера или посредника), в то время как пространственная недоступность подчеркивает негеографические барьеры или иные факторы, такие как доход, этническая принадлежность, возраст, пол и т. д.» [7].

Заключение

Подводя итог, отметим, что в настоящей работе основное внимание было уделено рассмотрению потенциальной пространственной доступности населения объектов здравоохранения. Медико-географические исследования, основное внимание которых уделено пространственному размещению медицинских объектов, вносят основной вклад в решение проблемы пространственной доступности медицинской помощи и снижения неравенства.

Использование медико-географических методов при анализе доступности объектов медицинской инфраструктуры для целей организации здравоохранения сопряжено с рядом ограничений:

1) анализ пространственного размещения имеет достаточно общий характер и практически неприменим, когда речь идет о детализации в больших территориальных пределах;

2) при использовании данных методов не учитывается «подвижность» границ, то есть способность населения перемещаться из одного географически очерченного пространства в другой и обратно.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что доступ к объектам инфраструктуры здравоохранения и — как следствие — доступность медицинской помощи населению связаны не только с наличием медицинских ресурсов в регионе, но также и от ситуации в соседних регионах и легкости получения медицинской помощи в соседних регионах, а агрегирование данных об объектах медицинской инфраструктуры позволяют оценить степень серьезности проблемы доступности медицинской помощи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. The role of geography in addressing global health needs. URL:<https://www.openaccessgovernment.org/role-geography-addressing-global-health-needs/41934/> (дата обращения: 2.05.2023 г.)
2. Transportation Statistics Annual Report. BTS97-S-01. Bureau of Transportation Statistics. U. S. Department of Transportation. 1997. Washington, DC. 1997.
3. Alford-Teaster J., Lange J. M., Hubbard R. A., Lee C.I, Haas J. S., Shi X., Carlos H. A., Henderson L., Hill D., Tosteson A.N-A., Onega T. Is the closest facility the one actually used? An assessment of travel time estimation based on mammography facilities. International Journal of Health Geographics. 2016;15(8):18—39.
4. Henry K. A., Boscoe F. P., Johnson C. J., Goldberg D. W., Sherman R., Cockburn M. Breast Cancer Stage at Diagnosis: Is Travel Time Important? Journal of Community Health. 2011;36(6):933—942.
5. General Accounting Office (GAO). Health Care Shortage Areas: Designation Not a Useful Tool for Directing Resources to the Underserved (GAO/HEHS-95-2000), Washington, DC. 1995.

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 28.06.2023; одобрена после рецензирования 12.07.2023; принята к публикации 30.08.2023.
The article was submitted 28.06.2023; approved after reviewing 12.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

6. Khan A. A. An integrated approach to measuring potential spatial access to health care services. Socio-economic Planning Science. 1992;26:275—287.
7. Luo W., Wang F. Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. Environment and Planning B: Planning and Design. 2003;30:865—884.

REFERENCES

1. The role of geography in addressing global health needs. URL:<https://www.openaccessgovernment.org/role-geography-addressing-global-health-needs/41934/> (дата обращения: 2.05.2023 г.)
2. Transportation Statistics Annual Report. BTS97-S-01. Bureau of Transportation Statistics. U. S. Department of Transportation. 1997. Washington, DC. 1997.
3. Alford-Teaster J., Lange J. M., Hubbard R. A., Lee C.I, Haas J. S., Shi X., Carlos H. A., Henderson L., Hill D., Tosteson A.N-A., Onega T. Is the closest facility the one actually used? An assessment of travel time estimation based on mammography facilities. International Journal of Health Geographics. 2016;15(8):18—39.
4. Henry K. A., Boscoe F. P., Johnson C. J., Goldberg D. W., Sherman R., Cockburn M. Breast Cancer Stage at Diagnosis: Is Travel Time Important? Journal of Community Health. 2011;36(6):933—942.
5. General Accounting Office (GAO). Health Care Shortage Areas: Designation Not a Useful Tool for Directing Resources to the Underserved (GAO/HEHS-95-2000), Washington, DC. 1995.
6. Khan A. A. An integrated approach to measuring potential spatial access to health care services. Socio-economic Planning Science. 1992;26:275—287.
7. Luo W., Wang F. Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. Environment and Planning B: Planning and Design. 2003;30:865—884.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.021

Современные подходы к совершенствованию корпоративной системы охраны здоровья трудящихся

Ярослав Игоревич Вигдорчик¹, Валентин Витальевич Боровиков²

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

²ООО «Эллара», 601122, Владимирская область, Петушинский район, г. Покров, ул. Франца Штольверка,
д. 20

¹yaroslav.vigdorichik@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3129-3200>

²Vb@ellara.ru, <https://orcid.org/0009-0007-3534-5315>

Аннотация. В настоящее время существует нереализованная потребность в современных научно обоснованных подходах при организации мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни. Улучшение состояния здоровья граждан, несомненно, является основой обеспечения устойчивого развития Российской Федерации, что в свою очередь, представляет не только ведомственный, но и национальный интерес. Разработка и внедрение программ укрепления здоровья на рабочем месте отдельно указаны среди задач Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» Национального проекта «Демография». Руководствуясь территориально-участковым принципом профилактической работы, базой исследования была выбрана Группа Компаний «Эллара», которая включает в себя фармацевтическую компанию полного цикла, а также обладает собственной Research & Development лабораторией. Более 80% производимых на предприятии препаратов входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, что объясняет пристальный интерес к охране здоровья работников этой группы компаний, так как в современных геополитических условиях вопрос лекарственного суверенитета стоит крайне остро. В настоящее время в корпоративную систему охраны здоровья работников входит программа ДМС и абонементы в фитнес-клуб. В статье представлен анализ компонентов связанного со здоровьем аспекта образа жизни совершеннолетних граждан с использованием группировки по месту работы на примере Группы компаний «Эллара». Было продемонстрировано влияние полового фактора на нарушение конкретных принципов здорового образа жизни, популярность определенных каналов получения информации о здоровом образе жизни, что доказывает необходимость их учета при работе по мотивированию, стимулированию к здоровому образу жизни, разработке мероприятий по совершенствованию корпоративной программы охраны здоровья работников.

Ключевые слова: мотивирование; стимулирование; здоровый образ жизни; мотивация; корпоративные системы охраны здоровья.

Для цитирования: Вигдорчик Я. И., Боровиков В. В. Современные подходы к совершенствованию корпоративной системы охраны здоровья трудящихся // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 127—131. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.021.

Original article

Modern approaches to improving the corporate system of health care for workers

Yaroslav I. Vigdorichik¹, Valentin V. Borovikov²

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

²LLC «Ellara», Vladimir region, Petushinsky district, Pokrov, Russian Federation

¹yaroslav.vigdorichik@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3129-3200>

²Vb@ellara.ru, <https://orcid.org/0009-0007-3534-5315>

Annotation. Currently, there is an unrealized need for modern scientifically based approaches in organizing the motivation of citizens to lead a healthy lifestyle. Improving the health status of citizens is undoubtedly the basis for ensuring the sustainable development of the Russian Federation, which is of national interest. The development and implementation of health promotion programs at the workplace are separately listed among the tasks of the Federal Project «Ukreplenie obshchestvennogo zdorov'ya» of the National Project «Demografiya». Guided by the territorial-district principle of preventive work, the Ellara Group of Companies was chosen as the base for the study, which includes a full-cycle pharmaceutical company, and also has its own Research & Development laboratory. More than 80% of the drugs produced at the enterprise are included in the list of vital and essential drugs, which explains the close interest in protecting the health of employees of this group of companies, since in modern geopolitical conditions the issue of drug sovereignty is extremely acute. At present, the corporate health protection system for employees includes a voluntary health insurance program and subscriptions to a fitness club. The article presents an analysis of the components of the health-related aspect of the lifestyle of adult citizens using grouping by place of work on the example of the Ellara Group of Companies. The influence of the gender factor on the violation of specific principles of a healthy lifestyle, the popularity of certain channels for obtaining information about a healthy lifestyle was demonstrated, which proves the need to take them into account when working to motivate, stimulate a healthy lifestyle, and develop measures to improve the corporate health protection program for employees.

Keywords: motivation process; stimulation; healthy lifestyle; motivation; corporate systems of health care

For citation: Vigdorchik Y. I., Borovikov V. V. Modern approaches to improving the corporate system of health care for workers. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):127–131. (In Russ.). doi:10.25742/NRIIPH.2023.03.021.

Введение

В настоящее время существует нереализованная потребность в современных научно обоснованных подходах при организации мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) [1]. Улучшение состояния здоровья граждан, несомненно, является основой обеспечения устойчивого развития Российской Федерации, что в свою очередь, представляет не только ведомственный, но и национальный интерес. Разработка и внедрение программ укрепления здоровья на рабочем месте (корпоративных программ укрепления здоровья) отдельно указаны среди задач Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» Национального проекта «Демография»¹. Большое значение совершенствования корпоративных систем охраны здоровья трудящихся отмечают и ведущие отечественные эксперты².

Руководствуясь территориально-участковым принципом профилактической работы, базой исследования была выбрана Группа Компаний (ГК) «Эллара», которая включает в себя фармацевтическую компанию полного цикла, а также обладает собственной Research & Development лабораторией. Более 80% производимых на предприятии препаратов входит в перечень ЖНВЛП (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты), что объясняет пристальный интерес к охране здоровья работников этой ГК, так как в современных геополитических условиях вопрос лекарственного суверенитета стоит крайне остро. В настоящее время в корпоративную систему охраны здоровья работников входит программа ДМС и абонементы в фитнес-клуб (для сотрудников со стажем в ГК более 3 лет). Стоит отдельно остановиться на территориальном расположении структурных подразделений ГК «Эллара». Головной офис расположен в городе Москве, а производственная площадка, где работает подавляющее большинство работников, расположена на территории города Покров, входящего в состав Владимирской области. На территории этого субъекта Российской Федерации отмечаются крайне негативные тенденции к сокращению доли граждан, ведущих ЗОЖ, с 2019 года. Так, в 2019 году показатель составлял 16,9%, что превышало значение среднего показателя в Российской Федерации, в 2020 году — 7,7%, в 2021 году 9%, а в 2022 году он составил 2,9%. Резкое сокращение доли граждан, ведущих ЗОЖ, в 2022 привело к тому, что значение показателя субъекта стало значительно ниже значения сред-

него показателя в Российской Федерации — 2,9% против 7,2%³. Это свидетельствует о необходимости не только пристального внимания к данной проблеме на этой территории, но и об острой потребности в совершенствовании организации и реализации формирования ЗОЖ.

Стоит отметить и позитивные тенденции к увеличению доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, общие для Российской Федерации и Владимирской области, в частности. На момент проведения исследования (ноябрь 2022 года) доля граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, во Владимирской области составляла 53,7% против 51,1% в Российской Федерации. При этом на момент марта 2023 года показатель составляет 55,88% и 52,95% соответственно⁴. Выявленные противоречия в тенденции к уменьшению доли граждан, ведущих ЗОЖ, и в тенденции к увеличению доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, на территории Российской Федерации, Владимирской области объясняются особенностями расчета этих показателей, утвержденных приказом Федеральной службы государственной статистики⁵ и приказом Министерства спорта соответственно⁶. Таким образом, на территории Владимирской области отмечается положительная тенденция к увеличению этого показателя, при этом он остается на уровне выше среднероссийского.

Материалы и методы

На момент проведения исследования число сотрудников ГК «Эллара» составляло 400 человек, что было принято за генеральную совокупность, исходя из этого, была рассчитана выборочная совокупность, ее размер составил 196 человек.

Для изучения особенностей мотивирования и стимулирования совершеннолетних граждан к ведению ЗОЖ был выбран метод социологического исследования — анкетирование. Для этого были переработаны анкеты, использованные ранее для анализа компонентов связанного со здоровьем аспекта образа жизни лиц школьного возраста в период об-

³ ЕМИСС. Государственная статистика. — Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/59457>.

⁴ ЕМИСС. Государственная статистика. — Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/61635?ysclid= lh0lygmgmh656094916>.

⁵ Об утверждении методики расчета показателя «доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)»: Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29.03.2019. — № 181.

⁶ О внесении изменений в Методику расчета показателя «Доля граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом» национального проекта «Демография» и показателей федерального проекта «Спорт — норма жизни»: утвержденного приказом Министерства спорта Российской Федерации от 19 апреля 2019 г. № 324 «Об утверждении Методики расчета показателя «Доля граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом» национального проекта «Демография» и показателей федерального проекта «Спорт — норма жизни»: Приказ Минспорта России от 01.06.2021 № 376.

¹ Паспорт Национального проекта «Демография»: утв. президентом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 № 16) — Available at: <https://Z40MjDgCaehKWaA0psu6lCekd3hwx2m.pdf> (government.ru)

² Эксперты отметили важность развития корпоративных программ здоровья. — Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Eksperty-otmetili-vajnost-razvitiya-korporativnyh-programm-zdorovya.html?ysclid=linke9d7ji961799474>

учения в школе и в период оздоровления и организованного отдыха [2]. При сохранении основных блоков анкет были изменены формулировки вопросов под номером 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. Вопросы под номером 3, 6, 14, были исключены из списка вопросов, также были изменены формулировки ответов в 4, 7, 13, 24 вопросах. Вопрос 3 был заменен на вопрос о профессии (основном роде деятельности) и остался открытым, вопрос 13 был заменен на вопрос о соблюдении принципов рационального питания. Были добавлены вопросы, касающиеся самооценки уровня испытываемого стресса в последнее время, а также наличия любимого занятия на досуге (хобби), имеющего большое значения для ментального или психического здоровья человека. Был добавлен вопрос, касающийся прохождения респондентом диспансеризации и причин ее прохождения или отказа от него, а также вопрос о приемлемости штрафования граждан за злостное нарушение принципов ЗОЖ был вынесен отдельно. Таким образом, была получена анкета, содержащая 26 вопросов и более подходящая для использования лицами старше 18 лет.

Результаты

Доля респондентов в возрасте до 20 лет включительно составила 1% от числа респондентов, доля в возрасте от 21 до 30 лет включительно составила 17,9%, от 31 до 40 лет включительно — 31,1%, от 41 до 50 лет включительно — 36,2%, от 51 до 60 лет включительно — 11,7%, а от 61 до 70 лет включительно — 2,1%. Самому старшему респонденту 66 лет, а самому младшему 19. Среди респондентов 70,9% лиц женского пола и 29,1% лиц мужского пола.

На вопрос об основном роде деятельности были даны различные ответы с высокой уникальностью, иногда были указаны конкретные должности, поэтому для структурного анализа и наглядности они были объединены в следующие категории: так, 2,1% респондентов занимают должность руководителя, 10,2% занимают должность специалистов с высшим профессиональным образованием, 11,7% занимают должность специалистов со средним профессиональным образованием, иные должности — 8,7%; своим основным родом деятельности считают офисную работу 11,2%, производство лекарственных средств — 25%, затруднились ответить 31,1%.

Основным источником информации о ЗОЖ для 8,7% респондентов являются родственники, для 2,5% — друзья, для 20,4% — медицинские работники, для 29,6% — информация, представленная в текстовом виде в Интернете, для 13,3% — информация, представленная в формате видео на видеохостингах, для 3% — пресса, для 13,8% — телевидение, 8,7% дали свои варианты ответов среди которых: «должное воспитание», «по образованию медицинский работник», «СМИ», «научные статьи» и другие. Ответы на данный вопрос позволяют определить предпочтительные каналы предоставления информации в изучаемой группе.

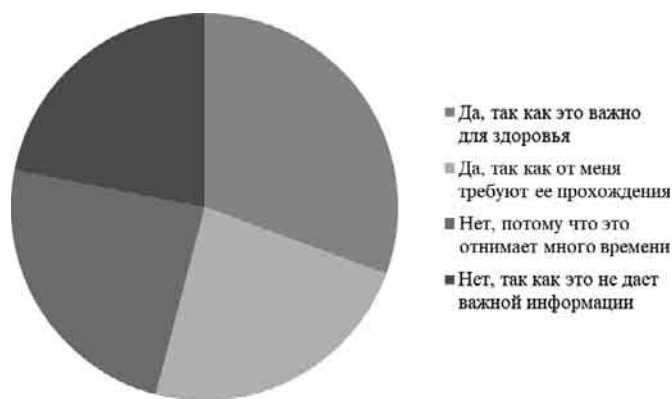


Рис. 1. Структура ответов респондентов на вопрос о прохождении диспансеризации

Интересны данные полученные при анализе ответа на вопрос о прохождении диспансеризации респондентами. Так, 30,6% респондентов проходят диспансеризацию, так как считают это важным для своего здоровья, 23,5% проходят ее, так как от них требуют ее прохождения, 24% не проходят ее, потому что это отнимает много времени, а 21,9% не проходят ее, так как это не дает важной для них информации (рис. 1).

Интересно распределение ответов респондентов на вопрос о занятиях физической культурой и спортом. Так, 60,7% респондентов не занимаются на регулярной основе, делают это редко, 12,8% тренируются раз в неделю, 25% несколько раз в неделю, 1,5% занимаются спортом профессионально.

При анализе ответов на вопрос о соблюдении принципов рационального питания были получены следующие результаты: строго соблюдают 3,6% респондентов, стараются, но получается не всегда 64,8%, не следят за этим 29,1%, принципы рационального питания не знакомы и не понятны 2,5%.

В опросник был включен вопрос, касающийся уровня стресса, испытываемого респондентом в последнее время. Были получены следующие результаты: уровень стресса оценивают как «высокий» 15,8% респондентов, 36,7% оценивают уровень стресса как «средний», 20,9% уровень стресса оценивают как «низкий», не испытывают стресс в последнее время 16,4%, затруднились ответить 10,2% респондентов.

Включенный в анкету вопрос, касающийся наличия хобби (любимого занятия на досуге), позволяет оценить аспект образа жизни респондента, связанный с ментальной профилактикой, так как хобби является ее частью [3]. Было обнаружено следующее распределение ответов: 22,5% имеют хобби и стараются регулярно им заниматься, 51,5% имеют хобби, но им не всегда хватает на него времени, 26% не имеют хобби.

Новым для анкеты вопросом стал и касающийся употребления алкогольной продукции. Было получено такое распределение ответов: употребляют ее каждый день 1,5% респондентов, употребляют ее несколько раз в неделю 2,1%, употребляют не чаще раза в неделю 15,3%, употребляют ее во время особых событий, праздников 61,7%, не употребляют 19,4%.

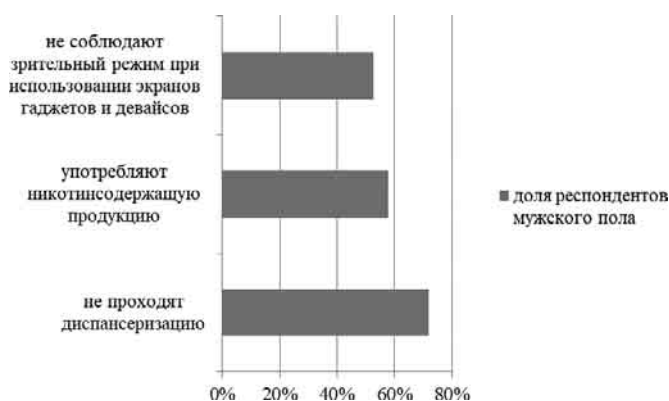


Рис. 2. Самые распространенные среди работников ГК «Эллара» мужского пола нарушения принципов ЗОЖ

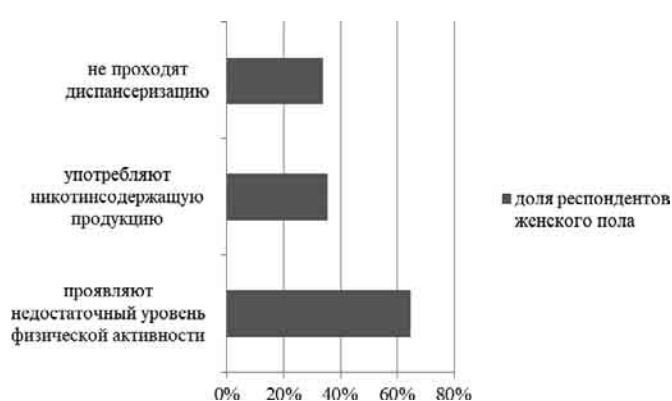


Рис. 3. Самые распространенные среди работников ГК «Эллара» женского пола нарушения принципов ЗОЖ

Значение учета половых особенностей при разработке и реализации мероприятий по мотивированию и стимулированию граждан к ведению ЗОЖ, а также по формированию ЗОЖ, можно продемонстрировать следующими результатами. Так, самыми распространенными среди сотрудников ГК «Эллара» мужского пола являются такие нарушения принципов ЗОЖ: не прохождение диспансеризации (72% респондентов мужского пола), употребление никотинсодержащей продукции (57,9%), несоблюдение зрительного режима при использовании экранов гаджетов и девайсов (52,6%) (рис. 2).

А среди сотрудников женского пола наиболее распространены: недостаточный уровень физической активности (64,7% респондентов женского пола), употребление никотинсодержащей продукции (35,3%), не прохождение диспансеризации (33,8%) (рис. 3).

Статистически значимые различия были обнаружены при анализе долей респондентов различного пола нарушающих конкретные принципы ЗОЖ: так, не проходят диспансеризацию 72% респондентов мужского пола и 33,8% женского, употребляют никотинсодержащую продукцию 57,9% респондентов мужского пола и 35,3% женского, проявляют недостаточный уровень физической активности 64,7% респондентов женского пола и 50,9% мужского, не имеют любимого занятия на досуге 30,2% респондентов женского пола и 15,8% мужского, не соблюдают режим труда и отдыха 27,3% респондентов женского пола и 15,8% мужского, не соблюдают зрительный режим при использовании экранов гаджетов и девайсов 52,6% респондентов мужского пола и 30,9% женского (рис. 4).

Определенные отличия обнаружены и среди основных источников информации о ЗОЖ среди респондентов различного пола, так наиболее популярны среди женщин: текстовый формат в Интернете (32,4% респондентов женского пола), медицинские работники (20,1%), телевидение (16,5%). Среди респондентов мужского пола наиболее популярны: текстовый формат в Интернете (22,8% респондентов мужского пола), медицинские

работники (21,1%), формат видео на видеохостингах/родственники (по 17,5%).

Следующие различия были обнаружены среди предпочитаемых представителями различного пола стимулов к ведению ЗОЖ, так, среди женщин наиболее популярны: прямые денежные выплаты (37,4% респондентов женского пола), дополнительные дни отпуска (20,9%) и бесплатные билеты на культурные мероприятия (12,9%). Среди респондентов мужского пола наиболее популярны: прямые денежные выплаты (38,6% респондентов мужского пола), свой особый вариант (21,1%), дополнительные дни отпуска (17,5%).

Обсуждение

Таким образом, большая часть респондентов находится в возрасте от 31 до 50 лет, а также является лицами женского пола, что полностью соответствует реальной картине. Полученные данные позволяют утверждать, что был достигнут достаточный охват представителей различных профессий. Большая доля затруднившихся ответить объясняется нежеланием респондентов предоставлять подробные данные о занимаемой должности в подобном опросе по личным причинам.

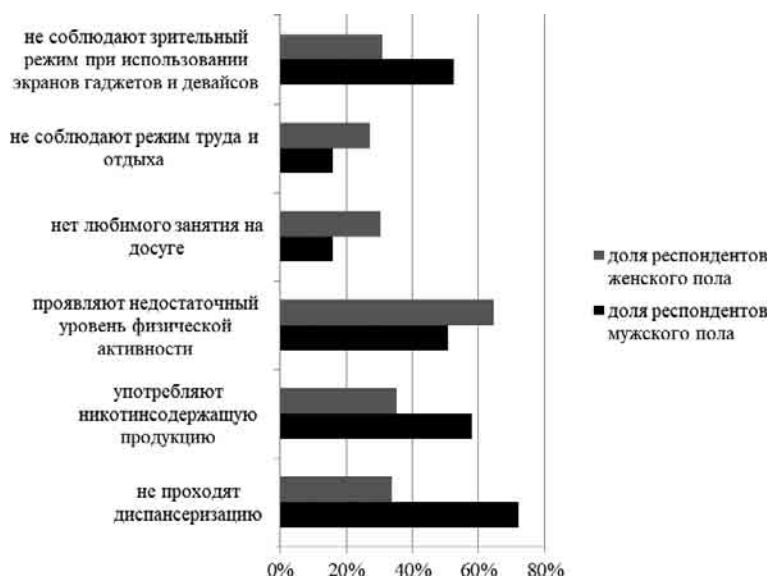


Рис. 4. Выявленные различия среди представителей различных половых групп

Проходят диспансеризацию по тем или иным причинам 54,1% респондентов, что полностью совпадает с данными, представленными Министерством здравоохранения⁷. Полученные результаты свидетельствуют о меньшей доле граждан, которые занимаются физической культурой и спортом, чем в среднем по Российской Федерации или по Владимирской области. Над этим определенно стоит работать и учитывать при разработке соответствующих предложений.

Обращает на себя внимание тот факт, что 31,6% респондентов не соблюдают и не пытаются соблюдать принципы рационального питания, что несет соответствующий риск для здоровья. 73,4% респондентов испытывают стресс в последнее время, на что следует обратить внимание при разработке соответствующих предложений по совершенствованию корпоративной программы охраны здоровья. Более четверти респондентов не вовлечены в аспект ментальной профилактики, связанный с хобби, над чем следует работать.

Употребляют алкогольную продукцию 80,6% респондентов. Стоит отметить определенную условность подобной оценки, так как ряд методик учитывает массу чистого этанола в неделю⁵ или единицы алкоголя равную 10 г алкоголя [4] (за норму при этом принимается 2 единицы алкоголя в день). Подобный подход трудно реализуем в рамках проводимого анкетирования, так как у респондентов могут возникнуть объективные сложности с расчетами, что приведет к пропуску вопроса, но он вполне может быть применен на втором этапе оценки образа жизни во время консультации с врачом. Ситуацию можно охарактеризовать как благополучную.

Было продемонстрировано влияние пола на соблюдение принципов ЗОЖ, так как отмечены статистически достоверные различия. Основываясь на этой информации, представляется необходимым учитывать половой фактор при разработке мероприятий по мотивированию и стимулированию граждан к ведению ЗОЖ.

Заключение

Был проведен анализ компонентов связанного со здоровьем аспекта образа жизни совершеннолетних

⁷ В Минздраве сообщили, что охват диспансеризацией в 2022 году в России составил около 54%. — Available at: <https://tass.ru/obschestvo/16146801>.

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 09.06.2023; одобрена после рецензирования 12.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 09.06.2023; approved after reviewing 12.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

граждан с использованием группировки по месту работы на примере ГК «Эллара». Было продемонстрировано влияние полового фактора на нарушение конкретных принципов ЗОЖ, популярность определенных каналов получения информации о ЗОЖ, что доказывает необходимость их учета при работе по мотивированию, стимулированию к ЗОЖ, разработке мероприятий по совершенствованию корпоративной программы охраны здоровья работников.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Вигдорчик Я. И., Линденбрaten А. Л. Теоретические основы системы мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(2):44—49. DOI 10.25742/NRIPH.2021.02.006.
2. Вигдорчик Я. И., Линденбрaten А. Л., Копцева А. В. Современные подходы к управлению формированием здорового образа жизни у детей школьного возраста в период оздоровления и организованного отдыха в ФГБОУ «МДЦ «Артек». *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022;(3):59—66. DOI 10.25742/NRIPH.2022.03.011.
3. S. D. Pressman, K. A. Matthews, S. Cohen [et al.]. Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosom. Med.* 2009;71(7):725—732. DOI 10.1097/PSY.0b013e3181ad7978.
4. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Здоровый образ жизни: что такое здоровый образ жизни? Копенгаген; 1999. 27 с.

REFERENCES

1. Vigdorchik Y. I., Lindenbraten A. L. Theoretical basis of the system of motivating and stimulating citizens to health-preserving behavior. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko]*. 2021;(2):44—49 (in Russian). DOI 10.25742/NRIPH.2021.02.006.
2. Vigdorchik Y. I., Lindenbraten A. L., Koptseva A. V. Modern approaches to managing the formation of a healthy lifestyle in school-age children during the period of rehabilitation and organized recreation at FSFEI «ICC «ARTEK». *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko]*. 2022;(3):59—66 (in Russian). DOI 10.25742/NRIPH.2022.03.011.
3. S. D. Pressman, K. A. Matthews, S. Cohen [et al.]. Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosom. Med.* 2009;71(7):725—732. DOI 10.1097/PSY.0b013e3181ad7978.
4. World Health Organization. European Regional Office. Healthy lifestyles: what is a healthy lifestyle? Copenhagen; 1999. 27 p. (in Russian).

