

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. № 4

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 коммуникаций (Роскомнадзор). Регистрационный номер от 25 декабря 2015 г. ПИ № ФС77-64152.

Журнал содержит научную информацию и знаком информационной продукции не маркируется. Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

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

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

Переписка 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. № 4. 1—170.

Сдано в набор 13.11.2023.

Подписано в печать 04.12.2023.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 21,25. Усл. печ. л. 20,78.
Уч.-изд. л. 25,76.

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. 4.

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	5	Public health and healthcare management
Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Васильев М. Д., Арсенкова О. Ю. Обзор: нормативно-правовые аспекты деятельности врача общей практики/семейного врача и факторы, определяющие социальную эффективность здравоохранения	5	Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Vasiliev M. D., Arsenkova O. Yu. Overview: regulatory and legal aspects of the activities of a general practitioner/family doctor and factors determining the social effectiveness of healthcare
Шарафутдинова Н. Х., Халфин Р. М., Мухамадеева О. Р., Шарафутдинов М. А., Назмиева Л. Р., Борисова М. В., Саитова З. Р. Причины неудовлетворенности работой персонала государственных медицинских организаций	13	Sharafutdinova N. Kh., Khalfin R. M., Mukhamadeeva O. R., Sharafutdinov M. A., Nazmieva L. R., Borisova M. V., Saitova Z. R. Causes of fatigue and dissatisfaction with the work of staff of government medical organizations
Тимурзиева А. Б., Линденбратен А. Л. Управление взаимодействием элементов системы здравоохранения в повышении эффективности ее деятельности	19	Timurzieva A. B., Lindenbraten A. L. Managing the interaction of elements of the health care system in improving the efficiency of it's activities
Ису Д. Д., Кича Д. И. Подготовка практикующих врачей и ее влияние на иммунизацию детей в районе Орон (провинция Аква Ибом, Нигерия)	25	Esu D. J., Kicha D. I. Training of medical practitioners and its impact on the immunization of children in Oron region (Stat Akwa Ibom, Nigeria)
Кирей-Ситникова Я. Удовлетворённость и барьеры в доступе к здравоохранению для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии	31	Kirey-Sitnikova Y. Satisfaction and barriers in access to healthcare for transgender people in Eastern Europe and Central Asia
Трофимова А. А., Санников А. Л., Малкова Н. Л. Характеристика динамики первичной инвалидности по патологии зрительной системы пожилых граждан в Архангельской области	38	Trofimova A. A., Sannikov A. L., Malkova N. L. Characteristics of the dynamics of primary disability in the pathology of the visual system in the elderly in the Arkhangelsk region
Ледовских Ю. А., Тишкина С. Н. История нормативного регулирования организации онкологической службы в Российской Федерации	44	Ledovskikh Yu. A., Tishkina S. N. History of normative regulation of the organization of cancer services in the Russian Federation
Лившиц С. А., Смбалян С. М., Даниелян М. О. Некоторые аспекты повышения эффективности научной аспирантуры	50	Livshitz S. A., Smbatyan S. M., Danielyan M. O. Some Aspects of Improving the Efficiency of Scientific Postgraduate Studies
Старшинин А. В., Безьямный А. С., Гринин В. М., Мингазова Э. Н. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь пациентам с патологией брахиоцефальных артерий в целях профилактики инсульта в рамках программы «Здоровая Москва»	54	Starshinin A. V., Bezmyanny A. S., Grinin V. M., Mingazova E. N. Outpatient and inpatient care for patients with pathology of the brachiocephalic arteries in order to prevent stroke as part of the Healthy Moscow program
Королев М. А. Новые подходы в организации межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи гражданам старшего поколения	61	Korolev M. A. New approaches in the organization of interdepartmental interaction in the provision of medical and social assistance to older citizens
Зудин А. Б., Абубакиров А. С. Грамотность пациентов в вопросах медицинского страхования и проблемы ее формирования (обзор зарубежных исследований)	67	Zudin A. B., Abubakirov A. S. Patient literacy in health insurance issues and the problems of its formation (review of foreign studies)
Альшевская А. А., Аксенова Е. И. Тренды и приоритеты клинической науки в России в 2020—2022 годы	71	Alshevskaya A. A., Aksenova E. I. Trends and priorities of clinical science in Russia in 2020—2022
Линник С. А., Туменко Е. Е., Александрова О. Ю., Швачко С. А. Проблемы льготного лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями	77	Linnik S. A., Tumenko E. E., Alexandrova O. Yu., Shvachko S. A. Problems of preferential drug provision for patients with malignant neoplasms
Харчилава Р. Р., Шимановский Д. Н., Мухамедиев Р. Р., Шегай М. М. Анализ состояния информатизации здравоохранения и практики применения информационных систем и технологий в Российской Федерации	83	Kharchilava R. R., Shimanovskiy D. N., Mukhametdiev R. R., Shegay M. M. Analysis of the state of health informatization and the practice of using information systems and technologies in the Russian Federation
Барсуков И. А., Демина А. А., Древал А. В. Помповая инсулинотерапия в клинической практике: результаты трехлетнего наблюдения	90	Barsukov I. A., Demina A. A., Dreval A. V. Insulin pump therapy in clinical practice: the results of a three-year follow-up
Вопросы демографии	96	Demographic issues
Ростовская Т. К. Демографическое образование в России: исторический ракурс	96	Rostovskaya T. K. Demographic education in Russia: a historical perspective
Павлов Я. Н., Саввина Н. В. Репродуктивные потери населения: обзор литературы	103	Pavlov Y. N., Savvina N. V. Reproductive losses of the population: literature review
Социальная структура, социальные институты и процессы	109	Social structure, social institutions and processes
Ахметова Г. Ф., Ягафарова Д. Г., Валиахметов Р. М., Мурзабаева С. Ш. Опыт реализации социального проекта «Трезвое село» в Башкортостане (по данным социологического исследования)	109	Akhmetova G. F., Yagafarova D. G., Valiakhmetov R. M., Murzabayeva S. Sh. Experience in implementing the social project «Sober Village» in Bashkortostan (according to sociological research)
Шабунова А. А., Нацун Л. Н. Доступность платных медицинских услуг и особенности социально-демографического портрета их пользователей	115	Shabunova A. A., Natsun L. N. Availability of paid medical services for the population: differentiation by income groups
История медицины	123	History of medicine
Саркисов А. С. Крикор Хачатурович Кекчеев (20.03.1893—8.09.1948). К 130-летию со дня рождения	123	Sarkisov A. S. Krikor Khachaturovich Kekcheev (20.03.1893 — 8.09.1948). To the 130th anniversary of his birth
Егорышева И. В., Чалова В. В. Медико-санитарная деятельность российских общественных организаций в годы Первой мировой войны (1914—1916)	127	Egorysheva I. V., Chalova V. V. The medical and sanitary activities of Russian non-governmental organizations during the First World War (1914—1916)