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.022

Внедрение концепции Knowledge management (управление знаниями) в деятельности медицинских организаций

Александр Борисович Зудин¹, Лев Дмитриевич Гурцкой², Александр Викторович Мелерзанов³

^{1,2}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация;

³Московский физико-технический институт, г. Долгопрудный, Российская Федерация

¹zudin-ab@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²levang@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-6399-8945>

³melerzanov.av@mopt.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4749-5851>

Аннотация. В последние годы корпоративно организованные компании осознали необходимость управления всеми формами соответствующих знаний. Такой процесс включает в себя создание знаний, их сбор, совместное использование и поддержание в рабочем состоянии. Интеграция этих компонентов в деятельности медицинских компаний имеет важное значение для обеспечения эффективности и устойчивого развития национальных систем здравоохранения. Используя знания, практикующие врачи и другие сотрудники могут принимать стратегические решения в отношении лечения пациента, прогнозирования заболеваний и решения оперативных бизнес-задач.

Ключевые слова: знания, управление знаниями, медицинские организации, система здравоохранения, эффективность, устойчивое развитие.

Для цитирования: Зудин А. Б., Гурцкой Л. Д., Мелерзанов А. В. Внедрение концепции Knowledge management (управление знаниями) в деятельности медицинских организаций // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 132—137. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.022.

Original article

Implementation of the knowledge management concept in the activities of medical organizations

Alexander B. Zudin¹, Lev D. Gurtsoy², Alexander V. Melerzanov³

^{1,2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

²Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation;

³Moscow Institute of Physics and Technology, Dolgoprudny, Russian Federation

¹zudin-ab@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²levang@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-6399-8945>

³melerzanov.av@mopt.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4749-5851>

Annotation. In recent years, corporately organized companies have realized the need to manage all forms of relevant knowledge. Such a process involves the creation of knowledge, its collection, sharing and maintenance. The integration of these components in the activities of medical companies is essential to ensure the effectiveness and sustainable development of national health systems. Using this knowledge, practitioners and other employees can make strategic decisions regarding patient treatment, disease prediction and solving operational business tasks.

Key words: knowledge, knowledge management, medical organizations, healthcare system, efficiency, sustainable development.

For citation: Zudin A. B., Gurtsoy L. D., Melerzanov A. V. Implementation of the knowledge management concept in the activities of medical organizations. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):132–137. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.022.

Введение

Знание может быть определено, по нашему мнению, как изучение, осознание и освоение фактов или событий на основе наблюдения, опыта и понимание реальности в определенном контексте в определенный период времени. В свою очередь управление знаниями (УЗ) — это процесс преобразования

информации и интеллектуальных активов в непреходящую ценность, превращая знания в ресурс и инструмент, необходимый для принятия мер. По данным Всемирной организации здравоохранения Организация (ВОЗ), «сама природа знаний предполагает, что они могут использоваться неограниченным числом людей одновременно. И несмотря на то, что это является абсолютно приемлемым в отно-

шении общих знаний, это тем не менее создает дилемму с точки зрения их коммерческого использования» [1].

Медицинские данные — это данные, которые состоят из истории болезни пациента, методов лечения, диагнозов и частых нарушений здоровья информация о ближайших родственниках и роде занятий.

Медицинская информация может быть определена как любая информация, касающаяся истории болезни человека, психического или физического состояния, а также лечения или диагноза, поставленного медицинским работником. Знания можно было бы определить в медицинском контексте как способность медицинского работника запоминать и интерпретировать полученную медицинскую информацию.

В отдельных работах встречается мнение о том, что существует четкое различие между данными, информацией и знаниями. Данные преобразуются в информацию, когда они были изменены и им придан смысл. Информация создается, когда данные оцениваются каким-либо образом, например, при категоризации, сортировке и извлечении. Информация преобразуется в знания, как только она обрабатывается в сознании людей. Информация также становится знаниями, когда критическое мышление, оценка, структурирование или организация применяются для поддержки решений или понимания концепций. И в обратном направлении: знание становится информацией, как только оно сформулировано и представлено в виде текста, графики, слов или других символических форм. Источником информации также могут стать данные, и они могут быть объединены с другими формами данных для дальнейшей обработки. Примером такого перехода могут быть возраст, пол и другие персональные данные, которые собираются у пациента в медицинских целях. Разнообразные формы медицинской карты могут быть источником информации для медсестер и врачей для определения распространенности того или иного заболевания у определенного круга пациентов в зависимости от возраста. Это, в свою очередь, может стать знанием для медицинского работника, если смешать его с неявными знаниями, полученными из предыдущих медицинских знаний.

По мнению некоторых авторов, «компетентность медицинской организации в УЗ во многом определяет такие аспекты работы как, способность организовать междисциплинарное взаимодействие специалистов в процессе оказания медицинской помощи, принимать эффективные врачебные решения с учетом коллективного опыта организации и современных достижений медицинской науки, эффективно использовать высокотехнологичное медицинское оборудование, поддерживать достаточный уровень квалификации медицинских специалистов» [2].

Румизен определяет управление знаниями как систематический процесс, посредством которого создаются, фиксируются, передаются и эффективно используются знания, необходимые организации для достижения успеха [3]. Джаррар и др. (2010)

придерживаются мнения, что имеющиеся в научной литературе определения указывают на то, что управление знаниями имеет дело со всеми четырьмя основными компонентами, указанными ниже:

- Знание
- Организационная культура
- Используемые ресурсы, которые могут быть человеческими, технологическими или операционными, в зависимости от активов организации.
- Процессы, связанные с получением, поиском и повторным использованием знаний [4].

Медицинские знания создаются путем сбора местного опыта, связанного с конкретными клиническими случаями и медицинскими службами/программами, выработки нового понимания взаимосвязей между конкретными факторами, процессами и результатами первичных исследований. Управление знаниями может быть применено к медицине с использованием набора принципов, инструментов и практик, которые позволяют людям создавать медицинские знания, делиться ими, переводить и применять то, что они знают, для создания ценности и повышения эффективности.

Методы управления знаниями уже давно внедрены во многих компаниях. Однако отрасль здравоохранения не спешит внедрять такие принципы и концепции. Компании, стремящиеся стать ориентированными на знания, интегрируют концепции управления знаниями с информационными технологиями и внедряют их в повседневную практику. С момента масштабного развития и коммерциализации Интернета в 1990-х годах IT-системы перестали использоваться только в качестве инструмента для управления данными и выполнения управленческих функций потребности в отчетности, но нашли широкое применение в обеспечении механизмов принятия стратегических управленческих решений и содействия сотрудничеству между внутренними и внешними подразделениями организаций [5].

Цель настоящей работы — провести обзор научных исследований, отражающих возможности применения концепции управления знаниями в деятельности медицинских организаций.

Материалы и методы

Работа написана на основе общенаучных методов исследования: анализа и синтеза. В основу анализа легли публикации российских и зарубежных авторов, исследующих проблематику управления знаниями в междисциплинарном разрезе. Работа представляет собой теоретический обзор литературы и раскрывает возможности управления знаниями в медицинских организациях.

Результаты и обсуждение

Знания включают в себя данные, информацию и опыт. Это сочетание фактов, анализа, тренингов и извлеченных уроков, которые составляют значимую для отдельного человека совокупность информационных единиц. Концепция управления знаниями предоставляет частным лицам и организациям ме-

тоды и методологии, которые используют комбинацию интеллектуального капитала, бизнес-процессов и ИТ-решений для использования более эффективных средств работы. Посредством сбора, организации, кодификации (преобразования знаний), распространения и использования знания, компании могут использовать и внедрять методы управления ими, позволяя сотрудникам обеспечивать позитивные изменения. Кроме того, хранилище различных типов знаний внутри организации позволяет будущим поколениям учиться на прошлых ошибках и разрабатывать инновационные решения для нужд бизнеса.

Знания делятся на две различные категории, называемые явными и неявными знаниями. Явное знание — это информация, которую легко собрать, структурировать и которой можно поделиться с другими индивидуумами. Например, явными знаниями могут быть такие документы, как больничные правила и процедуры, а также клинические диагностические методики. С другой стороны, неявные знания состоят из опыта и навыков, которые человек может приобрести со временем и применить к решению проблем.

Неявные знания необходимы для обмена ими с другими клиницистами опытом. Явные знания также очень важны, как и гипотетико-дедуктивные рассуждения, которые применяются врачами. Прочитанная литература показывает, что управление знаниями может быть применено к любым конкретным областям медицины.

Люди являются важными носителями знаний в области медицины и хранят значительную часть медицинских знаний в своем сознании. По этой причине небольшие изменения в составе рабочей силы могут оказать существенное влияние на глобальные показатели. Процесс управления знаниями в области медицины может быть описан только с учетом того факта, что он состоит не только из процессов и материальных ресурсов, но и из людей, которые генерируют знания.

Врачи в большинстве случаев рассуждают, вспоминая прошлые ситуации, похожие на текущую. Этот процесс часто искажается из-за тенденции вспоминать только более недавние случаи. Монтани также предположил, что ключевым решением является методология, позволяющая извлекать все имеющиеся оперативные знания, также относящиеся к более старым примерам [6].

Несомненно, внедрение стратегий и практик управления знаниями в медицинской сфере может в значительной степени помочь улучшить работу медицинских работников и программ, а также способствовать достижению конечной цели — улучшению показателей здоровья населения.

Воздействие событий с течением времени может изменить мыслительный процесс человека. Неявное знание трудно уловить, структурировать и передать другим людям [7]. Более того, Кортари, Хованец, Хасты и Сиббальд определяют неявное знание как понимание причины и способа конкретного действия применительно к конкретной предметной об-

ласти [8]. Из-за степени сложности, объективности и субъективности неявные знания трудно фиксировать и передавать, не выделяя значительных ресурсов на кодификацию знаний в явной форме, которая может быть использована другими.

На микроуровне знания могут быть дополнительно усовершенствованы. В сфере здравоохранения дальнейшее изучение помогает определить различные аспекты предметной области, которые могут приниматься во внимание в связи с интеграцией практик управления знаниями. Абиди определил восемь различных типов знаний в области здравоохранения [9]. Рассмотрим только три из них, поскольку они соотносятся с рассматриваемым предметом.

1. Знания поставщика.

Знания поставщика также называются знаниями практикующего специалиста. Это самый очевидный тип знаний, который приходит на ум, говоря об управлении знаниями в медицинской организации. Медицинские работники в этом качестве обладают как явными, так и неявными знаниями. Например, врачи обязаны знать стандартную медицинскую информацию, которая является легко извлекаемой из справочных материалов, таких как учебники (например, по анатомии человека). Однако некоторые могут счесть, что наиболее важным типом знаний поставщиков является неявная форма. Благодаря многолетней медицинской практике и опыту, врачи создают внутреннюю базу знаний о симптомах и фактах о пациентах и медицинских состояниях, которые используются при удовлетворении потребностей в профилактическом обслуживании и лечении заболеваний.

2. Знание пациента.

С другой стороны, медицинский спектр состоит из молчаливого знания пациентов. Пациенты обладают сложными знаниями о текущих и прошлых заболеваниях, о которых практикующие врачи могут не знать. Однако такие знания крайне важны для практикующих врачей, особенно когда речь заходит о диагнозах и назначаемых методах лечения заболеваний.

3. Организационные знания.

Медицинские учреждения состоят из других ресурсов, основанных на знаниях, к которым есть доступ и у пациента, и у врача. Эта область знаний может состоять из самых разных знаний, полученных из медицинских диагностических систем, текстовых материалов и от других медицинских работников с узкими медицинскими специальностями. Более того, этот объем может содержать знания о процессе медицинского лечения, рекомендованные учреждением или медицинским обществом.

Процессы управления знаниями — это методы, используемые для сбора знаний и обмена ими. Они состоят из следующего:

— Идентификация медицинских знаний. Это включает в себя неявные знания, которые при-

обретаются медицинскими работниками с течением времени, и явные знания, которые оцифровываются в медицинских документах, отчетах, книгах и записях.

- Захват знаний. Это включает в себя сбор или извлечение медицинских неявных и явных знаний, полученных в ходе диагностики, операций и назначенного лечения, проводимых посещающими врачами. Это знание должно быть сохранено для легкого повторного использования сельскими медицинскими работниками в (ситуациях) чрезвычайных ситуаций, связанных с отсутствием врачей. Информационные технологии (ИТ) могли бы способствовать накоплению знаний за счет повсеместного использования текстовых редакторов, которые генерируют электронные документы, которыми легко обмениваться через Интернет, электронную почту или в виде документа. Это приводит к актуализации знаний.
- Актуализация знаний: это предполагает капитализацию медицинских знаний. Корпоративные системы управления памятью и знаниями разрабатываются в этот этап.
- Повторное использование знаний. Медицинские знания могут быть извлечены, сохранены, усовершенствованы и использованы повторно. Это связано с необходимостью повторного использования полученных знаний для будущих целей. Интранеты и интернет-ресурсы способствуют быстрому доступу к знаниям и их повторному использованию. Методы поиска используются для извлечения знаний.

Интеграция здравоохранения и информационных технологий обычно называется медицинской информатикой. Медицинская информатика становится популярной темой в индустрии здравоохранения [10]. В результате развития медицинской информатики в отрасли здравоохранения были внедрены некоторые ИТ-решения для управления знаниями, аналогичные тем, которые используются в мире бизнеса в целом. Например, медицинские учреждения внедряют инструменты управления контентом, такие как хранилища баз медицинских знаний и законченных случаев. Кроме того, обучение на основе Интернета было внедрено в системы управления, состоящие из онлайн-классов и обучающих видеороликов для повышения квалификации медицинских работников, а также много других прикладных инструментов управления знаниями, актуальных именно для сферы здравоохранения.

В последние годы популярный тип информационной системы здравоохранения внедряется крупными больницами. Были разработаны и внедрены системы электронных медицинских карт (ЭМК) и личных медицинских записей (ЛМЗ), преобразующие обычную бумажную систему учета пациентов.

Диагностические данные пациента и информация о лечении были преобразованы в электронный формат, к которому медицинский персонал больницы и другие партнеры могут получить доступ для оценки различных результатов анализов и проведе-

ния лечения. Типы данных, которые могут быть введены в ЭМК или ЛМЗ и сохранены в них, обширны. Взятые в совокупности, эти данные могут быть проанализированы и организованы в виде значимой информации. Как ЭМК, так и ЛМЗ могут совместно использоваться различными поставщиками медицинских услуг, предлагая более целостный профиль пациента, чем отдельные фрагменты данных. Типичными примерами данных, вводимых в ЛМЗ, являются результаты лабораторных исследований, история приема лекарств, аллергии, хронические заболевания, отчеты о визуализации, информация о заявлениях на медицинское обслуживание, госпитализации и т. д.

В настоящее время учреждения, которые внедрили системы электронных медицинских карт, продолжают совершенствовать свои знания путем кодификации и передачи явных и неявных знаний, таких как медицинские практики, процессы и опыт, в системы поддержки принятия решений в области здравоохранения [11].

В то время как системы поддержки принятия решений в области здравоохранения могут быть разработаны для удовлетворения различных потребностей медицинских организаций, существует общая цель, стоящая за внедрением систем клинической поддержки, — повысить эффективность операций за счет использования знаний, полученных в ходе наблюдений. Используя знания, полученные в результате наблюдений, практикующие врачи и другие сотрудники могут принимать стратегические решения в отношении лечения пациента, прогнозирования заболеваний и решения оперативных бизнес-задач, таких как стоимость медицинского обслуживания, с помощью методов интеллектуального анализа данных.

Внедрение практик управления знаниями в сфере здравоохранения отличается от аналогичных практик управления знаниями в других компаниях. Однако методы, с помощью которых кодифицируются знания и преобразовываются неявные знания в пригодный для использования формат различаются в зависимости от типа искомого решения. Например, для разработки баз знаний, облегчающих обмен опытом и медицинскими случаями, необходимо аккумулировать существующие знания и информацию, чтобы разработать структуру, для которой может быть создана база знаний. Некоторые ученые предполагают, что классификация связана со стадиями заболевания в зависимости от острого или хронического характера [12].

Чтобы кодифицировать и передавать этот тип клинических знаний, Абиди предлагает методы, которые используются в других отраслях, использующих управление знаниями [9]. Например, получение неявных знаний может быть получено от экспертов в области знаний с помощью интервью.

В качестве альтернативы разработчики знаний могут предложить модель и определить системные требования на основе оценки клинической практики, чтобы понять общие медицинские элементы и взаимосвязи. Кроме того, для разработки систем

поддержки принятия решений, основанных на знаниях, разработчикам требуется четкое понимание как явных, так и неявных знаний с точки зрения взаимосвязей и результатов между медицинскими состояниями и методами лечения. Следовательно, существующие логические правила, основанные на принятии решений, должны быть разработаны в соответствии с клиническими процедурами, практиками и опытом эксперта по знаниям [9]. И наоборот, текущая реализация большинства систем электронных медицинских карт содержит неструктурированную и избыточную информацию. Система, основанная на принятии решений, с такими типами становится трудно использовать информацию из электронных медицинских карт.

Самым большим препятствием на пути успеха любого решения по управлению знаниями является культура организации [8]. Этот барьер состоит как из организационной составляющей, так и из индивидуальной. Например, если руководство больницы или иной медицинской организации внедряет методы и системы управления знаниями без учета интересов своих пользователей, то общий успех инициативы может быть серьезно затруднен. Следовательно, чемпион должен присутствовать наряду с поддержкой руководства необходима поддержка трудового коллектива, чтобы вовлечь пользователей в жизненный цикл разработки системы управления знаниями. Построение системы УЗ подобно формированию сообщества лучших практик [13]. Что касается решений, основанных на ИТ, то для определения системных требований и получения знаний следует привлекать экспертов в области знаний и работников, чтобы убедиться, что система разработана не только соответствующим образом в отношении его конкретной цели, но, и чтобы просвещать, знакомить и пропагандировать важность таких практик и инструментов.

Создание систем, основанных на принятии решений, среди других ИТ-решений может столкнуться с препятствиями в зависимости от восприимчивости человека. Действующая организационная культура конкретных медицинских организаций сильно отличается всегда привязана к медицинским практикам и методологиям, сложившимся за период функционирования организации.

Заключение

В целом, внедрение практик и систем управления знаниями является темой, вызывающей большой интерес среди медицинского сообщества и делового мира. Каждый год публикуется множество статей, посвященных этим проблемам в здравоохранении. Однако, в научной литературе крайне мало работ, посвященных подробному анализу фактического внедрения и уроков, извлеченных из существующих внедрений управления знаниями на основе ИТ в отрасли здравоохранения. Большинство исследований и других ресурсов, посвященных управлению знаниями в здравоохранении, сосредоточены на о теориях, в то время как разработка и создание элек-

тронных систем медицинской документации и иные прикладные решения представляют интерес организаторам здравоохранения. Исследование этого предмета дает представление о возможностях практик управления знаниями в системах здравоохранения будущего.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Отмена патентных ограничений на вакцины от эпидемиологически опасных заболеваний. Доклад эксперта. М.; 2022. С. 8.
2. Бацина Е. А., Крючков Д. В., Карась Д. В., Данильченко Я. В. Управление знаниями в здравоохранении. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018;(60):2—3.
3. Rumizen M. C. The complete idiot's View of Knowledge Management. USA: CWL publishing Enterprises; 2002.
4. Jarrar Y. F., Zairi M. Z. Knowledge Management: Learning for Organisational Experience. European Centre for Best Practice management; 2010.
5. Petter S., DeLone W., McLean E. R. The past, present, and future of «IS success». *Journal of the Association for Information Systems*. 2012;13(5):341—362.
6. Montani S., Bellazi R. Supporting decisions in medical applications: the Knowledge Management Perspective. *International Journal of Medical Informatics*. 2002;68(1—3):79—90.
7. Awad E. M. Knowledge management (2nd ed.). North Garden, VA: International Technology Group; 2010.
8. Korthari A., Hovanec N., Hastie R., Sibbald S. Lessons from the business sector for successful knowledge management in healthcare: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2011;(11):1—11.
9. Abidi S. S. Healthcare knowledge management: The art of the possible. In D. Riaño (Ed.), Knowledge management for health care procedures. Berlin, Germany: Springer; 2007. Pp. 1—20.
10. Berry L. L., Mirabito A. M. Innovative healthcare delivery. *Business Horizons*. 2010;53(2):157—169.
11. Peleg M., Keren S., Denekamp Y. Mapping computerized clinical guidelines to electronic medical records: Knowledge-data ontological mapper (KDOM). *Journal of Biomedical Informatics*. 2018;41(1):180—201.
12. Wilcox A. B., Hripcsak, G. The role of domain knowledge in automating medical text report classification. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2003;(10):330—338.
13. Ardichvili A., Maurer M., Li W., Wentling T., Stuedemann R. Cultural influences on knowledge sharing through online communities of practice. *Journal of Knowledge Management*. 2006;10(1):94—107.

REFERENCES

1. Cancellation of patent restrictions on vaccines against epidemiologically dangerous diseases. Expert report. Moscow; 2022. P. 8. (In Russian)
2. Batsina E. A., Kryuchkov D. V., Karas D. V., Danilchenko Ya. V. Knowledge management in healthcare. *Social aspects of public health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2018;(60):2—3. (In Russian)
3. Rumizen M. C. The complete idiot's View of Knowledge Management. USA: CWL publishing Enterprises; 2002.
4. Jarrar Y. F., Zairi M. Z. Knowledge Management: Learning for Organisational Experience. European Centre for Best Practice management; 2010.
5. Petter S., DeLone W., McLean E. R. The past, present, and future of «IS success». *Journal of the Association for Information Systems*. 2012;13(5):341—362.
6. Montani S., Bellazi R. Supporting decisions in medical applications: the Knowledge Management Perspective. *International Journal of Medical Informatics*. 2002;68(1—3):79—90.
7. Awad E. M. Knowledge management (2nd ed.). North Garden, VA: International Technology Group; 2010.
8. Korthari A., Hovanec N., Hastie R., Sibbald S. Lessons from the business sector for successful knowledge management in health-

- care: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2011;(11):1—11.
9. Abidi S. S. Healthcare knowledge management: The art of the possible. In D. Riaño (Ed.), *Knowledge management for health care procedures*. Berlin, Germany: Springer; 2007. Pp. 1—20.
 10. Berry L. L., Mirabito A. M. Innovative healthcare delivery. *Business Horizons*. 2010;53(2):157—169.
 11. Peleg M., Keren S., Denekamp Y. Mapping computerized clinical guidelines to electronic medical records: Knowledge-data ontological mapper (KDOM). *Journal of Biomedical Informatics*. 2018;41(1):180—201.
 12. Wilcox A. B., Hripcsak, G. The role of domain knowledge in automating medical text report classification. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2003;(10):330—338.
 13. Ardichvili A., Maurer M., Li W., Wentling T., Stuedemann R. Cultural influences on knowledge sharing through online communities of practice. *Journal of Knowledge Management*. 2006;10(1):94—107.

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 12.07.2023; одобрена после рецензирования 13.07.2023; принята к публикации 30.08.2023.
The article was submitted 12.07.2023; approved after reviewing 13.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.023

Результаты социологического опроса населения по вопросу участия в профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации

Михаил Андреевич Патрушев¹, Нелли Борисовна Найговзина²

^{1,2}ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, г.Москва, Российская Федерация

¹map@koziz.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1730-3465>

²n nb@koziz.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9479-9084>

Аннотация. В настоящей статье представлен анализ мнения населения об участии человека в программе профилактических осмотров и диспансеризации как в целом, так и в части скрининга на рак колоректальной локализации, и приверженность человека сохранению и укреплению здоровья на основании социологического опроса 385 человек населения г. Москвы.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, диагностика, скрининг, Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, заболеваемость, смертность, профилактические осмотры, диспансеризация.

Для цитирования: Патрушев М. А., Найговзина Н. Б. Результаты социологического опроса населения по вопросу участия в профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 138—142. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.023.

Original article

Results of a survey of the population on the issue of participation in check-ups and screening programs

Mikhail A. Patrushev¹, Nelli B. Naygovzina²

^{1,2}A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

¹map@koziz.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1730-3465>

²n nb@koziz.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9479-9084>

Annotation. This article presents an analysis of the opinion of the population on the participation of a person in the program of preventive examinations and medical examinations and his commitment to the preservation and promotion of health based on a sociological survey of 385 people in the city of Moscow.

Key words: malignant neoplasms, diagnostics, screening, Program of state guarantees of free provision of medical care to citizens, morbidity, mortality, check-ups, screening programs.

For citation: Patrushev M. A., Naygovzina N. B. Results of a survey of the population on the issue of participation in check-ups and screening programs. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):138–142. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.023.

Введение

В настоящее время в Российской Федерации профилактические мероприятия проводятся в рамках профилактических осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования в порядке, утвержденном приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н. Программа профилактики содержит дифференцированный набор диагностических исследований в зависимости от пола и возраста человека. Официальная статистическая информация (форма федерального статистического наблюдения № 30) предусматривает сбор и формирование сводных статистических данных о выполненных профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за отчетный период. В целях динамической оценки участия человека в программе профилактического осмотра и диспансеризации мы

провели настоящее медико-социологическое исследование.

Профилактический осмотр и диспансеризация обеспечивают раннюю диагностику заболеваний, прежде всего хронических неинфекционных, при которых значительно снижается качество жизни человека и которые могут приводить к его смерти. Лечение таких заболеваний на ранних стадиях обеспечивает сохранение здоровья человека и является наиболее экономически эффективным.

Цель исследования: изучить активность участия человека в программе профилактических осмотров и диспансеризации и его приверженность сохранению и укреплению здоровья.

Материалы и методы

Исследование проводилось в период 2021—2022 гг. с участием жителей г. Москвы. Опрос про-

водился в государственной медицинской организации г. Москвы, частной медицинской организации и на улицах города при участии исследовательского холдинга «Ромир». В исследование включались лица в возрасте 40—74 лет, поскольку нами изучалась заболеваемость и смертность населения от рака колоректальной локализации. Для злокачественных новообразований этой локализации для лиц в возрасте 40—74 лет порядком проведения профилактического осмотра и диспансеризации, утвержденным приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н, предусмотрен скрининг. При этом, за исследуемый 5-летний период, предшествующий опросу, в 2016—2019 гг. порядок проведения профилактического осмотра и диспансеризации регулировался разными приказами, которыми было предусмотрено проведение тестирования кала на скрытую кровь для диагностики рака колоректальной локализации.

В рамках исследования респондентам задавались вопросы об их отношении и участии в профилактических осмотрах и диспансеризации в целом, в том числе в скринингах на злокачественные новообразования различных локализаций, по специально разработанной анкете. Содержательная валидность анкеты была обеспечена проведением опроса сотрудников кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ им. А. И. Евдокимова, которые выступили в роли экспертов. Внешняя валидность обеспечена «пилотным» опросом 30 человек.

Репрезентативность выборки для каждой группы респондентов из числа опрошенных определялась по формуле А. М. Меркова, Л. Е. Полякова (1974):

$$n = \frac{t^2 \cdot q \cdot P}{\Delta^2},$$

где n — объем выборочной совокупности; t — доверительный коэффициент, равный 1,96, при достоверности выводов с вероятностью 95,4%; P — величина показателя в процентах; $q = 1 - P$ (или в процентах: $100 - P$); Δ — требуемая точность показателя. Расчет количества респондентов проводился исходя из объема выборочной совокупности — численность населения г. Москвы в возрасте 40 лет и старше на 1 января 2021 г. — 6 908 787 человек. Выборочная совокупность составила 385 анкет.

В опросе приняли участие 385 человек, в том числе мужчин 120 (31,6%), женщин — 265 (68,4%). Из общего участников опроса, в возрастной группе 40—44 года были 3 человека (0,9%), 45—49 лет — 93 человека (24,3%), 50—54 года — 75 человек (19,6%), 55—59 лет — 69 человек (13,6%), 60—64 года — 52 человек (13,6%), 65—69 лет — 49 человек (12,8%), 70—74 года — 29 человек (7,7%), 75—79 лет — 10 человек (2,6%), 80—84 года — 3 человека (0,9%).

Полное среднее образование имели 102 участника опроса (26,4%), среднее профессиональное — 5 (1,3%), высшее — 268 (69,6%), в т.ч. несколько высших — 23, ученую степень — 8 (2,0%).

Участники опроса в зависимости от семейного положения распределились следующим образом: число холостых (не замужем) — 54 человека (14,0%),

женатых (замужем) — 203 (52,8%), разведенных — 82 (21,3%), вдов — 41 (10,6%). Из общего участников опроса, безработных были 18 человек (4,7%), работающих — 213 (55,3%), служащих — 66 (17,0%), пенсионеров — 88 (23,0%). По уровню дохода на члена домохозяйства в месяц участники опроса распределились следующим образом: менее 15 тыс. рублей — 10 человек (2,6%), 15,0—30,0 тыс. рублей — 126 (32,8%), 30,0—45,0 тыс. рублей — 105 (27,2%), 45,0—60,0 тыс. рублей — 75 (19,6%), 60,0—75,0 тыс. рублей — 34 (8,9%), более 75,0 тыс. рублей — 34 (8,9%).

Таким образом, практически четверть участников опроса (24,3%) были в возрастной группе 45—49 лет, более половины состояли в браке — 52,8%, наибольшее число участников опроса (69,6%) имели высшее образование, работали — 55,3%, практически треть имели ежемесячный доход на 1 члена домохозяйства 15—30 тыс. рублей.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ позволил выявить, что здоровье представляет ценность для всех опрошенных вне зависимости от пола, возраста, уровня образования, дохода и социального статуса.

При этом о государственных гарантиях обеспечения прав человека по сохранению и укреплению здоровья, в т.ч. о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи знают более половины опрошенных 226 человек (58,7%). Из числа респондентов не знают о Программе — 64 человека (16,6%), а затруднились с ответом — 95 человек (24,7%).

Осведомленность населения о Программе повысилась на 26,8 п.п. по сравнению с данными, полученными в ходе исследования в 2015 г. (Н. Б. Найговзина, А. В. Лучинский) — осведомленность населения о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи составила 31,9% (опрос проводился в Калужской, Свердловской и Тюменской областях в период 2013—2014 гг.).

Из общего числа опрошенных в рамках настоящего исследования 285 человек (74,0%) знают о программе профилактических осмотров, а 100 человек (26,0%) не знают. Следует отметить, что информированность населения о программе профилактических осмотров выше на 15 п.п., чем информированность о Программе в целом, в рамках которой осуществляется финансовое обеспечение соответствующих профилактических мероприятий.

324 человека (84,3%) знают о программе диспансеризации. Информированность населения о программе диспансеризации выше на 10,3 п.п., чем о программе профилактических осмотров. Также информированность населения о программе диспансеризации выше, чем информированность о Программе в целом на 25 п.п.

Указанные данные подтверждаются статистикой поисковых запросов в системе «Яндекс»: за календарный месяц, предшествующий 31 января 2023 г., число поисковых запросов в целом из Российской Федерации «диспансеризация» — 283 716 ед., в т.ч.

36 995 из г. Москве, «профилактический осмотр» в целом из Российской Федерации — 26 080 ед., в т.ч. 2849 из г. Москве. В расчете на 10 тыс. человек населения статистика число поисковых запросов «диспансеризация» составляет 19,5 в целом из Российской Федерации, из г. Москве — 29,3, что выше среднероссийского показателя на 50,2%, «профилактический осмотр» — 1,8 в целом из Российской Федерации, из г. Москве — 2,3, что выше среднероссийского показателя на 25,18%.

Ведущим источником информации о бесплатном профилактическом осмотре (диспансеризации) респонденты отметили участкового врача (105 человек, 27%).

В этих условиях подавляющее большинство опрошенных (308 человек, 80%) при возникновении вопросов по порядку участия в профилактических осмотрах (диспансеризации) обратились бы в медицинскую организацию, что свидетельствует о высоком уровне доверия к системе здравоохранения г. Москвы. При этом 33 опрошенных (9%) обратились бы в Интернет, 28 (7%) — к родственникам, друзьям (знакомым), 16 (4%) — к страховому поверенному.

С 2016 г. в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации в соответствии с приказом ФОМС от 11 мая 2016 г. № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» реализуется институт страховых представителей страховых медицинских организаций, в задачи которых входит информирование и сопровождение застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий.

В ходе исследования только 18 участников опроса (4,7%) отметили помощь страхового поверенного с записью на прием к участковому врачу, в том числе 2 — с записью к другим специалистам, 1 — с записью на лабораторные исследования.

Затем нами изучено участие населения в программе профилактических осмотров и в программе диспансеризации.

Доля опрошенных, указавших, что хотя бы раз в жизни проходили профилактический осмотр, составила 77,4% (298 человек), при этом (87 человек или 22,6%) опрошенных отметили, что ни разу в жизни не проходили профилактический осмотр. За последние 5 лет хотя бы однократно профилактический осмотр проходили 215 человек (55,8% от общего числа участников опроса или 72,1% от числа тех, кто его проходил хотя бы однократно).

Более половины опрошенных отметили, что проходили последний профилактический осмотр за один день — 111 человек или 51,4%, за два дня — 38 человек или 17,9%, за три дня — 26 человек или 12,3%, четыре и более дней 40 человек или — 18,4%.

Таблица 1

Сравнение участия населения в программе профилактических осмотров и диспансеризации хотя бы раз в жизни и за последние 5 лет

№	Мероприятие	Участвовал хотя бы раз в жизни		В том числе участвовал в последние 5 лет	
		абс., человек	доля, %	абс., человек	доля, %
1	Профилактический осмотр	298	77,4	215	72,1
2	Диспансеризация	315	81,8	208	66,0
3	Разница, диспансеризация в сравнении с профилактическим осмотром	17	4,4 п.п.	-7	-6,1 п.п.

Таким образом, профилактические медицинские осмотры проводятся в более чем половине случаев за один день. Подавляющее большинство участников опроса проходили профилактический осмотр в одной медицинской организации — 187 человек или 87,2%, в нескольких медицинских организациях (приходилось ездить) — 28 человек или 12,8%.

При этом только 121 человек (31,4%) указал, что в рамках профилактического осмотра был проведен тест кала на скрытую кровь, большинство (94 человек, 68,6%) отметили, что соответствующее исследование не проводилось. Доля участников опроса, которым был проведен тест кала на скрытую кровь составила 56,4% от числа прошедших профилактический осмотр за последние 5 лет.

Доля опрошенных, указавших, что хотя бы раз в жизни проходили диспансеризацию, составила 81,8% (315 человек), а 70 человек или 18,2% опрошенных отметили, что ни разу в жизни не проходили диспансеризацию. Таким образом, доля проходивших хотя бы раз в жизни диспансеризацию превышает долю хотя бы раз в жизни прошедших профилактический осмотр на 4,4 п.п.

Число прошедших диспансеризацию в последние 5 лет хотя бы однократно составило 208 человек или 54,0% от общего числа участников опроса или 72,1% от числа проходивших ее хотя бы раз в жизни. Это ниже аналогичного показателя участия в программе профилактических осмотров на 6,1 п.п. (таблица 1).

При этом только 129 человек отметили, что в рамках диспансеризации в последние 5 лет был проведен тест кала на скрытую кровь, 79 человек отметили, что соответствующее исследование не проводилось. Доля участников опроса, которым был проведен тест кала на скрытую кровь составила 62,2% от числа прошедших диспансеризацию за последние 5 лет.

Практически половина опрошенных отметили, что проходили последнюю диспансеризацию за один день — 101 человек или 48,4%, за два дня 45 человек или — 21,5%, за три дня — 24 человека или 11,3%, четыре и более дней — 39 человек или 18,8%. Таким образом, диспансеризация чаще проводится за один день.

Подавляющее большинство участников опроса проходили последнюю диспансеризацию в одной медицинской организации — 183 человека или

¹ В расчетах использованы данные Росстата о численности населения на 1 января 2022 г.: Российской Федерации — 145 557 576 человек, г. Москвы — 12 635 466 человек

Таблица 2

Участие в скрининге на рак различной локализации, %

Кожные и слизистые покровы	Грудь у женщин	Шейка матки	Предстательная железа	Пищевод и желудок	Колоректальная локализация
56,8	75,3	83,5	61,3	34,2	62,2

88,2%, в нескольких медицинских организациях (приходилось ездить) — 25 человек или 11,8%.

Следует отметить, что 82 человека или 21,3% опрошенных при заполнении анкеты отметили, что проходили и профилактический осмотр, и диспансеризацию, при этом указав одинаковый возраст участия в них. Это может свидетельствовать о том, что эти респонденты не различают соответствующих понятий. Такое смешение в отношении к программе профилактических осмотров и программе диспансеризации может свидетельствовать об отсутствии достаточной информации о различиях в этих программах для населения.

Участие населения в программах скрининга на злокачественные новообразования различных локализаций в рамках диспансеризации различно: среди участников опроса в возрасте 40 лет и старше охват скринингом на рак шейки матки составляет 83,5% женщин (исследование проведено 131 женщине) от числа прошедших диспансеризацию за последние 5 лет было проведено соответствующее исследование (мазок по Папаниколау), маммографическим скринингом составил 75,3% женщин (исследование проведено 119 женщинам), тестированием кала на скрытую кровь составил 62,2% (исследование проведено 129 лицам), ПСА — 61,3% (исследование проведено 25 мужчинам), осмотр кожных и слизистых покровов для выявления рака визуальных локализаций — 56,8% (исследование проведено 127 лицам), эндоскопическим исследованием для выявления рака пищевода и желудка — 34,2% (исследование проведено 71 человеку). Таким образом, наибольший охват скрининговыми исследованиями в рамках диспансеризации среди населения 40 лет и старше — на рак шейки матки (Таблица 2).

При этом, удовлетворенность результатами профилактических осмотров среди населения является низкой — 108 человека или 52,1% опрошенных от числа прошедших профилактический осмотр за последние 5 лет выбрали вариант ответа «не получил(а) новых рекомендаций» и 52 человек или 24,2% — «никакой ценности для меня не обнаруживаю». 158 человек или 73,5% опрошенных отметили,

что по результатам профилактического осмотра получили рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа жизни), у 15 человек или 7,0% было выявлено новое заболевание, 47 человек или 21,9% получили направление для дальнейшего обследования.

Отношение населения к результатам диспансеризации совпадает с их отношением к профилактическим осмотрам: 132 человека или 63,5% опрошенных от числа прошедших диспансеризацию за последние 5 лет выбрали вариант ответа «не получил(а) новых рекомендаций» и 54 человека или 26,0% — «никакой ценности для меня не обнаруживаю». 131 человек или 63,0% опрошенных отметили, что по результатам диспансеризации получили рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа жизни), у 22 человек или 10,6% было выявлено новое заболевание, 46 человек или 22,1% получили направление для дальнейшего обследования (таблица 3).

Заключение

В рамках настоящего исследования изучены вопросы участия в программах профилактических осмотров и диспансеризации населения за 5 лет. Население в целом одинаково оценивает программу профилактических медицинских осмотров и диспансеризации по признаку участия в них как в целом, так и за последние 5 лет.

Активность участия населения в программе профилактических медицинских осмотров и программе диспансеризации сопоставима как по признаку участия в них хотя бы раз в жизни, так и за последние 5 лет.

Результаты опроса об участии в программе скрининга на рак колоректальной локализации оказались также сравнимыми:

56,4% от числа прошедших профилактический медицинский осмотр за последние 5 лет отметили, что им был проведен тест кала на скрытую кровь;

62,2% от числа прошедших диспансеризацию за последние 5 лет отметили, что им был проведен тест кала на скрытую кровь. Полученная разница незначительна и может быть объяснена отсутствием понимания различий программ профилактики и диспансеризации.

При этом возрастает информированность населения о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и составляет 58,7%, в том числе 74% опрошенных знают о программе профилактических осмотров

Таблица 3

Сравнение удовлетворенности населения результатами профилактических осмотров и диспансеризации

№	Вариант ответа	Профилактический осмотр, %	Диспансеризация, %	Разница, диспансеризация в сравнении с профилактическим осмотром, п. п.
1	Получил рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа жизни)	73,0	62,5	-10,5
2	Выявлено новое заболевание	7,0	10,6	3,6
3	Получил направление для дальнейшего обследования	21,9	22,1	0,2
4	Не получил(а) новых рекомендаций	50,2	63,5	13,3
5	Никакой ценности для меня не обнаруживаю	23,7	26,0	-1,7

тров населения и 84,3% — о программе диспансеризации населения.

При этом проходили профилактический осмотр и диспансеризацию хотя бы раз в жизни 77,4% и 81,8% опрошенных соответственно, в том числе за последние 5 лет — 55,8% и 54,0% соответственно. Тест кала на скрытую кровь был проведен 56,4% от числа прошедших профилактический осмотр в последние 5 лет, 62,2% — диспансеризацию. Профилактический осмотр и диспансеризация, преимущественно, проводятся за один день и в одной медицинской организации.

Кроме того, исследование показало, что пациенты отмечают сложность в терминологии. В частности, практически каждый пятый опрошенный при заполнении анкеты отметил, что проходил и профилактический осмотр, и диспансеризацию в одно и то же время.

Следует отметить, что участие в скрининге на рак колоректальной локализации ниже, чем в скрининге на рак шейки матки — на 20,3 п.п., рак груди у женщин — на 13,1 п.п., однако незначительно превышает участие в скрининге на рак предстательной железы на 0,9 п.п. и значительно превышает эндоскопический скрининг на рак пищевода и желудка (на 18,0 п.п.), однако последний был введен только с 2019 г.

Обращает на себя внимание крайне низкая оценка практически половиной опрошенных (48%) ценности результатов профилактических осмотров и диспансеризации: 34% опрошенных отметили, что по результатам «не получил (а) новых рекомендаций» и 14% — «никакой ценности для меня не обнаруживаю».

Участие страховых поверенных в профилактических осмотрах и диспансеризации отметили только 18 участников опроса (4,7%) в помощи с записью на прием к участковому врачу, в том числе 2 — с записью к другим специалистам, 1 — с записью на лабо-

раторные исследования. А при возникновении вопросов по порядку участия в профилактических осмотрах (диспансеризации) обратились бы к страховому поверенному только 16 опрошенных (4%).

Такое отношение к программам профилактических осмотров и диспансеризации пациент может сообщать своим родственникам и близким, что также формирует негативные селективные социальные стимулы к участию в государственных программах профилактики. Также, когда человек не знает различий между программой профилактических осмотров и программой диспансеризации, это снижает стимулы к участию в них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна и др. М.; 2020. 252 с.
2. Нестеров П. В., Ухарский А. В., Кислов Н. В. Региональная клиничко-экономическая модель скрининга колоректального рака // Исследования и практика в медицине. 2020. Т. 7, № 3. С. 146—159. doi: 10.17709/2409-2231-2020-7-3-15
3. Jahn B., Sroczyński G., Bundo M. et al. Effectiveness, benefit harm and cost effectiveness of colorectal cancer screening in Austria // BMC Gastroenterol. 2019. Vol. 19. P. 209. doi: 10.1186/s12876-019-1121-y
4. Worthington J., Lew J. B., Feletto E. et al. Improving Australian National Bowel Cancer Screening Program outcomes through increased participation and cost-effective investment // PLoS One. 2020. Vol. 15, N 2. P. e0227899. doi: 10.1371/journal.pone.0227899

REFERENCES

1. Kaprin A. D. et al. (eds.) Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality). Moscow; 2020. 252 p.
2. Nesterov P. V., Ukharskiy A. V., Kislov N. V. Regional clinical and economic model of colorectal cancer screening. *Research and Practical Medicine Journal*. 2020;7(3):146—159. doi: 10.17709/2409-2231-2020-7-3-15 (In Russ.)
3. Jahn B., Sroczyński G., Bundo M. et al. Effectiveness, benefit harm and cost effectiveness of colorectal cancer screening in Austria. *BMC Gastroenterol*. 2019;19:209. doi: 10.1186/s12876-019-1121-y
4. Worthington J., Lew J. B., Feletto E. et al. Improving Australian National Bowel Cancer Screening Program outcomes through increased participation and cost-effective investment. *PLoS One*. 2020;15(2):e0227899. doi: 10.1371/journal.pone.0227899

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 12.07.2023; одобрена после рецензирования 13.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 12.07.2023; approved after reviewing 13.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

История медицины

Научная статья

УДК 93/94

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.024

Выдающийся российский ученый М. С. Балаян (11.05.1933—5.11.2000)

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. В статье на основании научных публикаций, сведений средств массовой информации и многочисленных архивных документов представлены основные этапы научного пути выдающегося отечественного ученого, академика РАМН Михаила Суменовича Балаяна, его становления и роста в НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М. П. Чумакова. Очерчен круг его научных интересов, описаны результаты исследовательских работ по актуальным проблемам медицины. Выделены приоритетные направления его творчества. Отмечен вклад М. С. Балаяна в развитие и укрепление международного сотрудничества НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М. П. Чумакова с передовыми научными организациями разных стран мира. Особое внимание уделено эксперименту М. С. Балаяна с самозаражением, обнаружению и описанию им новой нозологической формы вирусного гепатита (гепатита Е). Подчеркнута преемственность этого подвига ученого с высокой традицией отечественной медицины, русских врачей по исследованию инфекционных болезней, предупреждению и борьбе с эпидемическими процессами.

Ключевые слова: вирус, гепатит, полиомиелит, энцефалит, самозаражение, эксперимент, исследование, международное сотрудничество.

Для цитирования: Саркисов А. С. Выдающийся российский ученый М. С. Балаян (11.05.1933—5.11.2000) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 143—146. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.024.

History of medicine

Original article

Outstanding Russian scientist M. S. Balayan (11.05.1933—5.11.2000)

Armen S. Sarkisov

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. The article presents the main stages of the scientific path of the outstanding Russian scientist, academician of the Russian Academy of Medical Sciences Mikhail Surenovich Balayan, his formation and growth at the M. P. Chumakov Research Institute of Polio and Viral Encephalitis on the basis of scientific publications, information from the mass media and numerous archival documents. The circle of his scientific interests is outlined, the results of research works on topical problems of medicine are described. The priority directions of his work are highlighted. The contribution of M.S. was noted. Balayan contributed to the development and strengthening of international cooperation of the M. P. Chumakov Research Institute of Polio and Viral Encephalitis with leading scientific organizations from around the world. Special attention is paid to M. S. Balayan's experiment with self-infection, his detection and description of a new nosological form of viral hepatitis (hepatitis E). The continuity of this feat of a scientist with a high tradition of Russian medicine, Russian doctors in the study of infectious diseases, prevention and control of epidemic processes is emphasized.

Key words: virus, hepatitis, poliomyelitis, encephalitis, self-infection, experiment, research, international cooperation.

For citation: Sarkisov A. S. Outstanding Russian scientist M. S. Balayan (11.05.1933—5.11.2000). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):143–146. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.024.

Выдающийся российский вирусолог, иммунолог, эпидемиолог, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Михаил Суменович Балаян родился 11 мая 1933 г. в Москве. В 1952 г. поступил на лечебный факультет Первого Московского государственного медицинского института им. И. М. Сеченова, который окончил с отличием в 1957 г.¹ и поступил в аспирантуру Института

полиомиелита и вирусного энцефалита АМН СССР² [1].

В 1960 году защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Применение реакции преципитации при

¹ Балаян М.С. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 140.

² Там же. — Л. 11.

полиомиелите», в которой доказал, что использование этого метода в лабораторной практике позволяет «в самые ранние сроки от начала заболевания установить серологический диагноз и определить тип вируса, вызвавшего инфекцию» [2, С. 17].

С 1960 г., после защиты диссертации, до 1962 г. работал в должности младшего, затем, до 1976 г. старшего научного сотрудника³. В этот период времени, писал М.С. Балаян, «предметом моих научных исследований были штаммовые вариации и генетика полиовирусов, патогенез экспериментального полиомиелита, оценка эффективности вакцин против полиомиелита»⁴.

В 1966—1968 гг. находился в командировке в Республике Куба, работал в качестве консультанта и преподавателя в Национальном институте микробиологии, эпидемиологии и гигиены (Гавана)⁵.

В 1971 г. был направлен на работу ВОЗ и в качестве эксперта-вирусолога во многих странах мира⁶. При этом в период с 1974 по 1976 гг. в Уганде руководил реализацией специализированного проекта ВОЗ по изучению причин низкой эффективности вакцинации против полиомиелита в тропических странах⁷.

В 1971 году защитил диссертацию на соискание учёной степени доктор медицинских наук по теме: «Штаммовые вариации полиовирусов и патогенез экспериментального полиомиелита». Это масштабное исследование, проведенное в период с 1960 по 1969 гг., стало возможно, благодаря научным достижениям, которые открывали перспективные возможности изучения изменчивости поливирусных инфекций и требовали переосмысления классических [традиционных] представлений о патогенезе полиомиелита⁸ [3, С. 4].

В этот же период времени, в шестидесятые годы, принимал участие в экспериментальных исследованиях по изучению вирусов кори, кори, трахомы, краснухи и реовирусов⁹. Вместе с тем, в диапазоне научного творчества М.С. Балаяна отчетливо выделяются три группы приоритетных исследований социально-значимых инфекций: полиомиелит, гепатит А, гепатит Е [4, С. 153].

В 1976 г., М.С. Балаян был назначен на должность руководителя лаборатории вирусных гепатитов НИИ полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова¹⁰, которая по его инициативе была реорганизована в отдел¹¹. При этом для создания тождественных, адекватных моделей, позволяющих исследовать природу вирусных гепатитов, потребовалось выработать научные принципы разведения в неволе и ухода за обезьянами из Южной

Америки. Этот проект был успешно реализован сотрудниками лаборатории¹² [1]. Под руководством М.С. Балаяна был выполнен целый ряд приоритетных исследований в этой области, в частности, создан первый отечественный диагностический, основанный на определении иммуноглобулинов класса М, разработана, серийно запущена в промышленное производство и освоена практическим здравоохранением отечественная вакцина против вирусного гепатита А¹³.

М. Балаян, зарекомендовавший себя на всех порученных ему участках работы не только как талантливый исследователь, но и умелый организатор¹⁴, с 1977 г. исполнял обязанности заместителя директора института по научной работе¹⁵, а в 1978 г., продолжая осуществлять руководство отделом вирусных гепатитов, был утверждён в этой должности¹⁶. На посту заместителя директора института по научной работе М.С. Балаян уделял особое внимание развитию и укреплению международного сотрудничества с передовыми научными организациями разных стран мира¹⁷.

В 1984 году ему было присвоено учёное звание профессора¹⁸.

В январе 1993 г. был утверждён членом-корреспондентом РАМН¹⁹. В марте 2000 г. избран действительным членом (академиком) РАМН²⁰.

Обладатель многочисленных патентов и ряда авторских свидетельств на изобретения, М.С. Балаян, в соавторстве с М.И. Михайловым, в 1994 г. выпустил в свет уникальный научный труд «Энциклопедический словарь — вирусные гепатиты», который стал первым опытом подобных работ [1; 5, С. 3] и был переиздан в 1999 г. [6].

Выдающимся научным достижением стало обнаружение и описание М.С. Балаяном новой нозологической формы вирусного гепатита (гепатит Е).

Гепатит Е остается важной проблемой общественного здравоохранения во всем мире²¹. В тропических странах Южной Америки, Африки и Азии, отличающихся жарким климатом, он может носить активный эпидемический характер и приводить к летальным исходам, однако в последние годы регистрируется рост распространения гепатита Е и в промышленно развитых странах²² [7, С. 294]. В на-

¹² Там же. — Л. 199.

¹³ Там же. — Л. 199.

¹⁴ Там же. — Л. 79.

¹⁵ Там же. — Л. 97.

¹⁶ Там же. — Л. 99.

¹⁷ Там же. — Л. 77.

¹⁸ Там же. — Л. 17.

¹⁹ Там же. — Л. 145.

²⁰ Там же. — Л. 130—131.

²¹ Алаторцева Г.И., Лухверчик Л.Н., Нестеренко Л.Н., Михайлов М.И., Кюреган К.К., Малинникова Е.Ю., Касымов О.Т. Нурматов З.Ш., Нурматов А.З., Суранбаева Г.С., Ташов К.Э., Бакирова З., Зверев В.В. Оценка серопревалентности вируса гепатита Е в Кыргызстане. В кн.: Вирусные гепатиты — достижения и новые перспективы. В кн.: Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 18—20 ноября 2021 г. Available at: <https://edu.infgepatit.com/file/589.pdf>.

²² Ильченко Л.Ю., Малинникова Е.Ю. Фульминантные случаи гепатита Е. Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=12501&ysclid=lapeyzss58507585749>.

³ Там же. — Л. 12.

⁴ Балаян М.С. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 11.

⁵ Там же. — Л. 77.

⁶ Там же. — Л. 78.

⁷ Там же. — Л. 11.

⁸ Там же. — Л. 16.

⁹ Там же. — Л. 79.

¹⁰ Балаян М.С. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 97.

¹¹ Там же. — Л. 86.

стоящее время вирусный гепатит Е признан основной причиной острых гепатитов, в ряду которых в Европе он составляет не менее 0,5%, а в некоторых регионах России занимает более 12%. До открытия М.С. Балаяна такие события фиксировались как эпидемии гепатита А, хотя в лабораторных исследованиях не удавалось обнаружить возбудителя инфекции, который не случайно прозвали вирусом-химерой^{23, 24}.

В 1981 г. М.С. Балаян, командированный в Туркмению для борьбы с гепатитом, принял решение провести исследование на себе. Он выпил материал, полученный от советских военнослужащих, участвовавших в боевых действиях в Афганистане и заболевших именно этой формой болезни. После проявления симптомов поражения ему удалось выделить вирус и описать новую нозологическую форму гепатита, который стал известен как гепатит Е²⁵ [1; 4, С. 154—157; 8].

М. Балаян являлся преемником высокой традиции отечественной медицины, зародившейся в 1788 г., когда русский врач С.С. Андреевский, направленный в Челябинск для борьбы с «морovým поветрием», охватившим Южный Урал, ввел себе материал из карбункула погибшего животного и доказал зоонозную природу сибирской язвы²⁶ [9]. Подвиг М.С. Балаяна получил мировое признание, а Всероссийское общество эпидемиологов, микробиологов и паразитологов и ООО «ГепатитИнфо» учредили медаль М.С. Балаяна, которой с 2012 г. каждые два года награждаются отечественные и зарубежные исследователи, внесшие значительный вклад в изучение и профилактику гепатита Е²⁷.

Деятельность М.С. Балаяна была постоянно насыщенной, обширной и разнообразной. Он являлся председателем проблемной комиссии АМН СССР «Полиомиелит и другие энтеровирусные инфекции» и заместителем председателя проблемной комиссии АМН (РАМН) «Вирусные гепатиты»; был членом научной группы консультантов ВОЗ по новым вакцинам и технической группы ВОЗ по вирусным гепатитам, входил в состав правления Московского отделения научно-практического общества микробиологов, эпидемиологов и паразитологов им. И.М. Мечникова, Экспертного совета НПО «Биоген», был редактором редакционного отдела «Вирусология» 3-го издания БМЭ, избирался членом отечественных зарубежных научных обществ. В 1981 г. М.С. Балаян

был награжден орденом Трудового Красного Знамени²⁸ [1].

Скончался М. С. Балаян 5 ноября 2000 г. и похоронен в Москве на Армянском кладбище²⁹.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Балаян Михаил Суменович. 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: 41—42.
2. Балаян М.С. Применение реакции преципитации при полиомиелите: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.; 1961.
3. Балаян, Михаил Суменович. Штаммовые вариации полиовирусов и патогенез экспериментального полиомиелита: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М.; 1971.
4. Михайлов М.И., Кюрегян К.К., Малинникова Е.Ю., Поляков А.Д. Гепатит Е, к 40-летию открытия вируса академиком РАМН М.С. Балаяном. Журнал инфектологии. 2021; 13 (3): 153—158.
5. Балаян М.С., Михайлов М.И. Энциклопедический словарь — вирусные гепатиты. М.: «Новая слобода»; 1994.
6. Балаян М.С., Михайлов М.И. Энциклопедический словарь — вирусные гепатиты. 2-е изд. М.: Аминпресс; 1999.
7. Малинникова Е.Ю., Кюрегян К.К., Поляков А.Д., Амон Е.П., Михайлов М.И. Вирусный гепатит Е. Современный взгляд на проблему. Медицина экстремальных ситуаций. 2018; 20 (3): 293—299.
8. Балаян М.С. Вирусный гепатит Е. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1995; 5 (2): 32—37.
9. Андреевский, Степан Семенович. В кн.: Русский биографический словарь. Под ред. А.А. Половцова. СПб.: Типография Главного управления Уделов; 1900; т. 2: 117—118.