<i>Панова А. С., Суботьялов М. А., Сорокина Т. С.</i> Развитие представлений о механизмах регуляции калиевого гомеостаза во второй половине XX века (обзор)	132	<i>Panova A. S., Subotyalov M. A., Sorokina T. S.</i> Development of ideas on the mechanisms of regulation of potassium homeostasis in the second half of the 20th century (review)	
<i>Чиж Н. В., Слышкин Г. Г., Кузьмина Ю. А.</i> Военная медицина на российских батальных панорамах: реалии, сюжеты, персоналии. Часть I	137	<i>Chizh N. V., Slyshkin G. G., Kuzmina Yu. A.</i> Military medicine in Russian battle panoramas: realities, plots, personalities. Part I	
<i>Михель Д. В.</i> Здравоохранение в Германии до 1848 года: практика и теория	143	<i>Mikhel D. V.</i> Public health in Germany (1685—1848): practice and theory	
<i>Генералов С. В., Абрамова Е. Г.</i> Организация и деятельность пастеровской станции саратовского губернского земства в конце XIX — начале XX веков (к 125-летию организации в Саратове пастеровской станции)	147	<i>Generalov S. V., Abramova E. G.</i> Organization and activities of the Pasteur station of the Saratov provincial zemstvo in the late 19th — early 20th centuries (to the 125th anniversary of the organization of the Pasteur station in Saratov)	
<i>Пашков К. А., Нагиева И. Э.</i> Научная школа профессора Алексея Ивановича Дойникова	155	<i>Pashkov K. A., Nagieva I. E.</i> Scientific School of Prof. Alexey Ivanovich Doinikov	
<i>Борщук Е. Л., Пахомов А. В.</i> Санитарно-эпидемиологическое состояние Оренбургской (Чкаловской) области в 1930-е гг.	159	<i>Borshchuk E. L., Pakhomov A. V.</i> The sanitary and epidemiological state of the Orenburg (Chkalov) region in the 1930s	
<i>Туторская М. С.</i> Деятельность И. М. Сеченова и развитие физиологии как основы медицинского просвещения ...	165	<i>Tutorskaya M. S.</i> I. M. Sechenov impact and the development of physiology as the basis of health education	
Юбилей		Anniversary	
<i>Оксана Юрьевна Александрова</i> (к 60-летию со дня рождения)	169	<i>Oksana Yuryevna Aleksandrova</i> (to the 60 th birthday)	