REFERENCES

1. Balayan Mikhail Surenovich. 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 zdravookhraniya — sotrudniki i pitomtsy 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: 41—42. (In Russian).
2. Balayan M. S. Application of the precipitation reaction in polio: Abstract of the dissertation for the degree of candidate of medical sciences. [Primenenie reaktsii pretsipitatsii pri poliomielite: Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk]. Moscow; 1961. (In Russian).
3. Balayan, Mikhail Surenovich. Strain variations of polioviruses and pathogenesis of experimental poliomyelitis: Abstract of the dissertation for the degree of doctor of medical sciences. [Shtammovye variatsii poliovirusov i patogenez eksperimental'nogo poliomielita: Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni doktora meditsinskikh nauk]. Moscow; 1971. (In Russian).
4. Mikhailov M. I., Kyuregyan K. K., Malinnikova E. Y., Polyakov A. D. Hepatitis E, to the 40th anniversary of the discovery of the virus by academicians of the Russian Academy of Medical Sciences M. S. Ba-

²³ Аликеева Г.К., Максимов С.Л., Сафиуллина Н.Х., Сундуков А.В., Кожевникова Г.М., Максимова Р.Ф., Ющук Н.Д. Вирусный гепатит Е. Available at: <https://www.lvrach.ru/2012/10/15435555?ysclid=lapelh5nfq783807538>.

²⁴ Репин Леонид. Подвиг ученого. Комсомольская правда; 27 июля 2020. <https://www.kp.ru/daily/27160.5/4259777/>.

²⁵ Мельников А. В шаге от премии. Нобелевку по медицине могли дать вирусологу из России. Аргументы и факты; 6 октября 2020. Available at: https://aif.ru/society/science/v_shage_ot_premii_nobelevku_po_medicine_mogli_dat_virusologu_iz_rossii?ysclid=lbbvsj85ql520789488.

²⁶ Гайнуллин Марат. Заражение для лечения. Как в конце XVIII века Челябинск спасли от вымирания. Available at: <https://up74.ru/articles/obshchestvo/103834/?ysclid=latfcdetj109519351>.

²⁷ Медаль «М.С. Балаян». Вклад в изучение гепатита Е. Available at: <https://gepatitinfo.com/4242—2/>.

²⁸ Балаян М.С. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук. — Л. 148.

²⁹ Балаян Михаил Суменович. Available at: http://moscow-tombs.ru/by-years/balayan_ms/?ysclid=lb38khfx3q762862157.

- layan. Journal Infectology. [Zhurnal infektologii]. 2021; 13 (3): 153—158. (In Russian).
5. Balayan M. S., Mikhailov M. I. Encyclopedic dictionary — viral hepatitis. [Entsiklopedicheskiy slovar' — virusnye gepatity]. Moscow: «Novaya Sloboda», 1994. (In Russian).
 6. Balayan M. S., Mikhailov M. I. Encyclopedic dictionary — viral hepatitis. [Entsiklopedicheskiy slovar' — virusnye gepatity]. 2nd ed. Moscow: Aminpress, 1999. (In Russian).
 7. Malinnikova E. Yu., Kyuregyan K. K., Polyakov A. D., Amon E. P., Mikhailov M. I. Viral hepatitis E. A modern view of the problem. Extreme medicine. [Meditsina ekstremal'nykh situatsiy]. 2018; 20 (3): 293—299. (In Russian).
 8. Balayan M. S. Viral hepatitis E. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, coloproctology. [Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii]. 1995; 5 (2): 32—37. (In Russian).
 9. Andreevsky, Stepan Semyonovich. In: Russian Biographical Dictionary. [Russkiy biograficheskiy slovar']. Ed. by A. A. Polovtsov. St. Petersburg: Printing House of the Main Department of the Estates, 1900; vol. 2: 117—118. (In Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 10.01.2023; одобрена после рецензирования 25.01.2023; принята к публикации 30.08.2023.

The article was submitted 10.01.2023; approved after reviewing 25.01.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 61 (091)

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.025

Коммуникативные технологии санитарного просвещения

Юлия Александровна Кузьмина¹, Геннадий Геннадьевич Слышкин², Нина Васильевна Чиж³

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

²Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация

¹kuzmina1070@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0000-7474-6751>

²ggsl@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8121-0250>

³nina-chizh@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2384-6546>

Аннотация. На обширном историческом материале рассматривается коммуникация, направленная на санитарное просвещение населения, формирование в массовом сознании ценностного отношения к здоровому образу жизни, внедрение моделей социально-ответственного гигиенического поведения. Дифференцируются мемориальный и императивный типы технологий санитарного просвещения. В рамках каждого типа описываются конкретные технологии, основанные на использовании как вербальных средств, так и иных семиотик.

Ключевые слова: санитарное просвещение, коммуникативные технологии, социально-ответственное гигиеническое поведение.

Для цитирования: Кузьмина Ю. А., Слышкин Г. Г., Чиж Н. В. Коммуникативные технологии санитарного просвещения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 147–152. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.025.

Original article

Communicative technologies of public health education

Yulia A. Kuzmina¹, Gennady G. Slyshkin², Nina V. Chizh³

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

²The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russian Federation

¹kuzmina1070@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0000-7474-6751>

²ggsl@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8121-0250>

³nina-chizh@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2384-6546>

Annotation. Based on extensive historical material the article considers communication aimed at the health education of the population, formation of a value attitude to a healthy lifestyle in the mass consciousness, the introduction of models of socially responsible hygienic behavior. Memorial and imperative types of health education technologies are differentiated. Within each type, specific technologies using verbal means and other semiotics are described.

Key words: public health education, communicative technologies, socially responsible hygienic behavior.

For citation: Kuzmina Yu. A., Slyshkin G. G., Chizh N. V. Communicative technologies of public health education. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):147–152. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.025.

Введение

Санитарно-просветительскую коммуникацию следует отнести к наиболее исторически развитым и системно организованным дискурсам, направленным на формирование в массовом, коллективном или индивидуальном сознании витальных ценностей и основанных на них моделей поведения. Применение тех или иных форм и жанров санитарного просвещения зависело от трех групп факторов:

1) особенности культурно-исторической среды (сочетание мифологических, религиозных и научных основ в мировоззрении, общее отношение социума к здоровью и жизни, к роли индивида, общества и государства в здоровьесбережении);

2) характеристики аудитории, на которую направлены просветительские действия (размер аудитории, профессиональная и социальная принадлежность ее членов, возраст, пол, уровень образования и т. п.);

3) ресурсы, находящиеся в распоряжении адресанта санитарно-просветительского дискурса (технические, финансовые, профессиональные; например, наличие среди создателей коммуникативного продукта врачей, литераторов, художников).

Целью настоящей работы является систематизация коммуникативных технологий санитарного просвещения, определение жанрового и семиотического арсенала средств воздействия, используемого

субъектами санитарно-просветительской деятельности.

Материалы и методы

Материалом исследования стали опредмеченные в различных знаковых формах результаты санитарно-просветительской коммуникации, осуществлявшейся в России и за рубежом в эпохи Средневековья, Нового и Новейшего времени. В ходе исследования использовались семиотический, интерпретационный, функционально-прагматический и сравнительно-культурный типы анализа.

Результаты

Проведенный анализ продемонстрировал семиотическое и жанровое многообразие используемых в санитарно-просветительской деятельности коммуникативных технологий. При этом с функционально-прагматической точки зрения данные технологии могут быть разделены на две большие группы:

- 1) мемориальные;
- 2) императивные.

Мемориальные санитарно-просветительские технологии направлены на увековечение памяти о некоем событии или поступке, связанном с борьбой за общественное здоровье, профилактикой заболеваний, популяризацией гигиенических знаний и навыков. В рамках коммуникативных технологий данного типа не осуществляется прямого обращения к адресату с призывом к принятию конкретных санитарно-гигиенических мер. Основная цель — повышение престижа ответственного социального поведения по здоровьесбережению и авторитета субъектов санитарно-гигиенических действий. Построение ассоциативных связей между действиями исторических персонажей (а иногда современников) и собственной моделью поведения осуществляется адресатом самостоятельно.

Императивные технологии включают прямой призыв к адресату и четкие инструкции по обеспечению конкретных санитарно-гигиенических мер.

Обсуждение

Рассмотрим подробнее конкретные технологии, формирующие названные группы.

1. Мемориальные санитарно-просветительские технологии.

1.1. Архитектурные формы. Зачатками санитарного просвещения можно считать применение подобных технологий в Европе еще в эпоху Средневековья: в ознаменование окончания эпидемий в городах воздвигались так называемые чумные столбы (Вена, Прага, Будапешт и т. д.). В более поздний период эта традиция была продолжена. Так, в Дрездене в 1846 г. по проекту архитектора Г. Земпера был установлен «холерный фонтан» в память об эпидемии холеры, поразившей всю Саксонию, но парадоксальным образом не затронувшую Дрезден. В России образцом санитарно-просветительской архитектуры можно считать Орловские (Гатчинские)

ворота, сооруженные в 1777—1782 годах по проекту архитектора Антонио Ринальди на границе Екатерининского парка (Санкт-Петербург), у выезда на дорогу, ведущую в имение Г. Г. Орлова. Ворота установлены в честь победы над эпидемией чумы в Москве в 1771 году. На фасаде ворот — цитата из стихотворения В. И. Майкова, адресованного Г. Г. Орлову: «Орловым от беды избавлена Москва». Надпись с внутренней стороны описывает роль Орлова в борьбе с эпидемией.

1.2. Памятные медали. Важной формой мемориальных санитарно-просветительских технологий можно считать памятные медали, а также награды и прочие знаки отличия, врученные лицам, сыгравшим важную роль в борьбе с эпидемическими заболеваниями и в формировании принципов здорового образа жизни. Так, в 1768 г. была отчеканена памятная медаль в честь удачной вариоляции Екатерины II и цесаревича Павла. На медали изображена императрица, держащая за руку сына. Перед ними женская фигура с детьми (олицетворение России) и надпись: «Собою подала пример. Октября 12 дня 1768 года». В 1771 г. в память об избавлении Москвы от чумы Григорием Орловым была отчеканена памятная медаль. На лицевой стороне медали изображен граф Орлов и надпись: граф Григорий Григориевич Орлов Римской империи князь» На оборотной стороне надпись: «Россия таковых сынов в себе имеет» и «За избавление Москвы от язвы в 1771 году».

1.3. Награды и знаки отличия. 19 апреля 1838 г. император Николай I учредил особую медаль «За прекращение чумы в Одессе». Медалью награждали офицеров, военных и гражданских чиновников, медиков, купцов и мещан, отличившихся во время борьбы с чумой в г. Одессе в 1837 г. В июне 1838 г. было отчеканено 344 золотых и 117 серебряных медалей.

В январе 1897 года в Российской Империи была создана Комиссия по предупреждению и борьбе с чумой и учреждены особые нагрудные знаки отличия, «присваиваемые должностным лицам по принятию мер к прекращению чумной заразы при появлении ее внутри Империи». Знаки из серебра предназначались для врачей и представителей территориальных комиссий, из бронзы — для санитаров.

В 1894 г. властями Гонконга была учреждена медаль «За борьбу с бубонной чумой в Гонконге». На медали изображен китаец, умирающий от чумы, ухаживающая за ним медсестра, и военный, отражающий атаку крылатой смерти.

Традиция учреждения орденов за борьбу с эпидемиями продолжается в настоящее время. Указом Президента Российской Федерации от 19 июня 2020 года № 404 был учрежден Орден Пирогова и медаль Луки Крымского. Первыми награжденными стали медицинские работники, участвовавшие в борьбе с распространением COVID-19.

1.4. Поэтические произведения. В память о вариоляции Екатерины II создавались стихотворные произведения, наиболее известными из

которых являются написанные В. И. Майковым «Сонет ко дню празднования, о благополучном выздоровлении от прививных оспы, ея императорского величества и его императорского высочества, придворнаго российского театра актерами и актрисами» [1] и «Торжествующий Парнасс, Пролог по выздоровлении от прививных оспы ея императорского величества и его императорского высочества» [2]. С целью прославления мужественного поступка императрицы было создано «Слово, произнесенное в день празднования дня привития оспы императрице Екатерине II и великому князю Павлу Петровичу (28 ноября 1768 г.) членом Синода протопресвитером Московского Успенского собора Александром Левшиным».

1.5. Театральные постановки. В 1769 г. по следам торжественного события был также поставлен балет «Побежденное предрассуждение», восхваляющий торжество науки над болезнью. «В нем главными действующими лицами были Минерва (Екатерина II), Рутения (Россия), Алцид (Павел), Суеверие, Невежество и русский народ. В первой картине Химеры (оспа) пожирала детей. Рутения в страхе и смятении не знала, что делать, и была в отчаянии. Во второй картине появлялись русская Минерва и Алцид, которые изгоняли Суеверие и Невежество. Балет заканчивался прославлением Екатерины II и радостным величественным танцем народа.

2. Императивные технологии

К числу императивных жанров санитарного просвещения относятся как изобразительные, так и письменные источники.

2.1. Эпиграфика. Зачатками императивных технологий санитарного просвещения можно считать описания заболеваний, которые содержатся в литературных источниках и на мемориальных памятниках, «memento mori» своего времени. Примером такого памятника является обелиск Рогожского некрополя — «памятник моровой могилы», воздвигнутый в месте захоронения умерших во время эпидемии чумы 1770—1772 гг. На двух из четырех сторон обелиска описывается чума, ее симптомы и течение.

2.2. Плакаты. В санитарном просвещении огромную роль сыграли плакаты соответствующей тематики, многие из которых хранятся в Российском музее медицины Национального научно-просветительского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко [3]. Тематика этих плакатов разнообразна. Часть из них посвящена конкретным противоэпидемическим мерам, в частности, необходимости вакцинации. Этот тип плакатов был наиболее востребован в 1920-е годы, когда Советская Россия находилась в тяжелой эпидемической ситуации. Плакаты такого типа оказывали большое воздействие на аудиторию, значительная часть которой была малограмотна и лучше воспринимала не письменные, а изобразительные материалы. Другие плакаты призывали к здоровому образу жизни, соблю-

дению гигиенических норм и правил, искоренению вредных привычек.

2.3. Информационно-просветительские листовки и брошюры. В печатной санитарно-просветительской литературе, например, брошюрах и листовках, приводятся данные о том или ином заболевании, о путях заражения и сопряженных с болезнью рисках для больного и его окружения, выделяются практические меры для профилактики заболеваемости. Особенностью методически выверенных просветительских материалов как дореволюционного времени, так и советского и постсоветского периодов, является их ориентированность на конкретную целевую аудиторию: крестьян или рабочих, женщин или мужчин, профессиональных групп [4]. В качестве примеров таких материалов можно привести брошюры: «Сифилис в семье: 20 ответов крестьянке», «Как в деревне надо жить, чтобы бабам не тужить», «Крепи здоровье».

2.4. Карикатуры. Еще в XVIII в. как в странах Европы, так и в России зародился жанр медицинской карикатуры. Популярной темой для карикатур было высмеивание противников вакцинации. В 1796 г. Эдвард Дженнер впервые сделал публичное прививание человеку коровьей оспы. Этот метод был эффективным и более безопасным для здоровья людей, но вызвал еще большее сопротивление в обществе, чем вариоляция. Противники вакцинации делились на тех, кому она экономически была невыгодна и на тех, кто был убежден в том, что с вакциной человек получает черты того животного, от которого берется материал для прививки. Для борьбы с противниками вакцинации и для пропаганды вакцинации в Европе печатались карикатуры. На одной из карикатур Э. Дженнер и двое его коллег прогоняют троих противников вакцинации, за которыми тянется шлейф из мертвых тел, покрытых оспой.¹

Карикатуры служили средством сопоставления различных подходов к борьбе с заболеванием. На одной из карикатур изображена закрывающаяся аптека (символ медикаментозного лечения оспы) и Дженнер со скарификатором (символ вакцинопрофилактики оспы), изгоняющий смерть².

Особая группа изображений — это карикатуры, высмеивающие суеверие, согласно которому прививка приводит к появлению рогов. Этот сюжет часто появляется на изображениях XIX века и постепенно переходит в XX век³.

¹ Edward Jenner and two colleagues seeing off three anti-vaccination opponents, the dead smallpox victims are littered at their feet. Coloured etching by I. Cruikshank, 1808. Credit: Wellcome Collection. Public Domain Mark <https://wellcomecollection.org/images?query=x7kbxae>

² The history of vaccination seen from an economic point of view: A pharmacy up for sale; an outmoded inoculist selling his premises; Jenner, to the left, pursues a skeleton with a lancet. Coloured etching, c. 1800. Wellcome Collection gallery (2018-04-03) <https://iif.wellcomecollection.org/image/V0011691/full/full/0/default.jpg>

³ Edward Jenner vaccinating patients in the Smallpox and Inoculation Hospital at St. Pancras: the patients develop features of cows. Coloured etching, 1803, after J. Gillray, 1802. Credit: Wellcome Collection. Public Domain Mark. <https://wellcomecollection.org/images?query=jh8pftqz>

Карикатуры становились средством осмеяния врачей-шарлатанов, использовавших кровопускание и клистиры как основные средства лечения. Следствием таких лечебных процедур часто являлась смерть. Приверженцев таких методов лечения высмеивает карикатура, «Триумф оспы». На картине больная женщина, превращающаяся в русалку, врач с ланцетом верхом на корове и аптекарь со шприцем в руках образуют гротескную процессию, пугающую детей на ходу, высмеивая страх французской общественности перед лицом вакцинации⁴. Изображения часто снабжались текстом, высмеивающим такие убеждения и рекламирующим вакцинацию.

В России, помимо карикатур, получили распространение так называемые лубочные картинки, рассчитанные на более широкую аудиторию. Эти картинки, иногда сопровождаемые стихотворным текстом, пропагандировали прививки. На них были представлены две группы персонажей: люди, не сделавшие прививок и в результате обезображенные оспой, и красивые здоровые люди, сделавшие прививку. Часто изображения сопровождалось нравоучительными диалогами родителей и детей, в которых переболевшие дети упрекают своих родителей в том, что им не сделали прививку и теперь от них, обезображенных болезнью, в страхе убегают другие дети.

2.5. Детская художественная литература. В Советском Союзе уделялось большое внимание воспитанию гигиенических навыков у детей. Классики советской детской литературы уделяли серьезное внимание этой проблеме. Многие поколения советских детей выросли на таких произведениях, как «Мойдодыр» К. И. Чуковского, «Прививка» С. В. Михалкова. Корней Чуковский в письме А. Б. Халатову писал: «Чуждаюсь ли тенденции я в своих детских книгах. Нисколько! Например, тенденция «Мойдодыра» — страстный призыв маленьких к чистоте, к умыванию. Думаю, что в стране, где ещё так недавно про всякого чистящего зубы, говорили, «гы, гы, видать, что жид!» эта тенденция стоит всех остальных. Я знаю сотни случаев, где «Мойдодыр» сыграл роль Наркомздрава для маленьких» [5]. Детские стихи часто помогают преодолеть страх перед врачами (например, «Академик Иванов» Э. Успенского).

2.6. Теневые картины. Среди визуальных технологий санитарного просвещения, предшествующих появлению синемаатографа и кинолент, следует выделить теневые картины, проецируемые с помощью волшебного фонаря. В продукции различных мастерских, занятых производством теневых картин, можно отметить продукцию мастерской Л. М. Соколова [6]. В разделе «Медицина» мастерская предлагала картины как с анатомическими иллюстрациями, так и такие произведения, как «Беседы о первой помощи», «О червях и их влиянии на здоровье и жизнь человека», «Как сохранить глаза», «Первые понятия о том, как живет наше тело и что для него полезно и вредно», «О том, как надо жить, чтобы быть здоровым», «Пьянство и его лечение», «О табаке и вреде курения», «Беседа о Пастере».

люстрациями, так и такие произведения, как «Беседы о первой помощи», «О червях и их влиянии на здоровье и жизнь человека», «Как сохранить глаза», «Первые понятия о том, как живет наше тело и что для него полезно и вредно», «О том, как надо жить, чтобы быть здоровым», «Пьянство и его лечение», «О табаке и вреде курения», «Беседа о Пастере».

2.7. Информационно-просветительские фильмы. В 1915 году во Франции была создана Синемаатографическая секция, в задачи которой входили как военная пропаганда и документация событий, так и санитарное просвещение. Было снято более 80 фильмов на медико-санитарную тематику. Особое место в санитарной пропаганде занимали информационные кампании по борьбе с венерическими заболеваниями в армии. В 1916 году Жюстен Годар, отвечавший за медицинскую службу вооруженных сил Франции, назвал сифилис «общественной опасностью национального значения». Для военных была снята серия специальных фильмов о сексуальной гигиене, проводились популярные лекции, печатались брошюры, плакаты и открытки. Материалы по профилактике венерических заболеваний в армии были адаптированы именно для военной аудитории и в послевоенное время были признаны неприемлемыми для широкой аудитории, в частности для женщин и несовершеннолетних.

В СССР и постсоветской России кинотехнологии санитарного просвещения также были востребованы. В качестве примеров назовем киножурналы «Фитиль. Борьба с алкоголизмом» и современные документальные фильмы цикла «Эпидемия».

2.8. Мультипликационные и фотографические произведения для детей. С развитием фото- и киноиндустрии появились новые технологии санитарной пропаганды, ориентированной на детскую аудиторию. Например, детские диапозитивы «Катя у медвежат» [7], пропагандирующие приверженность правилам гигиены, режиму дня и здоровому питанию. Большой популярностью пользовались мультипликационные фильмы, например, «Бегемот, который боялся прививок», «Королева зубная щётка».

2.9. Художественная литература и художественный кинематограф несанитарной тематики. В ряде художественных произведений различных жанров представлены отдельные факты, способствующие санитарному просвещению читателя. Приведем лишь несколько примеров:

- приключенческая повесть Джека Лондона «Смок Беллью»: информация о роли картофеля в профилактике и лечении цинги;
- детективная повесть Агаты Кристи «Зеркало треснуло»: информация о путях распространения красухи и ее опасности для беременных женщин;
- стихотворение В. В. Маяковского «Рассказ лейтенанта Ивана Козырева о вселении в новую квартиру» (1928 г.): пропаганда личной гигиены;

⁴ A diseased woman turning into a mermaid, a physician riding a cow and an apothecary wielding a syringe form a grotesque procession that scares children; referring to the distrust of the French public in the face of vaccination. Coloured etching.. Credit: Wellcome Collection. Public Domain Mark. <https://wellcomecollection.org/works/svu4e4kg/images?id=sq94dtn>

- детский художественный фильм «Первоклассница» (1948 г.): пропаганда детской личной гигиены и роли школы в ее распространении;
- российский драматический сериал «Нулевой пациент»: информация о путях передачи ВИЧ-инфекции.

2.10. Энциклопедические и справочные издания. В популярном в СССР справочнике «Домоводство» содержались статьи «Гигиена жилища», «Гигиена женщины», «Гигиена волос» и ряд других.

2.11. Про х и б и т и в ы. Отдельной подгруппой императивных технологий можно считать прохибитивы (от лат. prohibitiō — запрет) — запреты на демонстрацию и популяризацию моделей поведения, противоречащих ценностям здоровьесбережения. После Первой мировой войны производился пересмотр технологий санитарного просвещения для отдельных категорий населения и выработка стандартов для широкой аудитории. В частности, в 1930 в Голливуде был подготовлен Кодекс производства звуковых и немых кинофильмов (Кодекс Хейса). Согласно кодексу, киноленты не должны снижать моральные устои аудитории, а представлению на киноэкране подлежат только правильный образ жизни. В фильмах необходимо поддерживать священный институт брака и семейные ценности. Половая гигиена и венерические заболевания не должны являться темой для кинофильмов. Не подлежит изображению употребление алкогольных напитков и хирургические операции. Голливудские художественные фильмы, снятые после 1930 года, снимались в соответствии с положениями Кодекса. Он был отменен только в конце 1960-х.

Запрет на демонстрацию и популяризацию моделей поведения, противоречащих ценностям здоровьесбережения, например, курения, является ярчайшим примером прохибитива, который актуален как для российского кино, так и для общемировой киноиндустрии. С отменой Кодекса Хейса, согласно которому регламентировалось то, что можно и что нельзя показывать в голливудских фильмах, запрет на демонстрацию сцен курения стал одним из основных и общепринятых табу. Он присутствует в медийном пространстве до сих пор. Так, «Проект Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017—2022 годы и дальнейшую перспективу» содержит следующие прохибитивы:

- введение ограничений на показ в аудиовизуальных произведениях, созданных в форме художественных фильмов, товарных знаков, служащих для индивидуализации табачных изделий;
- введение запрета на государственную поддержку создания художественных фильмов, в которых демонстрируются табачные изделия и процесс потребления табака;
- создание механизма, препятствующего распространению в качестве социальной рекламы любых форм стимулирования потребления табака, разработанных при участии или поддержке табачных организаций⁵.

Заключение

Компаративный анализ показал, что технологии санитарного просвещения, применяемые в России и за рубежом, имеют универсальный характер. Значимым различием между российской и зарубежной практикой санитарного просвещения является высокая сосредоточенность отечественного санпросвета на детях как особой целевой аудитории.

Семиотическое многообразие санитарно-просветительской коммуникации проявляется в ее реализации как в виде сугубо вербальных произведений (текстов различной жанровой принадлежности), так и в креолизованной форме (фильмы, памятники с надписью, лубочные картинки, плакаты и т. п.). Присутствуют и произведения, выполненные в рамках невербальных искусств (архитектура).

С точки зрения модальности обращения к целевой аудитории коммуникативные технологии санитарного просвещения могут быть разделены на мемориальные и императивные. Данные типы находятся в отношениях ценностно-функциональной дополнительности: первые внедряют в историческую память социума общее уважение к санитарной и гигиенической деятельности, вторые направлены на внедрение моделей социально-ответственного гигиенического поведения как ответа на актуальные вызовы общественному здоровью.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Майков В. И. Сонет ко дню празднования, о благополучном выздоровлении от прививных оспы, ея императорского величества и его императорского высочества, придворного российского театра актерами и актрисами. СПб.; 1768.
2. Майков В. И. Торжествующий Парнасс, Пролог по выздоровлении от прививных оспы ея императорского величества и его императорского высочества. СПб.; 1768.
3. Пашков К. А., Бергер Е. Е., Слышкин Г. Г., Тугорская М. С., Чиж Н. В. История санитарного просвещения первой половины XX века в музейных коллекциях. М.: М-Принт; 2023.
4. Пашков К. А., Бергер Е. Е., Слышкин Г. Г., Тугорская М. С., Чиж Н. В. Санитарно-просветительская литература и санитарно-просветительский плакат в борьбе с эпидемиями в России в 1920—1940-х годах. М.: М-Принт; 2023.
5. Чуковский К. И. Собрание сочинений: В 15 т. Т. 12: Дневник (1922—1935)/ Комент. Е. Чуковской. М.: Агентство ФТМ, Лтд. 2013: 501.
6. Художественная мастерская световых картин для волшебного фонаря Соколова Л. М. (Москва). Каталог художественной мастерской световых картин для волшебных фонарей Л. М. Соколова. Москва: Тип. под фирмою «Ломоносов». 1910.
7. Катя у медвежат / Авт. рисунок В. С. Арнольд и Л. К. Зюзин. Саконая Н. (стихи). М.: Центр. ин-т сан. просвещения, Общественная типография Огиза. 1943.

REFERENCES

1. Majkov V. I. Sonnet for the day of celebration of the successful recovery from vaccinated smallpox of Her Imperial Majesty and His

⁵ ПРОЕКТ Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017—2022 годы и дальнейшую перспективу <https://minzdrav.gov.ru/documents/9544>

- Imperial Highness by the Russian court theater actors and actresses. St. Petersburg; 1768. (in Russian)
2. Majkov V. I. Triumphant Parnassus. Prologue to Her Imperial Majesty and His Imperial Highness' Recovery from Vaccination Smallpox. St. Petersburg; 1768. (in Russian)
 3. Pashkov K. A., Berger E. E., Slyshkin G. G., Tutorskaja M. S., Chizh N. V. The history of health education in the first half of the 20th century in museum collections. Moscow: M-Print; 2023. (in Russian)
 4. Pashkov K. A., Berger E. E., Slyshkin G. G., Tutorskaja M. S., Chizh N. V. Health education literature and health education posters in the fight against epidemics in Russia in the 1920—1940s. Moscow: M-Print; 2023. (in Russian)
 5. Chukovskij K. I. Collected Works: In 15 vols. Vol. 12: Diary (1922—1935). Moscow: Agentstvo FTM, Ltd. 2013: 501. (in Russian)
 6. Catalog of the art workshop of light paintings for magic lanterns by L. M. Sokolova. Moscow: Tipografija pod firmoju «Lomonosov». 1910. (in Russian)
 7. Arnol'd V.S., Zyuzin L. K. [Authors of the pictures], Sakonskaya N. [Author of the poetries]. Katya in the bear's house. Moscow: Tsentral'nyy institut sanitarnogo prosveshcheniya, Obraztsovaya tipografija Ogiza. 1943. (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 19.06.2023; одобрена после рецензирования 12.07.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 19.06.2023; approved after reviewing 12.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.026

**Сохраняя и укрепляя память о первом руководителе кафедры социальной гигиены
Н. А. Семашко в Сеченовском Университете (к 150-летию со дня рождения)**

Валерий Николаевич Трегубов

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

tregubov_v_n@staff.sechenov.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4588-7226>

Аннотация. 21 (8) сентября 2024 г. медицинское сообщество отмечает 150-летний юбилей со дня рождения Николая Александровича Семашко — выдающегося организатора здравоохранения и первого профессора кафедры социальной гигиены, которая была им создана на медицинском факультете I Московского государственного университета в 1922 г. и которой он руководил в течение 27 лет до своей кончины. Сформированный Николаем Александровичем из единомышленников педагогический коллектив успешно проводил учебно-воспитательную, методическую и научную работу, активно участвовал в развитии здравоохранения в нашей стране. Сложившееся еще при жизни уважительное и доброе отношение коллег к Н. А. Семашко не померкло и после его смерти в 1949 г., что во многом обусловлено проведенными мероприятиями по увековечению его памяти. В Сеченовском Университете и по сей день бережно сохраняется и укрепляется память о жизни Николая Александровича, его вкладе в здравоохранение, науку и медицинское образование. На кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н. А. Семашко создана о нем историческая экспозиция, проводятся торжественные мероприятия в дни его рождения, регулярно публикуются на эту тему научные статьи, во время учебных занятий и на научно-практических конференциях освещаются примеры из его жизни и работы.

Ключевые слова: Н. А. Семашко, социальная гигиена, общественное здоровье и здравоохранение, Сеченовский Университет, память, история медицины.

Для цитирования: Трегубов В. Н. Сохраняя и укрепляя память о первом руководителе кафедры социальной гигиены Н. А. Семашко в Сеченовском Университете (к 150-летию со дня рождения) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 153—157. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.026.

Original article

**Preserving and strengthening the memory of the first head of the department of social hygiene
N. A. Semashko at Sechenov University (to the 150th anniversary of his birth)**

Valerij N. Tregubov

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

tregubov_v_n@staff.sechenov.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4588-7226>

Annotation. On September 21 (8), 2024, the medical community celebrates the 150th anniversary of the birth of Nikolai Alexandrovich Semashko, an outstanding organizer of healthcare and the first professor of the Department of Social Hygiene, which he created at the Medical Faculty of Moscow State University I in 1922 and which he led for 27 years until his death. The teaching staff formed by Nikolai Aleksandrovich from like-minded people successfully carried out educational, methodological and scientific work, actively participated in the development of health care in our country. The respectful and kind attitude of colleagues towards N. A. Semashko did not fade even after his death in 1949, which is largely due to the measures taken to perpetuate his memory. To this day, Sechenov University carefully preserves and strengthens the memory of the life of Nikolai Alexandrovich, his contribution to healthcare, science and medical education. At the Department of Public Health and Health. N. A. Semashko created a historical exposition about him, solemn events are held on his birthday, scientific articles on this topic are regularly published, examples from his life and work are highlighted during training sessions and at scientific and practical conferences.

Key words: N. A. Semashko, social hygiene, public health and healthcare, Sechenov University, memory, history of medicine.

For citation: Tregubov V. N. Preserving and strengthening the memory of the first head of the department of social hygiene N. A. Semashko at Sechenov University (to the 150th anniversary of his birth). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):153–157. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.026.

Введение

21 (8) сентября 2024 г. медицинское сообщество отмечает 150-летний юбилей со дня рождения Николая Александровича Семашко, уникального человека и выдающегося лидера, который в сложных ус-

ловиях первой половины XX в., связанных с разрухой, голодом, многочисленными эпидемиями и войнами, внес значительный вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и образования в нашей стране. В 1920 г. несмотря на высокую нагрузку на должности Народного комиссара здравоохране-

ния РСФСР Н. А. Семашко трудоустроивается в I Московский государственный университет, где на медицинском факультете читает приватный курс лекций «О принципах организации советской медицины», а в 1922 г. открывает первую в нашей стране кафедру социальной гигиены, которой руководит в течение 27 лет до своей кончины в 1949 г. [1].

За время педагогической деятельности Николай Александрович сформировал из своих единомышленников сплоченный коллектив кафедры. На преподавательские должности он пригласил специалистов не из академической среды, а из практического здравоохранения: директора Государственного института охраны труда Наркомздрава РСФСР С. И. Каплуна, заведующего Государственным музеем социальной гигиены А. В. Молькова и начальника санитарно-эпидемиологического отдела Наркомздрава РСФСР А. Н. Сысина. Научными сотрудниками на кафедре были трудоустроены 2 молодых врача: Л. Н. Щеглова (выпускница 1921 г.) и Л. А. Сыркин (выпускник 1922 г.) [2, 3]. Данный коллектив уже в первый год работы кафедры разработал учебную программу по социальной гигиене [3] и приступил к проведению учебно-воспитательного процесса на кафедре по профильной дисциплине со студентами 3-х Московских образовательных организаций [1], создал студенческий научный кружок по социальной гигиене [4], за короткий срок наработал учебно-методические материалы необходимые для подготовки студентов к занятиям [5] и приступил к выполнению научной работы на актуальные для здравоохранения темы [6]. В 1924 г. при кафедре Николаем Александровичем была открыта клиника профессиональных болезней [7—9]. На этом фоне сотрудники кафедры постоянно уделяли значительное внимание подготовке преподавателей по социальной гигиене, часть из которых затем продолжали педагогическую деятельность в других медицинских образовательных организациях нашей страны [10, 11].

Перечисленные и многие другие результаты работы Н. А. Семашко были систематизированы и описаны им в научных трудах, общий перечень которых включает 250 печатных работ, многочисленные научные статьи, рецензии, письма, доклады, приветствия и др. источники [12]. Данное научное наследие Николая Александровича до настоящего времени остается востребованным организаторами здравоохранения, учеными и педагогами, не только в историческом плане, но и в практическом, научном и образовательном процессе.

Цель работы: анализ мероприятий по увековечению, сохранению и укреплению памяти о педагогической деятельности Н. А. Семашко, проводимых его последователями в Сеченовском Университете.

Материалы и методы

Для достижения цели исследования использовались исторический, аналитический и логический методы. На кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н. А. Семашко (ОЗЗ им. Н. А. Семашко) Сеченовского Университета были

проанализированы сохранившиеся архивные и современные документы. В электронных научных библиотеках eLibrary, CyberLeninka, Scopus, Web of Science, Центральной научной медицинской библиотеки и Российской государственной библиотеки по ключевым словам: Н. А. Семашко, кафедра социальной гигиены, история медицины, начиная с 1920 г. по настоящее время проанализированы опубликованные статьи о деятельности Николая Александровича и возглавляемой им кафедры.

Результаты и обсуждение

Как свидетельствуют результаты проведенного исследования сложившееся еще при жизни уважительное и доброе отношение коллег к Н. А. Семашко не померкло и после его смерти 18 мая 1949 г., что во многом обусловлено его заслугами и проведенными мероприятиями по увековечению его памяти. Согласно протокола от 26 мая 1949 г. № 25 (53) на кафедре организации здравоохранения I Московского ордена Ленина медицинского института (I МОЛМИ) была проведена методическая конференция¹, на которой присутствовали профессор Д. В. Горфин, доцент Я. И. Родов, ассистенты: Р. М. Жмудская, Е. А. Садвокасова, И. С. Бродский; аспиранты: Д. В. Косоговский, М. А. Ибрагимов; старшие лаборанты М. Н. Яроль и А. П. Степанова. Из трех вынесенных на обсуждение вопросов, первым был вопрос об увековечении памяти Н. А. Семашко. Председатель данной конференции профессор Д. В. Горфин в своем выступлении отметил громадные заслуги Николая Александровича в области здравоохранения и особенно в создании кафедр социальной гигиены, его блестящие данные педагога-воспитателя молодежи. Он подчеркнул, что словами невозможно выразить ту потерю, которую понесла кафедра со смертью любимого руководителя и друга. Присутствующие почтили память покойного вставанием. После чего профессор Д. В. Горфин зачитал подготовленный проект приказа по I МОЛМИ об увековечении памяти Н. А. Семашко. На методической конференции сотрудники кафедры обсудили возможность создания специальной координирующей комиссия, целесообразность открытия кабинета Н. А. Семашко в I МОЛМИ, создания сборника посвященного деятельности Николая Александровича, разработки о его жизни кандидатской диссертации и биографии, проведения конференции и др. мероприятия.

В постановлении данной конференции было указано: профессору Д. В. Горфину договориться с Институтом организации здравоохранения и истории медицины Академии медицинских наук (АМН) СССР о разделении полномочий по сбору материала; считать обязательным включение в комиссию по созданию биографии Н. А. Семашко профессора Д. В. Горфина и доцента Я. И. Родова; просить дирекцию поручить кафедре написание научно-популярной биографии Н. А. Семашко для I МОЛМИ; было поручено И. С. Бродскому рассмотреть и си-

¹ Архив кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко. д. 1. л. 37

стематизирование кафедральных материалов о Н. А. Семашко, а Р. М. Жмудской — выяснение возможности получения материалов от жены покойного; 15 сентября 1949 г. было решено созвать конференцию кафедры посвященную памяти Н. А. Семашко.

В приказе по I МОЛМИ от 25.06.1949 г. № 320/У² было отмечено, что выдающийся деятель советской медицины Н. А. Семашко 27 лет руководил непрерывно созданной им первой в нашей стране кафедрой социальной гигиены, активно участвовал в строительстве и жизни всего нашего Института. В приказной части этого документа были конкретизированы мероприятия по увековечению памяти Николая Александровича, которые предусматривали: создание специальной комиссии, обсуждение данного вопроса на заседаниях Ученого Совета и различных научных конференциях, чтение лекций о жизни и деятельности профессора Н. А. Семашко, оформление выставок в музее и библиотеке вуза, опубликование о Николае Александровиче различных трудов, изготовление его бюста и др.

Вопрос об увековечении памяти выдающегося деятеля советского здравоохранения, действительного члена Академии медицинских наук СССР и Академии педагогических наук РСФСР, профессора Н. А. Семашко решался параллельно и на уровне Совета Министров Союза ССР, где было принято постановление [13]:

1. Присвоить Институту организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР имя Н. А. Семашко.
2. Обязать АМН СССР издать в 1950 году избранные произведения Н. А. Семашко.
3. Учредить стипендии имени Н. А. Семашко: в I МОЛМИ — две стипендии для студентов-отличников по 400 рублей в месяц каждая; в Институте организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР — две стипендии для аспирантов-отличников по 850 рублей в месяц каждая.
4. Переименовать Большой Кисловский переулок в г. Москве в улицу имени Н. А. Семашко.
5. Выдать жене Н. А. Семашко — М. С. Гольдиной единовременное пособие в размере 15 тысяч рублей.
6. Похороны Н. А. Семашко принять на счет государства.

В архиве кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко сохранились еще два протокола научно-методических конференций кафедры организации здравоохранения I МОЛМИ, на которых обсуждались вопросы об увековечении памяти Н. А. Семашко. В протоколе от 17 сентября 1949 г. № 4 (62)³ зафиксирован вопрос о проведении специального заседания Совета Института, посвященного памяти Н. А. Семашко, а в протоколе от 15 октября 1949 г. № 8 (66)⁴ было принято решение: поручить Р. М. Жмудской подго-

товить план комнаты-музея имени Н. А. Семашко; предложить установить перед зданием Института гигиены бюст Н. А. Семашко, совместно с Институтом организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР подготовить сборник трудов Н. А. Семашко; просить о присвоении имени Н. А. Семашко Институту гигиены и кафедре организации здравоохранения I МОЛМИ.

Перечисленные мероприятия по увековечению памяти Николая Александровича были в последующем реализованы, за исключением присвоения его имени Институту гигиены, так как созданный на его базе в 2019 г. Институт общественного здоровья был назван именем Ф. Ф. Эрисмана. В 1954 г. под редакцией Е. Д. Ашуркова, М. И. Барсукова, Н. А. Виноградова, Д. В. Горфина, Б. Д. Петрова, Я. О. Родова, Н. А. Слонимской были опубликованы избранные произведения Н. А. Семашко [14]. Данное издание было переработано и дополнено в 1966 г. под редакцией П. И. Калью [15].

12 февраля 1982 года в торжественной обстановке состоялось открытие памятника-бюста Н. А. Семашко, который был изготовлен на Мытищенском заводе художественного литья Художественного фонда РСФСР из гранитного блока красного цвета, привезенного из Новоданиловского карьера и установленный напротив ректората Сеченовского Университета. Автором памятника является скульптор Л. В. Тазьба, при участии архитектора Ф. А. Новикова. Сумма договора на изготовление памятника-бюста составляла 8 414 рублей 01 коп.⁵

В Сеченовском Университете исторические экспозиции о жизни и деятельности Николая Александровича оформлены в Музее истории медицины, в Музее Института общественного здоровья им. Ф. Ф. Эрисмана и на кафедре ОЗЗ им. Н. А. Семашко. Данный фонд постоянно пополняется и позволяет профессорско-преподавательскому составу демонстрировать во время занятий обучаемым исторические документы, фотографии и книги того времени.

О деятельности Николая Александровича на созданной им кафедре были выполнены и успешно защищены две диссертационные работы: в 1971 г. И. Г. Лавровой на тему: «Социальная гигиена и организация здравоохранения, ее место и значение в системе высшего медицинского образования (историко-экспериментальное исследование)» на соискание ученой степени доктора медицинских наук, научный консультант член-корреспондент АМН СССР доктор медицинских наук, профессор А. Ф. Серенко; в 2020 г. Е. В. Арсентьевым на тему: «Развитие методологических основ организации здравоохранения, заложенных Н. А. Семашко: реализация принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению» по специальностям 14.02.03 — Общественное здоровье и здравоохранение и 07.00.10 — История науки и техники, на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, научный руководитель доктор медицинских наук, про-

² Архив кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко. д. 1. л. 30

³ Архив кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко. д. 1. л. 36

⁴ Архив кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко. д. 1. л. 35

⁵ Архив кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко. д. 1. л. 39

фессор В. А. Решетников, научный консультант доктор медицинских наук, доктор исторических наук, Ph. D. по философии, профессор Д. А. Балалыкин.

С 1 марта 2015 г. на основании решения Ученого Совета ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (протокол от 2 февраля 2015 г. № 2) и в соответствии с приказом ректора от 11 марта 2015 г. № 172/Р созданная Николаем Александровичем кафедра социальная гигиена в была переименована в кафедру ОЗЗ им. Н. А. Семашко⁶. С 2019 г. она вошла в состав Института общественного здоровья им. Ф. Ф. Эрисмана ФГАОУ ВО Сеченовского Университета [1].

Биография и факты из жизни и деятельности Николая Александровича постоянно приводятся во время аудиторных занятий с ординаторами, аспирантами, магистрантами, практическими врачами и студентами, в том числе занимающимися, как и раньше, в студенческом научном кружке и осваивающими новую образовательную программу подготовки в школе мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения», а также на многочисленных научно-практических конференциях Сеченовского Университета. К юбилейным датам со дня его рождения Н. А. Семашко профессорско-преподавательским составом публикуются о нем статьи в научных журналах и проводятся торжественные мероприятия. Доброй традицией стало ежегодное возложение цветов на могилу Николая Александровича на Новодевичьем кладбище в день его рождения обучающимися и сотрудниками кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко.

В 2022 г. в ознаменование 100-летия со дня формирования первой в России кафедры социальной гигиены медицинского факультета I Московского государственного университета, летоисчисление которой приурочено к прочитанной Н. А. Семашко студентам 20 февраля 1922 г. первой плановой лекции [8], в Сеченовском Университете были проведены юбилейные мероприятия. В подготовительный период опубликовано около 10 статей в научных журналах о деятельности кафедры, изданы брошюра о работе ее педагогического коллектива за 100-летний период и буклет. Профессорско-преподавательский состав и гости кафедры возложили цветы к памятнику-бюсту Николая Александровича напротив ректората Сеченовского Университета и приняли участие в открытии в холе кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко бюста Николаю Александровичу и портретной галереи ее заведующих. На тожественном собрании присутствующим был показан видеofilm об истории кафедры, заслушаны многочисленные поздравления и доклад заведующего кафедрой доктора медицинских наук, профессора В. А. Решетникова и др. мероприятия⁷.

Заключение

Как следует из представленного материала в Сеченовском Университете бережно сохраняется и укрепляется память о Николае Александровиче Семашко. Созданная им кафедра социальной гигиены пройдя в течение века сложный, но в то же время славный путь развития с 2015 г. носит его имя — кафедра ОЗЗ им. Н. А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф. Ф. Эрисмана Сеченовского Университета. Примеры из жизни и деятельности Николая Александровича широко используются профессорско-преподавательским составом в учебно-воспитательном процессе с различными категориями обучаемых.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Reshetnikov V. A., Tregubov V. N. On the history of the creation and activities of the Department of Social Hygiene in the Faculty of Medicine at the First Moscow State University. *History of Medicine*. 2021;7(1):98—106. doi: 10.17720/2409—5834.v7.1.2021.11k.
2. Мольков А. В. Первый Московской медицинский институт и развитие гигиенических наук (К 175-летию 1 ММИ). М.: Медгиз; 1940.
3. Серенко А. Ф. 50 лет первой кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения. *Советское здравоохранение*. 1972;(3):3—9.
4. Пашинцев И. А. Очерк работы студенческих кружков по социальной гигиене. В кн. Социальная гигиена: сборник, выходящий периодически под редакцией кафедры социальной гигиены московских государственных университетов. Москва-Петроград; 1923;(В. 2. Апрель):163—164.
5. Мольков А. В. Отчет о деятельности кафедры социальной гигиены Московского университета за первый год ее существования. В кн. Социальная гигиена: сборник, выходящий периодически под редакцией кафедры социальной гигиены московских государственных университетов. Москва-Петроград; 1923;(В. 2. Апрель):159—163.
6. Трегубов В. Н. Организация и проведение научной работы на кафедре социальной гигиены медицинского факультета I Московского государственного университета в период с 1922 по 1930 год. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022(4):99—103. doi: 10.25742/NRIPH.2022.04.018.
7. Семашко Н. А. Клиника социальных и профессиональных болезней московских государственных университетов. Социальная гигиена: сборник № 8. Под ред. С. И. Каплуна, А. В. Молькова, Н. А. Семашко, А. Н. Сысина. Москва-Ленинград; 1926:7—8.
8. Семашко Н. А. Кафедра социальной гигиены I Московского ордена Ленина медицинского института (Исторический очерк). *Советское здравоохранение*. 1947;(3):38—42.
9. Страшун И. Д. Николай Александрович Семашко (К 70-летию со дня рождения). *Советское здравоохранение*. 1944;(12):3—7.
10. Семашко Н. А. Десять лет кафедры социальной гигиены. В кн.: *Избранные произведения*. М.; 1954:200—224.
11. Семашко Н. А., Горфин Д. В. Кафедра социальной гигиены. В кн.: *История гигиенических кафедр I Московского ордена В. И. Ленина медицинского института*. Под ред. А. В. Молькова и С. И. Каплуна. М.: I МОЛМИ; 1941:22—41.
12. Виноградов Н. А., Майстрах К. В. Н. А. Семашко и его литературное наследство (к годовщине со дня смерти). *Советское здравоохранение*. 1950;(4):25—33.
13. Об увековечении памяти действительного члена Академии Медицинских Наук СССР и Академии Педагогических Наук РСФСР профессора Н. А. Семашко. *Советское здравоохранение*. 1949;(4):3.
14. Семашко Н. А. *Избранные произведения*. Под ред. Е. Д. Ашуркова, М. И. Барсукова, Н. А. Виноградова, Д. В. Горфина, Б. Д. Петрова, Я. О. Родова, Н. А. Слонимской. М.: Медгиз; 1954.
15. Семашко Н. А. *Избранные произведения*. Под ред. П. И. Калю. 2-е испр. и доп. изд. М.: Медицина; 1967.

⁶ Архив кафедры ОЗЗ им. Н. А. Семашко. д. 1. л. 25

⁷ Сайт Сеченовского Университета. — <https://www.sechenov.ru/>

REFERENCES

1. Reshetnikov V. A., Tregubov V. N. On the history of the creation and activities of the Department of Social Hygiene in the Faculty of Medicine at the First Moscow State University. *History of Medicine*. 2021;7(1):98—106. doi: 10.17720/2409—5834.v7.1.2021.11k.
2. Mol'kov A. V. The First Moscow Medical Institute and the development of hygienic sciences (To the 175th anniversary of the 1st MMI) [Pervyj Moskovskoj medicinskij institut i razvitie gigienicheskikh nauk (K 175-letiyu 1 MMI)]. Moscow: Medgiz; 1940. (in Russian)
3. Serenko A. F. 50 years of the first Department of Social Hygiene and Health Care Organization. *Sovetskoe zdravoohranenie*. 1972;(3):3—9. (in Russian)
4. Pashincev I. A. An essay on the work of student circles on social hygiene. V kn. *Social'naya gigiena: sbornik, vyhodyashchij periodicheski pod redakciej kafedry social'noj gigieny moskovskih gosudarstvennyh universitetov*. Moscow-Petrograd; 1923;(V. 2. April):163—164. (in Russian)
5. Mol'kov A. V. Report on the activities of the Department of Social Hygiene of the Moscow University for the first year of its existence. V kn. *Social'naya gigiena: sbornik, vyhodyashchij periodicheski pod redakciej kafedry social'noj gigieny moskovskih gosudarstvennyh universitetov*. Moscow-Petrograd; 1923;(V. 2. April):159—163. (in Russian)
6. Tregubov V. N. Organization and conduct of scientific work at the Department of Social Hygiene of the Medical Faculty of the I Moscow State University in the period from 1922 to 1930. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko*. 2022;(4):99—103. (in Russian) doi: 10.25742/NRIPH.2022.04.018.
7. Semashko N. A. Clinic of Social and Occupational Diseases of Moscow State Universities. V kn. *Social'naya gigiena: sbornik*. Pod red. S. I. Kapluna, A. V. Mol'kova, N. A. Semashko, A. N. Sysina. Moskva-Leningrad; 1926;(8):7—8 (in Russian)
8. Semashko N. A. Department of Social Hygiene of the First Moscow Order of Lenin Medical Institute (Historical essay). *Sovetskoe zdravoohranenie*. 1947;(3):38—42. (in Russian)
9. Strashun I. D. Nikolai Alexandrovich Semashko (On the occasion of his 70th birthday). *Sovetskoe zdravoohranenie*. 1944;(12):3—7. (in Russian)
10. Semashko N. A. Ten years of the Department of Social Hygiene. V kn.: *Izbrannye proizvedeniya*. M.; 1954:200—224. (in Russian)
11. Semashko N. A., Gorfin D. V. Department of Social Hygiene. V kn.: *Istoriya gigienicheskikh kafedr I Moskovskogo ordena V. I. Lenina medicinskogo instituta*. Pod red. A. V. Mol'kova, S. I. Kapluna. M.: I MOLMI; 1941:22—41. (in Russian)
12. Vinogradov N. A., Majstrah K. V. N. A. Semashko and his literary legacy (on the anniversary of his death). *Sovetskoe zdravoohranenie*. 1950;(4):25—33. (in Russian)
13. On perpetuating the memory of the full member of the Academy of Medical Sciences of the USSR and the Academy of Pedagogical Sciences of the RSFSR Professor N. A. Semashko. *Sovetskoe zdravoohranenie*. 1949;(4):3. (in Russian)
14. Semashko N. A. Selected Works. Ed. E. D. Ashurkova, M. I. Barsukova, N. A. Vinogradova, D. V. Gorfina, B. D. Petrova, Ya. O. Rodova, N. A. Slonimskaya [Izbrannye proizvedeniya/ Pod red. E. D. Ashurkova, M. I. Barsukova, N. A. Vinogradova, D. V. Gorfina, B. D. Petrova, YA. O. Rodova, N. A. Slonimskoj]. Moscow: Medgiz; 1954. (in Russian)
15. Semashko N. A. Selected Works. Ed. P. I. Kalyu. — 2nd revised and enlarged edition [Izbrannye proizvedeniya. Pod red. P. I. Kal'yu. — 2-e ispravlennoe i dopolnennoe izdanie]. — Moscow: Medicina; 1967. (in Russian)

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 24.04.2023; одобрена после рецензирования 30.06.2023; принята к публикации 30.08.2023.

The article was submitted 24.04.2023; approved after reviewing 30.06.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Обзорная статья

УДК 615.1(091)

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.027

Пироговские съезды о проблемах организации фармацевтического дела в России

Ирина Валентиновна Егорышева¹, Елена Владимировна Шерстнева²,
Татьяна Сергеевна Сорокина³

^{1,2}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

³Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Российская Федерация

¹egorysheva@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²lena_scherstneva@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8612-4834>

³tatiana.s.sorokina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5402-1427>

Аннотация. В статье на материалах съездов Пироговского общества рассматриваются основные организационные проблемы фармацевтического дела и лекарственного обеспечения России на рубеже XIX–XX вв.

Ключевые слова: история фармации; Пироговское общество; лекарственное обеспечение населения; аптеки; медикаменты

Для цитирования: Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Сорокина Т. С. Пироговские съезды о проблемах организации фармацевтического дела в России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 158–162. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.027.

Review article

Pirogov congresses on the problems of pharmaceutical business organization in Russia

Irina V. Egorysheva¹, Elena V. Sherstneva², Tatiana S. Sorokina³

^{1,2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

³Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

¹egorysheva@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²lena_scherstneva@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8612-4834>

³tatiana.s.sorokina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5402-1427>

Annotation. The article examines the main organizational problems of pharmaceutical business and drug supply in Russia at the turn of the XIX–XX centuries based on the materials of the congresses of the Pirogov Society.

Key words: history of pharmacy, Pirogov Society, drug provision of the population, pharmacies, medicines

For citation: Egorysheva I. V., Sherstneva E. V., Sorokina T. S. Pirogov congresses on the problems of pharmaceutical business organization in Russia. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):158–162. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.027.

Съезды, созываемые с 1885 г. Обществом русских врачей в память Н.И. Пирогова, являлись трибуной российских врачей разных специальностей. Но уже со второго Пироговского съезда (1887) началась работа секций, которые поднимали и рассматривали проблемы фармацевтического дела, включая фармацию, фармакогнозию, фармакологию, лекарственное обеспечение. Кроме того, к проведению съездов часто приурочивались фармацевтические выставки, в подготовке которых принимали участие аптеки, общества торговли аптекарскими товарами, предприятия по производству лекарств и оборудования для их изготовления, гигиенические лаборатории, фармацевтические общества. В экспозициях демонстрировались образцы фармацевтических препаратов, исходное сырье для их изготовления, медицинская литература и многое другое [1, С. 430–431; 2, С. 235–249].

В работе секций фармацевтического профиля участвовали ведущие специалисты Российской империи. Так, руководителем секции фармации и фармакогнозии на её первом заседании в 1887 г. был профессор Московского университета В.А. Тихомиров — один из основоположников технологии лекарств как научной дисциплины, почётный член многих российских и зарубежных обществ. В своей вступительной речи он первым обратил внимание на несправедливость отсутствия аптекарей на заседаниях секции, где могли обсуждаться такие актуальные вопросы, как аптекарская монополия, взаимоотношения аптекарей и дрогистов, фальсификация лекарственных средств. Согласно уставу Пироговского общества, посещать его заседания могли только врачи. По предложению В.А. Тихомирова секция ходатайствовала «о допущении впредь на бу-

дущих съездах аптекарей как посетителей с правом совещательного голоса» [1, С. 409—410].

Однако вопрос этот был решен положительно лишь в 1902 г. На VIII Пироговском съезде (1902) был представлен проект нового устава Пироговского общества¹, в четвёртом параграфе которого было указано, что ветеринарные врачи, магистры фармации и представители других специальностей по соприкасающимся с медициной наукам допускаются к участию в заседаниях на правах его членов.

В числе систематически обсуждаемых на съездах были организационные вопросы, связанные прежде всего с подготовкой фармацевтических кадров. Профессор фармакогнозии и фармации Варшавского университета Н.Ф. Ментин на II съезде предложил ходатайствовать перед правительством о том, чтобы в качестве учеников в аптеки допускались лишь лица, окончившие 6 классов гимназии или реального училища, а претендующие на степень магистра фармации имели аттестат зрелости или свидетельство об окончании полного курса реального училища. Одобрение присутствовавших получило и предложение допустить к фармацевтической практике в вольных аптеках и к получению звания провизора женщин, окончивших 7 классов гимназии или института благородных девиц [1, С. 409—410].

О повышении уровня подготовки заведующих аптеками говорилось не только на заседаниях секции фармации. Железнодорожная секция VIII Пироговского съезда поднимала вопрос о квалификации заведующих железнодорожными аптеками, способных гарантировать правильность приготовления лекарств, их хранения и употребления, осуществлять контроль рецептов [3].

Актуальной на протяжении долгих лет темой были злоупотребления в существовавших параллельно с аптеками аптекарских лавках и магазинах, открывавшихся без ведома врачебного управления по распоряжению городских дум. Как говорилось на II съезде, лавки эти «служат постоянным источником отравлений, так как в них продаются незаконно яды, отпускается, например, хлораль-гидрат, употребляемый злоумышленниками для отравления своих жертв». Лекарства готовятся по рецептам не только врачей, но и фельдшеров, знахарей [1, С. 411]. В прениях по этому вопросу участвовали проф. В.А. Тихомиров, проф. Н.Ф. Ментин, смоленский врачебный инспектор И.В. Дашкевич.

В 1899 г. VII Пироговскому съезду был направлен доклад Общества кременчугских врачей «О вреде аптекарских магазинов для интересов населения» [4]. В нём говорилось о том, что из 16 аптекарских магазинов в Кременчуге не более 5 находилось в заведовании компетентных лиц, что более дешевые лекарства в аптекарских магазинах по сравнению с аптеками привлекают по преимуществу «наиболее бедный класс общества, вводят его в заблуждение и обман, и ... служат источником разных несчастных случаев отравления сулемой, мышьяком и другими

ядами» [4, С. 427]. По мнению Кременчугского общества, работа аптекарских магазинов без ущерба для потребителя возможна была лишь при условии, если заведовать ими будут люди, обладающие по меньшей мере степенью помощника провизора, открытие их будет происходить с ведома врачебного управления, а местные медицинские общества также будут обеспечивать контроль их деятельности.

Секция фармакологии, фармации и фармакогнозии VII съезда создала комиссию, собравшую заключения ряда медицинских обществ по вопросам, обозначенным в докладе кременчугских врачей и, изучив законодательство, подготовила свое заключение о необходимости пересмотра его положений по этому вопросу и «приведения их в одну общую систему прав и инструкций» [4, С. 428]. Все медицинские общества, к которым обращалась комиссия, поддержали предложения кременчугских врачей, касающиеся повышения уровня компетенции владельцев аптекарских магазинов, усиления надзора, пересмотра законодательства в этой области.

Проблемы, связанные с аптекарскими магазинами, обсуждались на III фармацевтическом съезде (1899—1900) [5]. По поручению Российского фармацевтического общества на VIII Пироговском съезде фармацевт Б.Н. Салтыков выступил с докладом «К вопросу об упорядочении торговли аптекарскими товарами», в котором продемонстрировал прошлое и современное состояние аптекарских магазинов [6]. Торговля аптекарскими товарами в виде зеленых лавок существовала еще в допетровские времена. В связи с созданием в Москве первых вольных аптек указом Петра I от 20 ноября 1701 г. зеленые лавки были закрыты. Торговля лекарственными средствами воспрещалась всем, кроме аптек. Однако внеаптечная торговля безвредными лекарственными товарами возродилась в начале XIX в. [7]. По словам докладчика, основной причиной стремительного роста аптекарских магазинов в конце XIX в. являлся высокий спрос на дешёвые лекарства. Аптекарские магазины, «находясь вне контроля, установленного для аптек, и свободные от традиций, обязательных для последних, могли отпускать доверчивой публике товары низкого качества; но так или иначе они были обеспечены постоянной клиентурой и размножались с поразящей быстротой» [6, С. 19]. Если первые аптекарские магазины создавались фармацевтами, то со временем их стали открывать люди, не имеющие отношения к фармации. Например, в Подольской губернии из 106 аптекарских магазинов только 17 принадлежали фармацевтам. При этом почти во всех аптекарских магазинах нелегально изготавливались сложные рецептурные формы, отпускались сильнодействующие средства, давались медицинские рекомендации. Конкуренция со стороны аптекарских магазинов была одним из факторов изменения деятельности аптек. Докладчик указывал, что аптеки утрачивали присущий им прежде научно-практический характер и становились заурядными торговыми учреждениями «в ущерб правильной постановке врачебно-санитарного дела». Как было сказано в докладе, «совре-

¹ В окончательном варианте он был опубликован в трудах IX Пироговского съезда (1904).

менная организация аптекарских магазинов положительно вредна как для населения, так и для врача, дискредитируя его авторитет, а также для рациональной постановки аптечного дела». Требовались разработка и издание правил, всесторонне регулирующих торговлю аптекарскими товарами [6, С. 19]. Этот вопрос был внесён в программу следующего съезда.

Съезд не обошёл вниманием и условия труда работников аптек. Продолжительность рабочего дня фармацевтов составляла 14 ч, в связи с чем предлагалось сократить его до 8 ч. К обсуждению этого вопроса Пироговское общество вернулось на XI съезде.

На заседаниях фармацевтических секций неоднократно поднимался вопрос о фальсификации лекарств. Заведующий секцией фармацевтической химии и фармакогнозии на III Пироговском съезде (1889) профессор А.В. Пель, редактор и издатель «Журнала медицинской химии и фармации», в своем докладе перечислил 52 фальсифицированных лекарственных средства. По его словам, Россия была главным местом сбыта заграничных недоброкачественных и поддельных лекарственных средств [8].

Профессор А.Ф. Баталин, главный ботаник и директор Императорского ботанического сада в Петербурге, предложил некоторые лекарственные вещества растительного происхождения, привозимые из-за границы, культивировать в России. По его предложению секция создала специальную комиссию, которая должна была разработать инструкции для садоводов по разведению лекарственных растений и указать места их сбыта.

Накопившиеся к началу XX в. проблемы фармацевтической сферы стали предметом дискуссий на XI Пироговском съезде весной 1910 г. О степени важности говорит то, что вопросы реформирования фармацевтического дела были программными, а с анализом ситуации и предложениями выступали представители как общественных, так и государственных учреждений: земских и городских самоуправлений, Государственной думы, фармацевтических обществ, профессуры. Суть проблемы заключалась в том, что российское фармацевтическое законодательство к началу XX в. стало тормозом для развития фармацевтического дела. Оно предусматривало жёсткие правила открытия аптек, в том числе необходимость получения согласия владельцев аптек, уже работавших в данной местности. Эти нормы, несмотря на их периодический пересмотр, менялись не так часто, как того требовало время, и превратились в препятствие для развития сети аптек. Об этом было сказано в докладе М.П. Бакина «Аптечная привилегия с точки зрения русского законодательства» [9]. Согласно данным, приведённым представителем Общества фармацевтов-служащих Санкт-Петербурга И.Г. Левинштейном, в Российской империи к 1906 г. из 59 тыс. поселений только около 3 тыс. имели аптеки, лекарственная помощь предоставлялась населению крайне неравномерно и в довольно скромных объёмах: в европейской России 1 аптека обслуживала в среднем 34

тыс. жителей, в азиатской — 58 тыс., а в среднем по стране — 37 тыс. Уровень обеспечения населения России лекарственной помощью был существенно ниже уровня европейских стран. Так, в Санкт-Петербурге в 1906 г. 1 аптека обслуживала 12 тыс. жителей, а в Париже — 3 тыс., в Женеве — 2 тыс. [10, С. 394]. Сохранявшееся монопольное законодательство препятствовало появлению и новых частных, и муниципальных аптек (земских и городских), а также аптек медицинских благотворительных организаций.

Другим результатом аптечной монополии было то, что со временем «само право на владение аптекой как доходной статьёй стало переходить от одного владельца к другому за известную цену; цена эта, в зависимости от места нахождения аптеки, колебалась в очень широких пределах» [10, С. 394]. Это провоцировало спекуляцию аптечной привилегией. Петербургские аптеки за предшествующие съезду 10—15 лет были перепроданы минимум 4 раза, причём ещё до открытия аптек из выданных за это время 24 привилегий большинство уже было продано. Фармацевты, стремившиеся открыть аптеку, попадали в кабалу к ростовщикам. Необходимость уплачивать заимодавцу до трети оборота аптеки вынуждала аптекаря идти на «злоупотребление доверием своих клиентов» (т.е. фальсификацию препаратов) и увеличивать нагрузку на её персонал [10, С. 395].

Отмена аптечной монополии была назревшей необходимостью ещё и потому, что в начале XX в. основная масса продававшихся в российских аптеках лекарств изготавливались заводами, фабриками, галеновыми лабораториями чаще всего за рубежом, а частная аптека просто продавала лекарства потребителю.

Выступавшие на съезде наметили пути вывода фармацевтического дела из кризиса: предлагалась, в первую очередь, отмена аптечной монополии и введение явочного порядка открытия аптек земскими и городскими самоуправлениями. В качестве примера было указано на успешное развитие фармацевтического дела в ряде европейских стран (Великобритании, Франции, Швейцарии и др.) при соответствующих мерах государственного контроля. По мнению участников съезда, к контролю работы российских аптек следовало привлечь и центральные, и местные органы управления. Контроль качества лекарственных средств, выпускаемых в торговый оборот, предлагалось осуществлять в государственных лабораториях. Говорилось также о необходимости установления контроля цен на лекарства, о создании советов из фармацевтов каждого округа в качестве органов, контролирующих исполнение его членами профессиональных обязанностей.

Участники съезда также были единодушны в отношении необходимости реформы фармацевтического образования, считая, что такая архаичная форма подготовки, как аптечное ученичество, должна быть уничтожена и фармацевты «должны получать законченное среднее образование (полный курс классической гимназии или реального училища с дополнительным экзаменом по латинскому

языку) [11, С. 409]. В докладе провизора А.Б. Лесневской, создавшей в Петербурге первую фармацевтическую школу для женщин (1903), предлагалось организовать сеть двухгодичных фармацевтических школ, работающих по единой программе. После окончания школы желающие могли бы поступать на специальные фармацевтические факультеты, которые предлагалось открыть при университетах [12].

Следует отметить, что усилия медицинской общественности не часто, но всё же приносили свои плоды. Так, в 1912 г. городским и земским самоуправлениям было предоставлено право открывать вольные аптеки явочным порядком. Однако в условиях начавшейся вскоре войны осуществить это право в полной мере не представилось возможным.

В годы Первой мировой войны остро обозначилась проблема лекарственного обеспечения не только армии, но и гражданских медицинских учреждений. На Внеочередном Пироговском съезде врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам, проходившем в апреле 1916 г., говорилось о том, что в деле снабжения армии медикаментами по сравнению с Русско-японской войной были достигнуты некоторые успехи. На складах Российского общества Красного Креста имелись большие запасы лекарств. Был сделан доклад о работе Завода военно-врачебных заготовлений, поставлявшего в армию хирургические инструменты, перевязочные материалы и медикаменты [13]. Однако необходимый уровень обеспечения армии, по признанию съезда, не был достигнут.

Резко снизился уровень лекарственного обеспечения больниц земских и городских самоуправлений. Как говорилось в постановлениях съезда, «слабое развитие химической промышленности, несмотря на богатство сырьем, а также отсутствие крупных запасов поставило с началом военных действий в безвыходное положение общественные учреждения в деле снабжения населения медикаментами» [14, С. 81].

В качестве причины острого дефицита лекарств и резкого удорожания медикаментов называлась отсталость российской химико-фармацевтической промышленности и зависимость от иностранного, главным образом германского, фармацевтического рынка. Во время войны были произведены закупки медикаментов в дружественных странах, однако, по словам докладчиков, «это оказалось не по силам отдельным земским учреждениям» [15]. Облегчить ситуацию могло бы создание Земского товарищества по производству и закупке медикаментов, объединявшего усилия всех губернских и уездных земских организаций, т.к. крупные закупки у фирм-производителей обходились существенно дешевле приобретения небольших партий медикаментов в аптеках. При этом, указывали докладчики, требовалась государственная поддержка в виде выдачи ссуд, освобождения от таможенных пошлин, устранения стеснений в деле проявления личной и общественной

инициативы при оборудовании фабрик и заводов. Создание этого товарищества взял на себя Земский союз.

Не отрицая роли общественных организаций в деле снабжения медикаментами, выступавший на съезде провизор Я.Ф. Каневский предостерегал от надежд на быстрое развитие в условиях войны химико-фармацевтической промышленности, тесно связанной с общим уровнем развития производительных сил в стране: «нужно принять во внимание, что такое насаждение химико-фармацевтической промышленности зависит ещё от целого ряда сложных факторов: наличия кадров специалистов, квалифицированных рабочих, развития многих отраслей народного хозяйства и т.д. При настоящих условиях можно лишь говорить о лабораторных опытах в большем или меньшем масштабе» [16].

Состоявшийся в апреле 1917 г. Чрезвычайный Пироговский съезд высказался в поддержку Временного правительства и за проведение в России коренной реформы врачебно-санитарного дела. В связи с этим были заслушаны доклады и многочисленные выступления по наиболее важным вопросам «устройства врачебно-санитарного дела в освобождённой России».

Выступавший на съезде профессор Санкт-Петербургского женского медицинского института фармацевт А.С. Гинзберг утверждал, что «для правильной постановки всего фармацевтического дела в государстве необходимо участие представителей фармацевтической корпорации во всех коллегиальных органах врачебно-санитарного характера, равно как необходимо выделение всего фармацевтического дела в особую административную единицу (самоуправление) наподобие ветеринарного комитета; во главе управления должен стоять непременно фармацевт». По его мнению, «образованный и лабораторно подготовленный фармацевт» может быть полезен не только в области химической промышленности и правильной постановки аптечного дела, но и «в борьбе с эпидемиями, в вопросах санитарии, а особенно в борьбе с фальсификацией пищевых и вкусовых веществ» [17, С. 10—11].

Таким образом, участие в работе Пироговских съездов предоставило фармацевтическому профессиональному сообществу возможность обсуждать актуальные проблемы и формулировать наиболее рациональные пути их решения. Высказанные на Чрезвычайном Пироговском съезде предложения по реформированию фармацевтического дела, в частности о создании «фармацевтического управления» при государственном органе, руководящем здравоохранением, были реализованы уже в первые годы существования советской России.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Труды II съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. М.; 1887.
2. Гейденрейх Л.Л. Врачебно-гигиеническая выставка в С.Петербурге в 1889 г. СПб.; 1889.
3. Гамбурцев А.А. О необходимости приглашения лиц со специальным фармацевтическим образованием для заведывания аптеками при больших железнодорожных больницах и амбула-

- ториях // Восьмой Пироговский съезд. Москва, 3—10 января 1902 г. М.; 1902. Вып. 6. С. 406—407.
4. Прибавления к Дневнику VII съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. Казань, 1899. С. 426—429.
 5. Дневник, издаваемый редакцией «Фармацевтического вестника», журнала высочайше утвержденного Российского фармацевтического общества, во время III-го Фармацевтического съезда. М.; 1899—1900. № 1—12.
 6. Салтыков Б.Н. К вопросу об упорядочении торговли аптекарскими товарами // Восьмой Пироговский съезд. Москва. 3—10 января 1902 г. М.; 1901. Вып. 3. Авторефераты и положения докладов по секциям. С. 18—23.
 7. Шерстнева Е.В., Егорышева И.В. Лекарственное обеспечение гражданского населения России в 17 — начале 20 века. М.; 2017.
 8. Пель А.В. О фальсификации врачебных средств, наблюдаемой в последнее время // Третий съезд Общества русских врачей (Пироговский) в С.-Петербурге (3—10 января 1889 г.). Полный отчет. СПб.; 1889. С. 45—46.
 9. Бакин М.П. Аптечная привилегия с точки зрения русского законодательства // Труды XI Пироговского съезда. СПб.; 1911. Т. 1. С. 398—406.
 10. Левинштейн И.Г. К вопросу о реформе фармацевтического дела в России // Труды XI Пироговского съезда. СПб.; 1911. Т. 1. С. 392—397.
 11. Салтыков Б.Н. Об аптечной реформе // Труды XI Пироговского съезда. СПб.; 1911. Т. 1. С. 407—410.
 12. Лесневская А.Б. К вопросу о реформе фармацевтического образования. Труды XI Пироговского съезда. СПб.; 1911. Т. 1. С. 422—427.
 13. Ульяновский. Общий порядок и организация по удовлетворению армии предметами медицинского снабжения и краткий обзор деятельности завода военно-врачебных заготовлений в связи с условиями военного времени // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени. Петроград, 13—18 апреля 1916 г. Пг.; 1916. С. 15—16.
 14. Постановления съезда // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени. Петроград, 13—18 апреля 1916 г. Пг.; 1916. С. 81.
 15. Рабинович М.Ф. Снабжение медикаментами общественных учреждений // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени. Петроград, 13—18 апреля 1916 г. Пг.; 1916. С. 17.
 16. Каневский Я.Ф. К вопросу о снабжении медикаментами общественных учреждений // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени. Петроград, 13—18 апреля 1916 г. Пг.; 1916. С. 18.
 17. Труды Чрезвычайного Пироговского съезда (Москва, 4—8 апреля 1917 г.). М., 1918.
 3. Gamburtsev A. A. On the need to invite persons with special pharmaceutical education for managing pharmacies with large railroads, hospitals and outpatient clinics. In: The eighth Pirogov Congress. Moscow, January 3—10, 1902. Moscow; 1902;(6):406—407. (In Russian)
 4. Additions to the Diary of the VII Congress of the Society of Russian Doctors in the memory of N. I. Pirogov. Kazan; 1899:426—429. (In Russian)
 5. Diary published by the editorial board of the Pharmaceutical Bulletin, the journal of the most highly approved Russian Pharmaceutical Society, during the III Pharmaceutical Congress. Moscow; 1899—1900;(1—12). (In Russian)
 6. Saitykov B. N. On the issue of regulating the trade in pharmaceutical goods. In: The Eighth Pirogov Congress. Moscow. January 3—10, 1902. Moscow; 1901;(Issue 3. Abstracts and provisions of reports on sections):18—23. (In Russian)
 7. Sherstneva E. V., Egorysheva I. V. Drug provision of the civilian population of Russia in the 17th — early 20th century. Moscow; 2017. (In Russian)
 8. Pel' A. V. On the falsification of medical devices observed recently. In: The Third Congress of the Society of Russian Doctors (Pirogov) in St. Petersburg (January 3—10, 1889). Full report. St. Petersburg; 1889:45—46. (In Russian)
 9. Bakin M. P. Pharmacy privilege from the point of view of Russian legislation. In: Proceedings of the XI Pirogov Congress. St. Petersburg; 1911;1:398—406. (In Russian)
 10. Levinstein I. G. On the reform of the pharmaceutical business in Russia. In: Proceedings of the XI Pirogov Congress. St. Petersburg; 1911;1:392—397. (In Russian)
 11. Saitykov B. N. On pharmacy reform. In: Proceedings of the XI Pirogov Congress. St. Petersburg; 1911;1:407—410. (In Russian)
 12. Lesnevskaya A. B. On the reform of pharmaceutical education. In: Proceedings of the XI Pirogov Congress. St. Petersburg; 1911;1:422—427. (In Russian)
 13. Ulyanovsky. The general procedure and organization for the satisfaction of the army with medical supplies and a brief overview of the activities of the military medical procurement plant in connection with wartime conditions. In: Pirogov Congress of Doctors and representatives of medical and sanitary organizations of zemstvos and cities on medical and sanitary issues in connection with the conditions of the present time. Petrograd, April 13—18, 1916. Petrograd;1916:15—16. (In Russian)
 14. Resolutions of the Congress. In: Pirogov Congress of Doctors and representatives of medical and sanitary organizations of zemstvos and cities on medical and sanitary issues in connection with the conditions of the present time. Petrograd, April 13—18, 1916. Petrograd; 1916:81. (In Russian)
 15. Rabinovich M. F. Supply of medicines to public institutions. In: Pirogov Congress of doctors and representatives of medical and sanitary organizations of zemstvos and cities on medical and sanitary issues in connection with the conditions of the present time. Petrograd, April 13—18, 1916. Petrograd; 1916:17. (In Russian)
 16. Kanevsky Ya. F. On the issue of the supply of medicines to public institutions. In: Pirogov Congress of doctors and representatives of medical and sanitary organizations of zemstvos and cities on medical and sanitary issues in connection with the conditions of the present time. Petrograd, April 13—18, 1916. Petrograd;1916:18. (In Russian)
 17. Proceedings of the Extraordinary Pirogov Congress (Moscow, April 4—8, 1917). Moscow;1918. (In Russian)

REFERENCES

1. Proceedings of the II Congress of the Society of Russian Doctors in memory of N. I. Pirogov. Moscow; 1887. (In Russian)
2. Heydenreich L. L. Medical and hygienic exhibition in St. Petersburg in 1889. St. Petersburg; 1889. (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 12.05.2023; одобрена после рецензирования 30.06.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 12.05.2023; approved after reviewing 30.06.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Научная статья

УДК [614.2:614.253.1/2]:616-058-08-084(091)(470.44)»18/.19»(045)

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.028

**Вклад медицинской общественности, земских и частнопрактикующих врачей в борьбу
и профилактику социальных болезней в Саратовской губернии в конце XIX — начале
XX вв.**

Аркадий Иванович Завьялов^{1✉}, Светлана Владимировна Райкова², Ирина Владимировна
Мясникова³, Вячеслав Викторович Петров⁴

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

^{2–4}Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, 410012, г. Саратов,
Российская Федерация.

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

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

³sarrpn@san/ru, <http://orcid.org/0009-0004-9533-3453>

⁴vyacheslav.petrov62@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0668-9665>

Аннотация. В статье представлена деятельность медицинской общественности, земских и частнопрактикующих врачей, направленные на борьбу и профилактику социальных болезней в Саратовской губернии на рубеже XIX—XX веков. Представители интеллигенции г. Саратова для борьбы с пьянством и алкоголизмом в 1894 г. организовали общество трезвой и улучшенной жизни, а в 1904 г. при совместном участии представителей городских властей, Физико-медицинского общества учредили попечительство о народной трезвости, а при нем лечебницу для лечения лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом. По инициативе членов санитарного общества в 1901 г. был создан комитет по борьбе с туберкулезом, а в 1906 г. открыты сезонные (летние) санатории и амбулатории для лечения больных, организовано производство кумыса и пункт его выдачи. В 1905 г. для оказания амбулаторной медицинской помощи пациентам с венерическими заболеваниями в крупных городах Саратовской губернии были открыты частные лечебницы. Наряду с организацией оказания медицинской помощи населению членами Физико-медицинского и Саратовского санитарного обществ, проводилась работа по санитарному просвещению среди населения региона.

Ключевые слова: социальные болезни, медицинская общественность, земская медицина, санитарное просвещение, Саратовская губерния.

Для цитирования: Завьялов А. И., Райкова С. В., Мясникова И. В., Петров В. В. Вклад медицинской общественности, земских и частнопрактикующих врачей в борьбу и профилактику социальных болезней в Саратовской губернии в конце XIX — начале XX вв. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 163—168. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.028.

Original article

**Contribution of the medical community, zemstvo and private practitioners to the fight
and prevention of social diseases in the Saratov province in the late twentieth and early twentieth
centuries**

Arkady I. Zavyalow^{1✉}, Svetlana V. Raikova², Irina V. Vyasnikova³, Vyacheslav V. Petrov⁴

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

^{2–4}Saratov State Medical University, 410012, Saratov, Russian Federation

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

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

³sarrpn@san/ru, <http://orcid.org/0009-0004-9533-3453>

⁴vyacheslav.petrov62@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0668-9665>

Abstract. The medical societies of Saratov (physico—medical and sanitary) were the first to pay attention to the consistently high incidence of social diseases (tuberculosis, venereal diseases and alcoholism) at the turn of the XIX — XX centuries, and then the zemstvo and private practitioners of the province. The active activity of the members of the Saratov sanitary society prompted in 1901 to create a committee to combat tuberculosis, thanks to which seasonal sanatoriums and outpatient clinics were opened, the production of koumiss was organized, pavilions were opened for its implementation and treatment of patients. To combat drunkenness and alcoholism, representatives of the intelligentsia organized a Society for Sober and Improved Life in 1894, and in 1904, with the joint participation of representatives of the authorities, the Physico-Medical Society and the city Committee of the Guardianship of People's Sobriety, a hospital for alcoholics was established. In 1905, by permission of the medical board of the Saratov Provincial Board, private practitioners opened private hospitals for skin, venereal and genitourinary diseases. In addition, the medical community and doctors conducted large-scale sanitary and educational work among the population of the region aimed at combating and carrying out measures to prevent social diseases.

Key words: social diseases, medical societies, zemstvo medicine, health education, Saratov province.

For citation: Zavyalov A. I., Raikova S. V., Myasnikova I. V., Petrov V. V. Contribution of the medical community, zemstvo and private practitioners to the fight and prevention of social diseases in the Saratov province in the late twentieth and early twentieth centuries. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):163–168. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.028.

В конце XIX века деятельность медицинской общест­венности, земских и частноп­рактикующих вра­чей Саратовской губернии была направлена на борьбу и проведение мер профилактики эпидемий холеры, сыпного тифа, дифтерии, кори и вспышек кишечных инфекций. По мере снижения уровня ост­розаразных заболеваний среди населения губернии, практикующие врачи стали отмечать увеличе­ние числа пациентов, страдающих социальными бо­лезнями: туберкулезом, венерическими заболевани­ями и алкоголизмом [1].

Проведенный анализ годовых отчетов гу­бернской врачебной управы за двадцатилетний пе­риод с 1894—1914 гг. свидетельствуют, что заболе­ваемость всеми формами туберкулеза среди жите­лей в Саратовской губернии ежегодно увеличива­лась. Показатели заболеваемости туберкулезом на 10 000 населения (с 1894 по 1914 гг.) представ­лены в таблице 1, которые свидетельствуют, что за этот пе­риод количество больных туберкулезом возросло более чем в 2,5 раза. На фоне ежегодного роста забо­леваемости летальность среди больных туберкуле­зом также увеличилась более чем в 2 раза (с 213 до 443 человек). Наиболее высокие показатели смерт­ности от туберкулеза отмечались среди крестьян и мещан (до 72,1%), обусловленные плохими жилищ­ными условиями, тяжелым трудом и неполноцен­ным питанием, несвоевременным обращением за медицинской помощью, несвоевременным проведе­нием мер профилактики и санитарного просвеще­ния¹.

Врачи П. Н. Соколов, А. М. Шапиро и В. И. Алма­зова в своих докладах о заболеваемости туберкуле­зом, представленных на заседаниях Саратовского санитарного общества в 90-е годы XIX — начале XX веков, особо обращали внимание на вопросы пита­ния, условия проживания детей, которые влияли на состояние физического развития и здоровье. Одной из мер, направленной на профилактику туберкулеза, является устранение неблагоприятных факторов, которые оказывают на детей, и внесли предложение об организации за пределами города детских летних колоний по опыту европейских стран [2].

Весомый вклад в лечение, борьбу и профилак­тику туберкулеза внес комитет по борьбе с туберкуле­зом, созданный в 1901 г. при Саратовском обществе санитарных врачей который являлся одним из раз­работчиков перспективного комплексного плана по

организации и созданию санаториев, лечеб­ниц и ам­булатории, а также производства кумыса для лече­ния больных².

Первоначально основным направлением работы комитета по борьбе с туберкулезом являлось сани­тарное просвещение среди всех слоев населения: проведение бесед, чтение лекций с показом диа­позитивов (световых картин), распространение листо­вок и брошюр. В последующие годы деятельность комитета расширилась и уже в 1904 г. в пригороде Саратова в районе речки Гуселки было открыто производство кумыса для больных туберкулезом, а для его отпуска жителям Саратова комитетом был построен специальный павильон в городском саду «Липки». Больным туберкулезом кумыс отпускался бесплатно, а для граждан других категорий за плату на льготных условиях³.

В 1906 г. рядом с корпусами по производству ку­мыса был открыт сезонный санаторий для лечения больных туберкулезом. Участок земли площадью 150 десятин под строительство санатория и произ­водственных помещений для приготовления кумы­са был арендован у города на льготных условиях на длительный срок. Первоначально санаторий распо­лагался в небольшом корпусе, в котором размеща­лись лишь 12 пациентов, но к 1908 г. число коек в нем увеличилось до 20. У врачей и медицинской об­щественности Саратова наибольшую вызывал тре­вогу высокий уровень заболеваемости туберкулезом среди детей, что побудило санитарное общество и комитет по борьбе с туберкулезом открыть 10 июля 1911 г. детский санаторий на денежные средства, со­бранные в «День белой ромашки». Более половины больных детей, находившихся в санатории, пользо­вались лечением бесплатно или на льготных усло­виях⁴.

В период первой мировой войны (в 1915 г.) при туберкулезном санатории была построена «лазарет­здравница» на 10 коек для лечения военнослужащих русской армии больных туберкулезом. В даль­нейшем эти койки использовались как реабилита­ционные для проведения курса кумысолечения. По­скольку в последующие годы сохранилась высокая обращаемость больных туберкулезом среди солдат и офицеров русской армии за медицинской помощью, было принято решение об увеличении коечного фонда до 75 за счет постройки летних барак⁵.

В 1913 г. в Саратове состоялось открытие спе­циальной амбулатории для оказания помощи больным туберкулезом с постоянным штатным врачом и средним медицинским персоналом для отпуска ле­карственных препаратов. Медицинская помощь па­циентам оказывалась бесплатно. При амбулатории

Таблица 1

Показатели заболеваемости туберкулезом в Саратовской губернии с 1894 по 1914 гг. на 10 000 населения

Годы	1894	1898	1903	1909	1914
Заболеваемость туберкулезом	19,1	23,1	29,7	42,5	48,5

¹ Государственный архив Саратовской области (ГАСО), фонд 1191, ед. хр.5, л. 42.

² ГАСО, фонд 1191, ед. хр.5, лл. 42,43.

³ ГАСО, фонд 2, оп.1, д. 144, лл. 7–9.

⁴ ГАСО, фонд,1191, оп., 1, ед. хр. 5, л.52.

⁵ ГАСО, фонд, 353, оп. 1, ед. хр. 3, лл. 17—21

имелась небольшая лаборатория, где проводились лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи и бактериоскопия мокроты. Значительная часть расходов по ее содержанию и оплате труда медицинских работников осуществлялась из средств, собранных в «День белой ромашки», а другую часть составляли субсидии от городского бюджета.

Комитет по борьбе с туберкулезом при специальной амбулатории организовал попечительство, которое занималось регистрацией новых случаев болезни, организацией врачебной помощи на дому и распространением медицинских знаний среди населения по профилактике туберкулеза [3].

Особое место среди социальных болезней на рубеже XIX–XX столетий занимали венерические болезни. По уровню заболеваемости сифилисом Саратовская губерния среди регионов Российской империи входила в первую десятку. Ежегодное увеличение больных сифилисом среди жителей Саратовской губернии вызывало тревогу не только у земских и частнопрактикующих врачей, но и медицинской общественности. Так, по данным отчета Медицинского департамента Министерства внутренних дел Российской империи, количество выявленных больных в Саратовской губернии всеми формами сифилиса в 1891 г. составляло 26 921 человек или у 1,3% жителей региона. Высокий уровень заболеваемости сифилисом в 90-е годы XIX столетия был обусловлен сохранением отхожих промыслов, низким уровнем санитарной грамотности населения, не своевременной обращаемостью за медицинской помощью на фоне частых вспышек острых инфекционных заболеваний (холеры, сыпного тифа и дифтерии) [4].

В начале XX века в связи военными конфликтами на территории России (русско-японская и первая мировая войны), высокой миграцией населения и проституцией, эпидемиологическая ситуация по венерическим болезням значительно ухудшилась и составляла до 282,2 случаев на 10 000 жителей. Среди всех форм заболевания — первичный сифилис составлял 6,3%, вторичный — 45,6% и третичный — 48,1%. На заразные формы заболевания приходилось 51,9% больных, что способствовало неблагоприятной эпидемиологической ситуации в регионе [5,6].

Оказание стационарной медицинской помощи больным с венерическими болезнями (сифилис, гонорея и мягкий шанкр) во второй половине XIX—начале XX столетий осуществлялось в сифилидологическом отделении на 40 коек Александровской губернской земской больницы. Учитывая, что уровень заболеваемости венерическими болезнями в губернии был высоким, то единственное отделение не могло обеспечить в полном объеме оказание специализированной медицинской помощи всем в нем нуждающимся.

По данным годовых отчетов в сифилидологическом отделении Александровской губернской земской больницы в разные годы на рубеже XIX—XX веков находилось на лечении от 371 до 532 человек. Уменьшение количества пациентов в стационаре

Таблица 2

Число пациентов находившихся ежегодно на стационарном лечении в сифилидологическом отделении Александровской губернской земской больнице в разные годы в конце XIX — начале XX века

Наименование болезни	Годы				
	1893	1900	1903	1908	1911
Сифилис	348	237	263	306	382
Гонорея	79	75	77	148	74
Мягкий шанкр	66	59	50	52	76
Всего...	493	371	390	506	532

отдельные годы было обусловлено временным переуплотнением сифилидологического отделения на период эпидемий холеры и сыпного тифа.

До 1904 г. консультативную помощь и амбулаторное лечение пациенты с венерическими заболеваниями получали при Александровской губернской земской больнице и у вольнопрактикующих врачей в крупных городах губернии. Количество обращений в амбулаторию постоянно увеличивалось. Если в 1900 г. со всеми формами сифилиса в амбулаторию губернской земской больницы обратилось 949 больных, с гонореей — 477 и мягким шанкром — 427, то в 1902 г. с сифилисом — 1086, гонореей — 457, мягким шанкром — 437 человек. По сословию пациенты распределились следующим образом: крестьяне — 78,1%, мещане — 16,9%, казаки — 1,0%, купцы — 1%, дети чиновников — 0,39% и прочие граждане — 0,05% [7].

В таблице 2 представлены статистические данные о количестве больных с венерическими заболеваниями, находившихся на стационарном лечении в сифилидологическом отделении Александровской губернской земской больницы в разные годы в конце XIX — начале XX столетий.

Открытие частных лечебниц в Саратове началось в 1904 г. на основании временных правил об учреждении частных лечебных заведений от 10 июня 1903 г. (Собрание Указаний и распоряжений Правительства Российской империи 1903 г. № 87, ст. 1012). Первыми из числа частнопрактикующих врачей, подавших прошение в Саратовскую губернскую земскую врачебную управу об открытии лечебниц для приходящих больных по кожным, венерическим и мочеполовым болезням стали И. А. Миропольский (Саратов) и Н. К. Мишкилейсон (Царицын). Одним из основных требований, предъявляемым к выдаче разрешения на открытие лечебницы являлось наличие Устава, диплома об окончании медицинского факультета университета и высокого уровня квалификации врача по данной специальности⁶.

Частная лечебница И. А. Миропольского кроме приходящих больных оказывала стационарную медицинскую помощь на 5 койках, но только лицам мужского пола. Лечебница доктора Н. К. Мишкилейсона предоставляла услуги лишь приходящим больным, но обоюбого пола. Прием и лечение амбулатор-

⁶ ГАСО, фонд 79, оп. 1, д. 1047, лл. 7—9.

ных больных в обеих частных лечебницах было платным — 50 копеек. Стоимость пребывания и лечения больных в стационаре составляла от 3 до 5 рублей в зависимости от комфорта палаты. Малоимущие пациенты, нуждающиеся лишь в совете врача, обслуживались бесплатно ⁷.

После открытия частных лечебниц с амбулаторным приемом и стационарным лечением больных с венерическими заболеваниями в Саратове и Царицыне в начале XX века позволили значительно повысить доступность жителей региона для получения специализированной медицинской помощи, улучшить ведение статистического учета по нозологии заболеваний и организацию проведения санитарно-просветительную работы.

Контроль за медицинской деятельностью врачей в частных лечебницах осуществлялся городскими или уездными врачебными управами в соответствии с утвержденным уставом лечебниц и строгим соблюдением инструкций и распоряжений Медицинского департамента Министерства внутренних дел Российской империи ⁸.

Борьба с венерическими заболеваниями в губернии сводилась к проведению полицейских мер по выявлению и организации обследования проституток, «осмотру низших воинских чинов», которые регламентировались специальными циркулярами Медицинского департамента Министерства внутренних дел Российской империи. Но с началом в 1904 г. русско-японской войны в Саратове значительно увеличилось число военнослужащих за счет резервистов запасных полков, что потребовало от властей открытия дополнительных публичных домов. В период гражданской войны количество солдатских публичных домов в Саратове возросло до 20, которые осложняли проведение медико-полицейского контроля, за лицами, предоставляющими интимные услуги, а также приводили к значительному росту венерических болезней среди гражданских лиц и военнослужащих. Регламентация по оказанию таких услуг регулировалась городской властью. К женщинам, оказывающим сексуальные услуги, лишь иногда применялись меры полицейского воздействия за уклонение от учета, своевременного медицинского контроля или лечения

По данным отчета Медицинского департамента Министерства внутренних дел Российской империи заболеваемость сифилисом в Саратовской губернии в 1912 г. составляла 167,0 случаев на 10 000 жителей, что превышало общероссийские показатели более чем в 2 раза (75,2 на 10 000) [5].

Сохранявшийся стабильно высокий уровень заболеваемости сифилисом среди населения губернии вызывал тревогу у делегатов X губернского съезда земских врачей и представителей (1913) при обсуждении вопроса о состоянии борьбы с венерическими болезнями, которые с горечью отмечали, что «систематической борьбы с сифилисом в уездах не существует. Кроме того, до настоящего времени не

организованы чтения для народа по медицине и гигиене ...» [8].

В начале 90-х годов XIX века медицинская общественность, земские и частнопрактикующие врачи города Саратова обратили внимание на увеличение пьянства и алкоголизма среди жителей региона. В борьбу с пьянством и алкоголизмом активно включилась общественность города. Так, газета «Саратовский листок» от 19 марта 1894 г. сообщила своим читателям об организации представителями саратовской интеллигенции (врачами, учителями и священнослужителями) Общества трезвой и улучшенной жизни, основная деятельность которого была направлена на профилактику и борьбу с пьянством и алкоголизмом. В последующие годы аналогичные общества стали создаваться во многих крупных уездных городах Саратовской губернии ⁹.

В конце XIX столетия в Российской империи была введена казенная питейная монополия на производство и продажу спиртных напитков, направленная на снижения уровня употребления алкоголя населением страны. Одновременно во многих губерниях начинают создаваться комитеты попечительства народной трезвости. Такой комитет в Саратовской губернии был создан 9 июля 1899 г. под председательством губернатора — князя Б. Б. Мещерского. С состав комитета народной трезвости входили представители власти, духовенство и медицинская общественность. Деятельность комитета осуществлялась на поступавшие пожертвования его членов и рекомендованных ими лиц. Постепенно аналогичные попечительства стали создаваться и в крупных уездных городах губернии.

Доклад саратовского городского полицмейстера, представленный на заседание городской Думы в 1901 г. свидетельствовал, что, несмотря на проводимые меры борьбы с пьянством и алкоголизмом, число лиц находившихся в состоянии алкогольного опьянения на улицах города постепенно увеличилось. Их задерживали и отводили в участок и размещали в специальных помещениях, ранее рассчитанных на 5—6 человек, но в связи с большим потоком поступавших одновременно в состоянии алкогольного опьянения, в них находилось от 20 до 30 человек [9].

Значительный вклад в борьбу с пьянством и алкоголизмом в Саратовской губернии в начале XX века внесло Физико-медицинское общество. В 1903 г. на его заседании были заслушаны и обсуждены доклады врачей С. А. Лясса: «О современном лечении алкоголизма и его осложнений» и И. В. Вяземского: «Алкоголизм и его лечение гипнотическим внушением», вызвавшие бурную дискуссию среди членов общества. После окончания обсуждения докладов было принято решение об обобщении всех предложений, поступивших от членов общества, а затем провести особое заседание, на котором избрать комиссию для выработки проекта об устройстве лечебницы для лечения лиц, страдающих алкоголизмом. Уже в январе 1904 г. на очередном засе-

⁷ ГАСО, фонд 79, оп. 1, д. 1032, л. 2

⁸ ГАСО, фонд 79, оп. 1, д. 1039, лл. 7—8.

⁹ ГАСО, ф. 353, оп. 1, ед. хр., лл. 25, 26

дании Физико-медицинского общества в присутствии городского головы А. О. Немировского и председателя городского комитета попечительства о народной трезвости Г. Г. Дыбова было принято решение об открытии в Саратове лечебницы для лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом.

К осени 1904 г. комитет попечительства о народной трезвости подготовил проект Устава лечебницы для алкоголиков и представил его на утверждение губернатору П. А. Столыпину. После его подписания губернатором 16 декабря 1904 г. состоялось торжественное открытие лечебницы для лечения алкоголиков по адресу: улица Введенская, 45 в доме Н. И. Корольковой (в настоящее время это улица имени Е. Ф. Григорьева), что положило началу активной борьбы за здоровый образ жизни среди жителей г. Саратова. На основании Устава, лечение амбулаторных пациентов в лечебнице, страдающих пьянством и алкоголизмом, проводилось бесплатно. При необходимости с разрешения медицинской части лечебницы для консультации пациентов приглашали врачей других специальностей. Кроме того, неимущим пациентам, нуждающимся в дополнительной терапии, лекарственные средства по рецепту врача лечебницы из городской аптеки отпускались тоже бесплатно. В лечебном учреждении круглосуточно находились: один фельдшер и прислуга, а для поддержания в ней порядка по очереди дежурили полицейский и городской. Удачное расположение приюта в арендованном доме купца Захара Лысенко в центре города способствовало доставке полицейскими лиц, находящихся в алкогольном опьянении со всех участков города. Только лишь за 1907 г. через лечебницу прошло около 8000 человек, из них 92,5% были мужчины. Деятельность лечебницы продолжалась почти 10 лет — до ноября 1914 года. Закрытие лечебницы было обусловлено резким снижением числа пациентов в связи с принятием Императором Николаем II в начале первой мировой войны «сухого закона», и как следствие, закрытием винных лавок в Саратове¹⁰.

В 1906 г. в Саратове лечение лиц с алкогольной зависимостью начали проводить в условиях стационара в частной психиатрической лечебнице доктора С. А. Лясса с помощью гипноза, которая открылась в центре города. Метод внушения в терапии больных алкоголизмом и пьянством широко использовали врачи психиатры И. В. Вяземский и П. П. Подъяпольский, работавшие в этой лечебнице [10].

Уже в начале XX века комитетами попечительства о народной трезвости организуются дома народных чтений, чайные-читальни, где проводились массовые мероприятия, направленные на борьбу с пьянством: беседы, чтение лекций, чаепития, раздача листовок, брошюр и других печатных изданий о вреде употребления алкоголя.

В 1905 г. общее количество чайных-читален в Российской империи, открытых попечительствами о народной трезвости, составило 3836, что в среднем на одну губернию приходилось по 54 таких уч-

реждения. В Саратовской губернии комитетом попечительства их было открыто более 60. Наибольшей популярностью среди населения пользовались «народные дома», где в одном здании располагались аудитория для показа спектаклей и проведения лекций, комната для чтения, библиотека, чайная и помещение для книжного склада¹¹.

Определенную роль в дальнейшей организации и проведении широкомасштабных мер по борьбе с алкоголизмом сыграл Первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством, состоявшийся (с 28 декабря 1909 по 6 января 1910 гг.) в Санкт-Петербурге, в котором приняли участие представители от Саратовской губернии: Н. И. Тезяков — заведующий отделением народного здоровья Саратовской губернской земской управы, И. Е. Усачев — гласный Саратовского губернского земства, С. А. Лясс — врач частной лечебницы по лечению алкоголиков, член Физико-медицинского общества и В. А. Муратов — доктор медицины, директор психиатрической колонии Саратовского губернского земства. С обстоятельным докладом «К вопросу о борьбе с пьянством» выступил гласный Саратовского губернского земства И. Е. Усачев [11].

Штат лечебного приюта по вытрезвлению алкоголиков состоял из фельдшера, двух мужчин-прислуг, полицейского и городского. Так, в 1906 г. в приют полицией было доставлено 8473 человека в состоянии алкогольного опьянения (мужчин — 7799, женщин — 674), из которых 1905 находились в бессознательном состоянии. В 1907 г. в приют поступило 7983 человека, находившихся в состоянии алкогольного опьянения (мужчин — 7363, женщин — 620 женщин), из которых 1832 человека находились в тяжелой степени опьянения, а 21 человек из них нуждался в медицинской помощи и был направлен на стационарное лечение в Александровскую губернскую земскую больницу [9].

Имевшийся в Саратове единственный приют вытрезвления в начале XX века, по мнению врачей и общественности, не отвечал требованиям по оказанию надлежащих бытовых, медицинских услуг и гуманного отношения к лицам, находившихся в состоянии алкогольного опьянения. Приют для алкоголиков в тот период содержался на средства полиции. Лишь в 1909 г. после подачи заявления управляющего Казенной палатой Н. Н. Лаппы (будущего тестя писателя М. А. Булгакова), положившего начало реформирования службы приюта, в котором он предложил исключить элемент полиции из системы вытрезвления. В заявлении он писал:... «как неподготовленный для общения с пьяными, даже допуская с его стороны самое гуманное отношение к ним», что положило начало реформирования службы приюта вытрезвления¹².

В дальнейшем медицинская общественность Саратова выступила с предложением о передаче приюта вытрезвления в ведение комитета попечительства о народной трезвости и Общества санитарных

¹⁰ ГАСО, ф. 79, оп. 1, ед. хр. 968, лл. 24—27.

¹¹ ГАСО, ф. 128, оп. 1, ед. хр. 59, лл. 16—18.

¹² ГАСО, ф. 1 оп. 1, д. 6962. лл. 7—8.

врачей и, присоединив их к амбулатории лечебницы для лечения алкоголиков доктора С. А. Лясса. Однако, городские власти не приняли предложения общественности, сохранив «полицейский элемент» и, усилив медицинский, повышением заработной платы врачу до 400 рублей и введение в постоянный штат двух фельдшеров и двух служителей [1].

Таким образом, медицинская общественность Саратова, земские и частнопрактикующие врачи на рубеже XIX–XX столетий внесли существенный вклад в организацию и проведение широкомасштабных мер по борьбе и профилактике социальных болезней, санитарному просвещению и оказание медицинской помощи населению.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Вардугин В. И. Во благо народного здоровья. — Саратов: ОАО «Приволжское кн. Изд-во»; 2005:207–217.
2. Соколов П. Н., Карманов М. А. Санатории Саратовского санитарного общества к 1912 году (История их возникновения и настоящее состояние). Саратов; 1912.
3. Чулочников А. А., Завьялов А. И. Организация санаторного лечения больных туберкулезом в Саратовской губернии. Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. Т.13 (4): 862–866.
4. Романовский Н. М. Заболеваемость населения в Саратовской губернии в 1907 году. Общий очерк. Саратов; 1914.
5. Отчет медицинского департамента Министерства внутренних дел о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России в 1912 г. Петроград, 1914.
6. Отчет медицинского департамента Министерства внутренних дел о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России в 1914 г. Петроград, 1916.
7. Завьялов А. И., Якупов И. А. К 150-летию организации стационарной помощи больным сифилисом в Саратовской губернии // Сборник научных работ «Современные проблемы развития амбулаторно-поликлинической помощи и врачебной практики». Саратов, 2006; 1: 54–55.
8. Калягин Е. А., Айнштейн С. М. Борьба с венерическими и кожными болезнями // В кн.: Развитие советского здравоохранения в Саратовской области. Саратов, 1959. 69–78;

9. Материалы по вопросу о борьбе с алкоголизмом в Саратове. Издание Саратовского физико-медицинского общества. Саратов, 1908.
10. Амбулаторная лечебница для алкоголиков Саратовского городского комитета Попечительства о народной трезвости, состоящая в заведении Саратовского физико-медицинского общества // Протокол Юбилейного заседания Физико-медицинского общества в г. Саратове (1 декабря 1910 г.). Саратов; 1910:183–187.
11. Труды Первого Всероссийского съезда по борьбе с пьянством. С-Петербург, 1910. Т. 1.

REFERENCES

1. Vardugin V. I. For the benefit of public health. — Saratov: ОАО «Privolzhskoe kn. Izd-vo»; 2005:207–217. (in Russian)
2. Sokolov P. N., Karmanov M. A. Sanatorii Sanatoriums of the Saratov Sanitary Society by 1912 (History of their origin and present state). Saratov; 1912. (in Russian)
3. Chulochnikov A. A., Zavyalov A. I. Organization of sanatorium treatment of patients with tuberculosis in the Saratov region at the beginning of the 20th century. Journal of Medical Scientific Research 2017; 13 (4): 862–866. (in Russian)
4. Romanovskiy N. M. The incidence of the population in the Saratov province in 1907. General essay. Saratov; 1914. (in Russian)
5. Report of the Medical Department of the Ministry of Internal Affairs on the state of public health and the organization of medical care in Russia in 1912. (in Russian)
6. Report of the Medical Department of the Ministry of Internal Affairs on the state of public health and the organization of medical care in Russia in 1914. Petrograd; 1916. (in Russian)
7. Zav'yalov A. I., Yakupov I. A. To the 150th anniversary of the organization of inpatient care for patients with syphilis in the Saratov province // Sbornik nauchnykh rabot «Sovremennye problemy razvitiya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi i vrachebnoy praktiki». Saratov; 2006:1:54–55. (in Russian)
8. Kalyagin E. A., Aynshteyn S. M. Fight against venereal and skin diseases // V kn.: Razvitie sovetskogo zdavookhraneniya v Saratovskoy oblasti. Saratov; 1959:69–78. (in Russian)
9. Materials on the issue of combating alcoholism in Saratov. Publication of the Saratov Physico-Medical Society; 1908. (in Russian)
10. An outpatient clinic for alcoholics of the Saratov City Committee of the Guardianship of People's Sobriety, which is a member of the Saratov Physico-Medical Society // Protokol Yubileynogo zasedaniya Fiziko-meditsinskogo obshchestva v g. Saratove (1 dekabr 1910 g.). Saratov; 1910:183–187. (in Russian)
11. Proceedings of the First congress on the fight against drunkenness; S-Petersburg. 1910. T.1 (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 13.06.2023; одобрена после рецензирования 30.06.2023; принята к публикации 30.08.2023. The article was submitted 13.06.2023; approved after reviewing 30.06.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.029

Профессор А. И. Дойников — легенда отечественной стоматологии. К 105-летию со дня рождения

Константин Анатольевич Пашков¹, Инара Эльмановна Нагиева²,
Ольга Рудольфовна Паренькова³, Павел Владимирович Шадрин⁴

^{1–4}ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. 127473, Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1;

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

¹historymed@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

²modernovita@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5746-2415>

³oparenkova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8710-0201>

⁴7061891@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8642-9486>

Аннотация: Профессор Алексей Иванович Дойников организовал кафедру пропедевтики ортопедической стоматологии Московского медицинского стоматологического института и заведовал ею почти на протяжении 28 лет (1963—1989), более 8 лет был главным стоматологом Минздрава СССР (1948—1956), более 28 лет руководил оказанием стоматологической помощи в 4-м Главном управлении Минздрава СССР и лично оказывал помощь первым лицам страны с ортопедическими проблемами, был председателем комиссии по аттестации зубных техников, конфликтной комиссии по качеству зубного протезирования и ортопедического лечения в Москве, Комитета по новой стоматологической технике Минздрава России, почетным членом стоматологических обществ США, Германии, Болгарии. В статье описаны его жизненный путь и научные достижения, врачебная, административная и общественная деятельность — все то, что еще при жизни сделало его легендой российской стоматологии.

Ключевые слова: история медицины, ортопедическая стоматология, А. И. Дойников.

Для цитирования: Пашков К. А., Нагиева И. Э., Паренькова О. Р., Шадрин П. В. Профессор А. И. Дойников — легенда отечественной стоматологии. К 105-летию со дня рождения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 169—174. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.029.

Review article

Prof. A.I. Doinikov — a legend of Russian stomatology. On the 105th anniversary of his birth

Konstantin A. Pashkov¹, Inara E. Nagieva², Olga R. Paren'kova³, Pavel V. Shadrin⁴

^{1–4}FSBEI HE A.I. Yevdokimov MSMSU MOH Russia. 127473, Delegatskaya str., 20—1, Moscow, Russian Federation;

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

¹historymed@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

²modernovita@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5746-2415>

³oparenkova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8710-0201>

⁴7061891@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8642-9486>

Annotation: Professor Alexey Ivanovich Doinikov organized the Department of Propaedeutics of Prosthetic Dentistry of the Moscow Medical Dental Institute and headed it for almost 28 years (1963—1989), more than 8 years was the chief stomatologist of the Ministry of Health of the USSR (1948—1956), more than 28 years headed the provision of dental care in the 4th Main Department of the Ministry of Health of the USSR and personally assisted the first persons of the country with orthopaedic problems, he was the chairman of the commission on certification of dental technicians, the conflict commission on the quality of dental prosthetics and orthopedic treatment in Moscow, the Committee on new dental equipment of the Ministry of Health of Russia, an honorary member of dental societies of the USA, Germany, Bulgaria. The article describes his life path and scientific achievements, his medical, administrative and public activities — everything that made him a legend of Russian dentistry during his lifetime.

Keywords: history of medicine, orthopedic prosthetic dentistry, A.I. Doinikov.

For citation: Pashkov K.A., Nagieva I.E., Paren'kova O.R., Shadrin P.V. Prof. A.I. Doinikov — a legend of Russian stomatology. On the 105th anniversary of his birth. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(3):169–174. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.029.

Алексей Иванович Дойников родился 21 марта 1918 года в семье столяра-краснодеревщика во Владимирской области, на следующий год его родители, Иван Евграфович и Александра Семеновна перееха-

ли в поселок Улу-Теляк Башкирской АССР. Щедро одаренный от природы моторной ловкостью, Алексей Иванович с детства увлекался поделками из дерева и камня, мастерил шкатулки, крышки для аль-

бомов, рамки для фотографий; в седьмом классе сделанный им миниатюрный канцелярский стол на точеных ножках с семью выдвижными ящиками получил серебряную медаль на областной выставке школьных уроков труда в Уфе. Золотые руки племянника по достоинству оценил приехавший в гости к Дойниковым незадолго до окончания им девятилетнего курса средней школы брат Александры Семеновны — Григорий Семенович Москалев, в то время — заместитель декана хирургического факультета центрального института усовершенствования врачей¹. По его совету в 1935 году А.И. Дойников решил поступать в зубоучебную школу.

По приезду в Москву оказалось, что в школу принимают только с 17 лет, и 16-летнему юноше пришлось возвращаться домой, где благодаря знакомству отца с работником паспортного стола ему удалось выправить новый паспорт, в котором были изменены возраст (он «постарел на один год»), а заодно имя (вместо Леонида он стал Алексеем Дойниковым). Других препятствий к поступлению в школу не было [1], и Алексей Иванович прошел курс обучения в 1-й Московской зубоучебной школе, которая в то время считалась одним из лучших учебных заведений стоматологического профиля. Здесь он получил первые уроки зубообработки у профессоров А.И. Евдокимова и Б.Н. Бынина [2].

В 1938 году Алексей Иванович Дойников закончил зубоучебную школу с отличием и получил право без экзаменов поступить в любой медицинский институт. Посоветовавшись с дядей, он подал документы на лечебный факультет 1-го Московского медицинского института и, скорее всего, стал бы челюстно-лицевым хирургом, если бы не случайность — в приемной комиссии узнав, что в зубоучебной школе он был заместителем председателя профкома, решили назначить его проффоргом первого курса. Поскольку предполагаемая должность включала сбор членских взносов, его попросили принести рекомендацию, гарантирующую его надежность и добропорядочность. По воспоминаниям Алексея Ивановича, он обратился за такой рекомендацией к профессору А.И. Евдокимову, который ответил на просьбу неожиданно: «Тебе не стыдно? Ты ведь окончил с отличием зубоучебную школу! Завтра же приноси документы в Московский стоматологический институт!» Алексей Дойников забрал документы из 1-го ММИ и в последний день перед началом учебного года подал их в Московский стоматологический институт (МСИ) [1].

Во время обучения в институте в 1940—1941 годах он работал сначала препаратором, затем лаборантом в стационаре кафедры хирургической стоматологии МСИ под руководством А.И. Евдокимова, которого считал своим первым учителем. А.И. Дойников был рекомендован в аспирантуру, но планы нарушила начавшаяся Великая Отечественная война: в 1941 году он вместе со всем своим курсом

досрочно окончил МСИ², служил под Москвой в прифронтовом госпитале, через 3 месяца получил серьезное ранение, после которого был отправлен на долечивание в Башкирию. В 1941—1945 годах А.И. Дойников заведовал Улу-Телякским райздравотделом Башкирии и одновременно работал врачом-стоматологом в местной больнице.

После окончания войны ректор ММСИ профессор А.И. Евдокимов решил, что перспективный молодой специалист должен продолжить обучение; несмотря на нежелание местных властей расставаться с ценным сотрудником, со второй попытки ему удалось добиться перевода Алексея Ивановича в столицу³. В 1945 году на основании приказа Наркома Здравоохранения БАССР № 146 от 4 сентября 1945 года А.И. Дойников был откомандирован в Москву для прохождения аспирантуры. Он хотел бы продолжить обучение на кафедре хирургической стоматологии под руководством А.И. Евдокимова, однако такой возможности не оказалось: там уже учился другой аспирант — будущий профессор В.Ф. Рудько. С октября 1945 года А.И. Дойников обучался на кафедре ортопедической стоматологии под руководством профессора Б.Н. Бынина, признанного специалиста по зуботехническому материаловедению, которого считал своим вторым учителем. Главным научным управлением кафедры ортопедической стоматологии ММСИ было морфологическое. А.И. Дойников окончил аспирантуру в декабре 1948 года, а с сентября 1949 года продолжил обучение в ординатуре на той же кафедре^{4,5}. С самого начала обучения он помогал профессору готовить диапозитивы и комментировал их, а со второго года аспирантуры уже сам читал лекции студентам.

Давний интерес А.И. Дойникова к анатомии и гистологии нашел отражение в выборе темы его диссертационного исследования — «Особенности анатомического и микроскопического строения нижней челюсти человека». В работе было показано, что микроскопическое строение компактного вещества определяется функциональной нагрузкой, которую несет челюсть. Официальная защита кандидатской диссертации состоялась 30 мая в 1951 года в стенах ММСИ на ул. Каляевской, д. 18.

В сентябре 1951 года профессор Борис Николаевич Бынин ушел из жизни. С сентября по декабрь 1951 года обязанности заведующего кафедрой исполнял А.И. Дойников, а с 5 декабря 1951 года кафедрой стал заведовать профессор В.Ю. Курляндский. Ведущей темой научной деятельности кафедры стала проблема функциональной патологии зубочелюстной системы; активно разрабатывались вопросы протезирования беззубых челюстей. 22 февраля 1952 года на заседании конкурсной комиссии А.И. Дойников, не успев побыть ассистентом, был из-

²Центральный государственный архив города Москвы (далее ЦГАМ). Ф. 1057. Оп. 1. Д. 2. Л. 1

³Профессор Дойников: «Все для блага людей!» Интервью Профессора А.И. Дойникова журналу «Стоматология для всех» 2001 год. №5(8). С 2. <https://www.dentoday.ru/products/01800.php>

⁴ЦГАМ. Ф. 1057. Оп. 1. Д. 136. Л. 131—133, 137.

⁵ЦГАМ. Ф. 1057. Оп. 1. Д. 872. Л. 86—87.

¹Алексей Дойников: Я тридцать лет лечил зубы членам политбюро. Медицинская газета. № 36—14 мая 2004 г. С. 16 https://expo.rusmedserv.com/medgazeta/2004g/36/article_2993.html

бран на должность доцента кафедры ортопедической стоматологии, 12 апреля 1952 года он был утвержден в ученое звание доцента аттестационной комиссией ВАК^{6,7}.

Доцент А.И. Дойников продолжал активно заниматься научной деятельностью: в 1953 была опубликована его статья об обезболивании зубов при подготовке их для несъемного протезирования, в 1956 году — об использовании магнитов для улучшения фиксации протезов на беззубых челюстях; в 1955 году им был составлен и опубликован «Сборник официальных материалов по организации стоматологической помощи».

В 1963 году к.м.н. А.И. Дойников организовал кафедру пропедевтики ортопедической стоматологии (в 1995 году она была переименована в кафедру факультетской ортопедической стоматологии, в 2013 году — в кафедру протезирования зубных рядов, в 2015 году — в кафедру ортопедической стоматологии и протетики, с 1 сентября 2022 года кафедра вновь получила название пропедевтики ортопедической стоматологии). Этому событию способствовал целый ряд обстоятельств, в частности — чрезмерно раздутый штат кафедры ортопедической стоматологии; наличие второй базы кафедры — челюстно-лицевого госпиталя, располагавшегося по адресу ул. Лестева, дом 9; наконец, растущий авторитет кремлевского стоматолога А.И. Дойникова. По воспоминаниям Алексея Ивановича, тогдашний ректор института, бывший министр здравоохранения СССР Г.Н. Белецкий сказал: «Вы — два медведя [Дойников и Курляндский] — в одной берлоге не уживетесь. Да и кафедра ортопедической стоматологии стала очень большой — более 30 преподавателей и 200 сотрудников». Давайте-ка делиться!⁸

Штат вновь созданной кафедры включал заведующую, четырех доцентов, 12 ассистентов (из них половина без ученой степени), 6 аспирантов. Главным направлением учебной работы на кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии стало ортопедическое лечение при полном отсутствии зубов. Лечебная работа кафедры включала консультации доцентов и ассистентов в челюстно-лицевом госпитале, помощь больным, направленным из поликлиник г. Москвы (по воспоминаниям А.И. Дойникова, кафедральные сотрудники принимали до пяти тысяч пациентов в год), а также консультации в московских поликлиниках на общественных началах.

Возрастающая педагогическая нагрузка и общественная деятельность не помешали ему продолжать научные изыскания на тему, связанную с его кандидатской диссертацией. В 1967 году он защитил докторскую диссертацию «Изменения макроскопического и микроскопического строения челюстных костей, связанных с возрастом и потерей зубов. Влияние зубного протезирования». При частичной

потере зубов были выявлены локализованные областью дефекта изменения макроскопического и микроскопического строения костной ткани, в частности — атрофия альвеолярного отростка. После удаления зуба лунка замещается склерозированной костной тканью с характерными годовыми кольцами, позволяющими определить предположительный срок удаления зуба. Было показано, что раннее и правильное зубное протезирование замедляет возникновение значительных изменений строения челюстных костей в связи с потерей зубов [3]. На следующий год А.И. Дойников был утвержден в звании профессора.

Основные направления научной работы профессора А.И. Дойникова и сотрудников возглавляемой им кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии включали вопросы протезирования при полном отсутствии зубов, оценку влияния протезов на ткани протезного ложа, изучение биосовместимости применяемых для протезирования материалов с тканями полости рта, особенности протезирования при сопутствующей патологии, разработку новых стоматологических материалов (металлических сплавов и пластмасс). Под его руководством было защищено более 50 кандидатских и 8 докторских диссертаций [4].

Работу на кафедре А.И. Дойников совмещал с административной деятельностью в институте: в 1964 году он исполнял обязанности ректора ММСИ (став после А.И. Евдокимова вторым ректором-стоматологом), в 1967 году был проректором по научной работе. В 1989 году кафедру пропедевтики ортопедической стоматологии возглавил ученик и последователь Алексея Ивановича Б.П. Марков, а сам Дойников продолжил свою работу на кафедре в качестве профессора.

В 1948 году по рекомендации А.И. Евдокимова, которому важно было иметь своего человека на этом ответственном посту, тридцатилетний Алексей Иванович Дойников стал главным стоматологом Министерства здравоохранения СССР (в этой должности он оставался до 1956 года)⁹. 18 января 1949 года он был назначен исполняющим обязанности начальника главного стоматолога Отдела Стоматологической помощи Главного Управления городских лечебно-профилактических учреждений Министерства Здравоохранения СССР. По его инициативе в эти годы были открыты стоматологические факультеты в Баку, Ташкенте и Минске; в Москве построены более 30 современных стоматологических поликлиник (из них 10 детских), в Ленинграде — 6; были открыты стоматологические кабинеты во всех городских школах; реорганизованы заводы, производящие стоматологические материалы, инструменты и оборудование в Волгограде, Казани, Ленинграде, Можайске, Харькове.

Кроме того, главный стоматолог Минздрава СССР А.И. Дойников смог убедить Министерство Здравоохранения в необходимости создания координационного центра для дальнейшего развития

⁶ ЦГАМ. Ф. 1057. Оп. 1. Д. 136. Л. 131—133, 137.

⁷ ЦГАМ. Ф. 1057. Оп. 1. Д. 872. Л. 30—32.

⁸ Профессор Дойников: «Все для блага людей!» Интервью Профессора А.И. Дойникова журналу «Стоматология для всех» 2001 год. №5(8). С. 2. <https://www.dentoday.ru/products/01800.php>

⁹ ЦГАМ. Ф. 1057. Оп. 1. Д. 872. Л. 86—87.

стоматологической науки и практики. Вместе с А.И. Евдокимовым, А.И. Рыбаковым, В.Ф. Рудько он участвовал в организации Центрального научно-исследовательского института стоматологии (ЦНИИС), приказ о создании которого Минздрав СССР издал 29 сентября 1962 года [5]. Директором ЦНИИС был назначен академик РАМН А.И. Рыбаков, а профессор А.И. Дойников до конца жизни оставался членом ученого совета института.

В 1950-е годы А.И. Дойников, продолжая работать в должности главного стоматолога Министерства здравоохранения СССР, вел большую практическую работу как консультант Лечебно-санитарного Управления Кремля (4-го Главного управления Минздрава СССР). В конце 1952 г. министр здравоохранения СССР Мария Дмитриевна Ковригина пригласила А.И. Дойникова на должность главного стоматолога Лечебно-санитарного управления Кремля — у стоматолога, лечившего И.В. Сталина, Максима Савельевича Липеца появился тремор рук, не позволявший ему работать практическим врачом. Должность показалась Алексею Ивановичу слишком ответственной, тем более что к этому времени уже вовсю разгоралось знаменитое «дело врачей». Не зная, как избежать опасного назначения, он обратился за советом к своему учителю, Александру Ивановичу Евдокимову и получил ответ: «Ну, чем я тебе могу помочь? Соображай сам. Но будь весьма осторожен» [1].

Дойников попытался отказаться от назначения, и разгневанная Ковригина продиктовала приказ о его назначении заведующим отделением стоматологической поликлиники в Магадане. В час ночи за ним приехала большая черная машина с сопровождающим в штатском и отвезла, к счастью, не в Магадан, а в Кремль, в стоматологический кабинет, располагавшийся рядом с Оружейной палатой. Через полтора часа к нему пришел первый из пациентов, которых сегодня определяют как VIP (Very Important Person) — нарком путей сообщения Л.М. Каганович. Не удовлетворившись видом 33-летнего врача, Лазарь Моисеевич отказался доверить ему свою ротовую полость и для проверки профессионализма доктора прислал свою жену. По-видимому, Мария Марковна осталась довольна лечением, поскольку еще через день Алексей Иванович мучился, снимая у наркома шесть платиновых коронок, прикрывавших разрушенные зубы¹⁰.

В должности главного стоматолога Лечебно-санитарного управления Кремля А.И. Дойников был утвержден в 1956 году, в 1953 году он был переведен из Министерства здравоохранения СССР в 4-е Главное Управление консультантом, с 1956 года — он главный специалист по стоматологии. Более 28 лет (до 1984 года) он отвечал за стоматологическое лечение и лично занимался протезированием зубов членов Политбюро ЦК КПСС и их родственников, министров и военачальников, оказывал помощь им

и главам дружественных стран (Болгарии, Венгрии, ГДР, Чехословакии, Югославии, Ирана, Бирмы и др.). Алексей Иванович Дойников констатировал: «Работа в 4-м Главном Управлении Минздрава СССР (ЛечСанУпр Кремля) более 30 лет была, естественно, чрезвычайно ответственной и наложила свой отпечаток, какую-то мудрость больше чем народную, осторожность» [6].

Будучи первым председателем городской конфликтной комиссии (ГКК) по качеству зубного протезирования и ортопедического лечения департамента здравоохранения г. Москвы, А.И. Дойников стал основоположником научно-методического направления «Ошибки и конфликты в ортопедической стоматологии». ГКК была создана при ММСИ в 1975 году, с 1996 года она работала на базе кафедры факультетской ортопедической стоматологии МГМСУ. Комиссия осуществляет высококачественную и непредвзятую экспертизу проведенного стоматологического ортопедического лечения в конфликтных ситуациях. В большинстве случаев комиссии удается уладить возникшие конфликты на досудебном этапе, лишь около 5—7 % конфликтных дел доходит до суда после рассмотрения в комиссии. Нередко разрешению конфликта способствовал профессионализм председателя комиссии, обладавшего непререкаемым авторитетом среди врачей-стоматологов и пользовавшегося уважением у пациентов [7].

На протяжении 52 лет (с 1947 по 2000 год) Алексей Иванович Дойников возглавлял комитет МЗ СССР (а затем МЗ и СР РФ) по новой технике в области стоматологии. В 1980-х годах он способствовал внедрению в практику ортопедической стоматологии зубных протезов из фарфора и металлокерамики, что требовало не только оснащения стоматологических поликлиник специальным оборудованием и аппаратурой, инструментами и материалами, но и изучения рациональных затрат рабочего времени на изготовление протезов по новой методике [8].

Сам Алексей Иванович Дойников — обладатель более 20 авторских свидетельств, среди которых зубной порошок «Особый» с содержанием 2% соды и 5% спирта, высокопрочный гипс, пластмассовый материал для изготовления зубных протезов, сплавы на основе золота и платины для изготовления зубных протезов, кламмеров и вкладок, сплавы на основе кобальта и хрома для изготовления бюгельных и металлокерамических протезов, специальные алмазные и полирующие инструменты, нашедшие применение не только в стоматологии, но и в оборонной промышленности (премия имени выдающегося отечественного оружейника С.И. Мосина), устройство для измерения диагностической модели челюсти, зуботехнический окклюлятор, щипцы для снятия литых коронок (авторское свидетельство № 925428 было получено после мучений Алексея Ивановича с платиновыми коронками Л.М. Кагановича), способы оценки прочности мостовидных протезов, получения базисов протезов, восстановления

¹⁰ Алексей Дойников: Я тридцать лет лечил зубы членам политбюро. Медицинская газета. № 36—14 мая 2004 г. С. 16. https://expo.rusmedserv.com/medgazeta/2004g/36/article_2993.html

коронки частично стертго зуба, металлизации пластмассовых протезов и др.

Профессор А.И. Дойников поддерживал связь с организациями стоматологов многих стран и способствовал ознакомлению международной стоматологической общественности с достижениями стоматологической помощи в нашей стране. Он возглавлял советские делегации и выступал с докладами на международных стоматологических конгрессах и съездах во Франции, Германии, Болгарии, Чехословакии, Венгрии, Америке, Мексике, Греции, Японии, неоднократно выступал с докладами, являлся (с 1948 года) постоянным экспертом по вопросам стоматологии от СССР во Всемирной организации здравоохранения и принимал активное участие в работе сессий и экспертных заседаний в Женеве и Копенгагене (для этого ему пришлось в 1960—1963 годах выучить английский язык).

А.И. Дойников вместе с Г.М. Барером и Л.Л. Колесниковым в 1998—1999 годах участвовал в работе экспертной комиссии по идентификации останков царской семьи, обнаруженных недалеко от Екатеринбурга в 1991 году. Проведенная одонтологическая экспертиза найденных в захоронении челюстей позволила убедиться в том, что найденные под Екатеринбургом близ Ганиной Ямы останки определенно принадлежат Николаю II, его дочерям, дневной девушке Анне Демидовой, лакею Алексею Труппу и лейб-медику Евгению Боткину. В июле 1998 года останки членов царской семьи, их врача и слуг были похоронены в Петербурге, в Петропавловском Соборе. Останков царевича Алексея в том захоронении не было, что подтвердила проведенная Дойниковым и его коллегами экспертиза, их обнаружили во время археологических раскопок позже, в июле 2007 года недалеко от найденного в 1991 году могильника¹¹ [9].

В интервью журналистке «Московского комсомольца» 85-летний профессор Алексей Иванович Дойников упоминал о восьми общественных нагрузках, помимо стоматологии. Действительно, ведь он еще был членом редколлегии журнала «Стоматология», членом Правления общества стоматологов России и Москвы, почетным членом Стоматологической Ассоциации России и Всероссийского общества стоматологов, председателем Комиссии по аттестации зубных техников...

В июне 2006 года за выдающиеся успехи в педагогической, научной и практической деятельности в области стоматологии ему была вручена Национальная премия «Признание» в номинации «Корифей стоматологии». 3 декабря 2006 года Алексея Ивановича Дойникова не стало. Похоронен на Троекуровском кладбище. Помимо опубликованных научных работ, учебников, монографий, десятков изобретений, у него осталось множество учеников. Профессора Б.П. Марков (Москва), Э.С. Каливратский (Воронеж), В.В. Парилков (Красноярск), С.Е.

Жолудев (Свердловск), В.М. Зотов (Самара), выполнив диссертационные работы под руководством А.И. Дойникова, стали заведующими кафедрами ортопедической стоматологии и продолжили начатые им исследования, что позволяет говорить о научной клинической школе А.М. Дойникова.

Как отметила почетный доцент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии З.В. Лудилина, «Наука, педагогика, практика, общественная деятельность и творчество в жизни Алексея Ивановича были слиты воедино — подчинены главному — любви к жизни, любви к человеку» [10].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Дойников А.И. У Тито я учился этикету. *Cathedra — Кафедра. Стоматологическое образование в России*. 2002;(2):4—10.
2. Пашков К.А., Белопоткова А.В., Борисенко К.А. Биографии и научные направления исследований отечественных ученых в зубопротезировании и стоматологии. М.; 2014. 256 с.
3. Дойников А.И. Изменения макроскопического и микроскопического строения челюстных костей в связи с возрастом и потерей зубов. Влияние зубного протезирования: (Клинико-эксперим. исследования): Автореферат дис. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М.: ММСИ; 1967. 24 с.
4. Памяти Алексея Ивановича Дойникова. К 90-летию со дня рождения. *Стоматология*. 2008;87(2):84.
5. Дойников А.И. Об истории создания ЦНИИС. *Известия ЦНИИС и ЧЛХ*. 2007;18(2):12—15.
6. Дойников А.И. Профессор Дойников вспоминает... *Стоматология сегодня*. 2001;(11):21.
7. Малый А.Ю., Ирошникова Е.С., Любенко О.Г. и соавт. Анализ работы комиссии по экспертизе качества изготовления зубных протезов за десять лет (1998—2007 гг.) в Москве. *Стоматология*. 2008;(6):47—51.
8. Никитина Н.И., Чистохвалов В.В. Донских И.В. Роль А.И. Дойникова в организации и внедрении изготовления зубных протезов с применением фарфора и металлокерамики. В сб. Вопросы современной стоматологии. К 90-летию со дня рождения А.И. Дойникова. М.: Издательское товарищество АдамантЪ; 2008. С. 12—14.
9. Дойников А.И. Из личных воспоминаний, связанных с установлением подлинности останков российского императора Николая II, членов его семьи и слуг. *Стоматология сегодня*. 2002;(4):14.
10. Лудилина З.В. Алексей Иванович Дойников — корифей стоматологии. В сб. Вопросы современной стоматологии. К 90-летию со дня рождения А.И. Дойникова. М.: Издательское товарищество АдамантЪ; 2008. С. 8—12.

REFERENCES

1. Doynikov A. I. I learned etiquette from Tito. *Cathedra — Cathedra. Dental education in Russia. [Cathedra — Kafedra. Stomatologicheskoe obrazovanie v Rossii]*. 2002;(2):4—10 (in Russian).
2. Pashkov K. A., Belopotkova A. V., Borisenko K. A. Biographies and scientific directions of research of domestic scientists in dentistry and stomatology. l.; 2014. 256 p. (in Russian).
3. Doynikov A. I. Changes in macroscopic and microscopic structure of jaw bones in connection with age and tooth loss. Influence of dental prosthetics: (Clinico-experimental studies): Abstract of the dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences. M.: MMSI; 1967. 24 p.
4. In memory of Alexey Ivanovich Doynikov. To the 90th anniversary of his birth. *Stomatologia. [Stomatologiya]*. 2008;87(2):84 (in Russian).
5. Doynikov A. I. About the history of creation of CRIS. *Izvestiya TsNIIS&ChLH. [Izvestiya TsNIIS i ChLKh]*. 2007;18(2):12—15 (in Russian).

¹¹ Алексей Дойников: Я тридцать лет лечил зубы членам политбюро. Медицинская газета. № 36—14 мая 2004 г. С. 16. https://expo.rusmedserv.com/medgazeta/2004g/36/article_2993.html

6. Doynikov A. I. Prof. Doynikov recalls... *Stomatology Today. [Stomatologiya segodnya]*. 2001;(11):21 (in Russian).
7. Maly A. Y., Iroshnikova E. S., Lyubenko O. G. et al. Analysis of the work of the commission for examination of the quality of dental prostheses manufacturing for ten years (1998—2007) in Moscow. *Stomatologia. [Stomatologiya]*. 2008;(6):47—51 (in Russian).
8. Nikitina N. I., Chistokhvalov V. V. Donskikh I. V. Role of A. I. Doynikov in the organization and introduction of manufacturing of dental prostheses with porcelain and metal-ceramics. In V. Voprosy sob. Voprosy sovremennoi stomatologii. To the 90th anniversary of A. I. Doynikov. Moscow: Adamant Publishing Partnership; 2008. Pp. 12—14 (in Russian).
9. Doynikov A. I. From personal recollections related to the authentication of the remains of the Russian Emperor Nicholas II, members of his family and servants. *Stomatology Today. [Stomatologiya segodnya]*. 2002;(4):14 (in Russian).
10. Ludilina Z. V. Alexey Ivanovich Doynikov — coryphaeus of stomatology. In V sb. Voprosy sovremennoi stomatologii. To the 90th anniversary of A. I. Doynikov's birth. Moscow: Adamant Publishing Partnership; 2008. Pp. 8—12 (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.07.2023; одобрена после рецензирования 14.07.2023; принята к публикации 30.08.2023.

The article was submitted 07.07.2023; approved after reviewing 14.07.2023; accepted for publication 30.08.2023.

Рецензии

Рецензия

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.03.030

Рецензия на диссертацию Татарковой Ю. В. «Научное обоснование мероприятий по совершенствованию офтальмологической помощи студентам на примере медицинского вуза», выполненную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 — общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

Леонид Петрович Чичерин

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

leo2506@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7487-681X>

Аннотация. Рецензируется кандидатская диссертация Ю. В. Татарковой, выполненная в целях научного обоснования мероприятий по совершенствованию офтальмологической помощи студентам-медикам на региональном уровне. Осуществлен риск-подход и прогнозирование исходов болезней глаз. Созданный Центр диагностики и профилактики патологии стал моделью оптимизации в целом охраны здоровья, медико-социальной поддержки молодежи и работников вузов различного профиля, граждан территории.

Ключевые слова: диссертация, рецензия, учащаяся молодежь, болезни глаз, охрана здоровья, организация и социология здравоохранения

Для цитирования. Чичерин Л. П. Рецензия на кандидатскую диссертацию Татарковой Ю. В. «Научное обоснование мероприятий по совершенствованию офтальмологической помощи студентам на примере медицинского вуза», выполненную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 — общественное здоровье, организация и социология здравоохранения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 3. С. 175—176. doi:10.25742/NRIPH.2023.03.030.

Reviews

Review

Review of the PhD thesis by «Scientific justification of measures to improve ophthalmic care for students on the example of a medical university», carried out for degree of candidate of medical sciences in specialty 3.2.3 — Public Health, Health Organization and Sociology

Leonid P. Chicherin

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

leo2506@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7487-681X>

Annotation. The candidate dissertation of Yu. V. Tatarkova, carried out in order to develop and scientifically substantiate measures to improve ophthalmological care for medical students at the regional level, is reviewed. Risk approach and prediction of eye disease outcomes were performed. The created Center for the Diagnosis and Prevention of Pathology has become a model of optimization in general of health protection, medical and social support for youth and university workers of various profiles, citizens of the territory.

Key words: dissertation, review, student youth, eye diseases, organization and sociology of health care.

For citation: Chicherin L. P. Review of Tatarkova Yulia Vladimirovna's «Scientific justification of measures to improve ophthalmic care for students using the example of a medical university», performed by specialty 3.2.3 — public health, health organization and sociology. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(3):175–176. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.03.030.

При рецензировании данного, выполненного, несомненно, на актуальную тему, оригинального многоаспектного исследования обращает на себя внимание, в первую очередь, его соответствие вызовам времени, прежде всего, необходимость — по ВОЗ — расценивать молодежь, наряду с детьми и подростками, как наиболее уязвимый контингент с

точки зрения угроз их здоровью и социальному благополучию. Основами государственной молодежной политики Российской Федерации до 2025 года предусмотрено формирование у молодых людей от 14 до 30 лет (а их число свыше 22 млн. или 15% всего населения страны) на всех этапах жизни мотивации на позитивные действия, общечеловеческие и наци-

ональные духовные ценности, обеспечение своего физического здоровья. Во-вторых, налицо нарастающая распространенность нарушения зрения: согласно первому Всемирному докладу ВОЗ о проблемах зрения (2019), в мире — менее 2,2 млрд. случаев нарушений зрения, причем почти у ½ их можно было предотвратить, а главное — скорректировать. Среди ведущих причин — значительные учебные нагрузки из-за широкого внедрения со школьного периода IT-технологий с использованием электронных средств обучения, и других, негативно воздействующих на качество и образ жизни человека. Диссертация выполнена в ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава России под научным руководством проф. Т. Н. Петровой, защищена 21 марта 2023 г. в Сеченовском Университете [1]. Объемная рукопись изложена на 187 страницах, традиционна по структуре и включает введение, необычно большое для кандидатских работ глав — 6, заключение, выводы, рекомендации и др. Цель исследования — научное обоснование комплекса организационных мероприятий по совершенствованию офтальмологической помощи студентам на региональном уровне. Как видно, уже в формулировке цели изъят присутствующий в названии термин «медики», подтверждающий фактическое проведение исследования на контингенте в целом студенческой молодежи территории.

По результатам исследования опубликовано 25 научных работ, получены 2 свидетельства о государственной регистрации. Новизной данного изыскания явилось получение — по результатам углубленного комплексного анализа в течение 10 лет заболеваемости болезнями глаза — данных о закономерностях патологии в молодежной среде отдельного региона. Показано, что в процессе обучения количество таких пациентов возрастает в среднем в 3 раза. Выявлена низкая доступность специализированной медицинской помощи на уровне первичного звена. Разработана носящая обучающий характер скри-

птинговая методика оценки и стратификации риска развития заболеваний глаза. Обоснованы показатели, характеризующие доступность данного вида помощи обучающимся в вузах различного профиля; определены приоритетные направления профилактики. В целом диссертацию отличает выраженная превентивная направленность мер, комплексный подход к их обоснованию с позиции выявления, учета и математического прогнозирования риск-факторов, новых организационных технологий их реализации на базе межвузовского Центра диагностики и профилактики патологии, реализующего автоматизированную систему мониторинга и планирования лечебно-профилактических мероприятий, что позволило существенно снизить показатели заболеваемости. Но материалы научного поиска выходят за пределы одной лишь офтальмологической патологии, как и контингента студентов-медиков. Поскольку апробированное автором ноу-хау стало, по сути дела, моделью в целом охраны здоровья, оптимизации медико-социальной поддержки не только молодежи, но и работников вузов различного профиля, а также населения территории. А осуществление исследования в Воронежской области, типичном по многим параметрам субъекте с численностью жителей 2,3 млн. чел., даёт основание экстраполировать результаты и на другие регионы страны с учетом их специфики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Татаркова Ю. В. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию офтальмологической помощи студентам на примере медицинского вуза»: дис. ... канд. мед. наук.: ФГБОУ-ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 2023. — 187 с.

REFERENCES

1. Tatarkova Yu. V. Scientific justification of measures to improve ophthalmic care for students on the example of a medical university «: dis.... cand. honey. sciences: FSBOV Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko of the Ministry of Health of Russia, 2023. — 187 p. (in Russian)