Общественное здоровье и организация здравоохранения

Обзорная статья

УДК 614.251.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.001

Обзор: нормативно-правовые аспекты деятельности врача общей практики/семейного врача и факторы, определяющие социальную эффективность здравоохранения

Мария Анатольевна Кузнецова^{1✉}, Татьяна Павловна Васильева²,
Михаил Дмитриевич Васильев³, Ольга Юрьевна Арсеенкова⁴

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

^{3, 4}ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», ул. Шарикоподшипниковская, д. 9, Москва, 115088,
Российская Федерация.

¹mascha.kuznetsova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8243-5902>

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

³m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

⁴omasik@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1440-524X>

Аннотация. В Российской Федерации за последние десятилетия произошли значительные перемены в правовом поле здравоохранения: принято и утверждено большое количество нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность медицинских организаций, поставив в основополагающие принципы качество и доступность медицинской помощи, устанавливая акцент на удовлетворенность населения качеством, получаемой медицинской помощи (удовлетворяющей потребностям населения). Целью исследования было изучение правового регулирования этапов развития и становления новой системы первичной медико-санитарной службы, основанной на деятельности врача общей практики/семейного врача, и факторов, влияющих на социальную эффективность здравоохранения по показателю удовлетворенности. Материалы и методы: Методологическая база исследования представлена нормативными документами; документами ВОЗ; публикациями зарубежных и отечественных авторов; проведен анализ более 11 российских нормативных документов федерального и ведомственного уровня из электронного фонда правовых и нормативно-технических документов «Consultant+», действующих и с изменениями с 1992 по 2019 г. Оценка социальной эффективности здравоохранения по показателю «удовлетворенности» проводилась на основе международных рекомендаций ВОЗ (2018 г.). Заключение. Показано, что развитие ПМСП в стране согласуется с международными правовыми актами и направлены на повышение значимости общей врачебной практики для всего населения и удовлетворенности пациентов качеством оказываемых медицинских услуг. В системе оценки и организации медицинской помощи показатель удовлетворенности является общим индикатором социальной эффективности здравоохранения, обозначающей цели увеличения продолжительности здоровой жизни численности населения, продолжительности жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. В своих исследованиях авторы ориентировались на подбор и анализ разработанности методологии и методов оценки удовлетворенности ВОП и пациентов, способствующие мотивировать профессиональную деятельность врача общей практики и экономическую эффективность управленческих решений.

Ключевые слова: ПМСП, новая парадигма в общественном здравоохранении, социальная эффективность здравоохранения, врач общей практики / семейный врач; показатель удовлетворенности, факторы обеспечения удовлетворенности пациента и профессиональной эффективности врача общей практики.

Для цитирования: Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Васильев М. Д., Арсеенкова О. Ю. Обзор: нормативно-правовые аспекты и социальная эффективность деятельности врача общей практики/семейного врача и факторы, ее определяющие в российском здравоохранении // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 5–12. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.001.

Public health and healthcare management

Review article

Overview: regulatory and legal aspects of the activities of a general practitioner/family doctor and factors determining the social effectiveness of healthcare

Maria A. Kuznetsova^{1✉}, Tatyana P. Vasilyeva², Mikhail D. Vasiliev³, Olga Yu. Arsenkova⁴

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

^{3,4}SBI «Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of Moscow». 115088, Sharikopodshipnikovskaya str., 9, Moscow, Russian Federation.

¹mascha.kuznetsova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8243-5902>

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

³m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

⁴omasik@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1440-524X>

Annotation. Introduction: In the Russian Federation, significant changes have taken place in the legal field of healthcare over the past decades: a large number of regulatory legal acts regulating the activities of medical organizations have been adopted and approved, putting the quality and accessibility of medical care in the fundamental principles, placing emphasis on the satisfaction of the population with the quality of medical care received (satisfying the needs of the population). The aim of the study was to study the legal regulation of the stages of development and formation of a new primary health care system based on the activities of a general practitioner/family doctor and factors affecting the social effectiveness of health care in terms of satisfaction. Materials and methods: The methodological base of the study is represented by regulatory documents; WHO documents; publications of foreign and domestic authors; an analysis of more than 11 Russian regulatory documents of the federal and departmental level from the electronic fund of legal and regulatory and technical documents «Consultant+», valid and amended from 1992 to 2019. The assessment of the social effectiveness of healthcare in terms of «satisfaction» was carried out on the basis of international WHO recommendations (2018). Conclusion. It is shown that the development of PSMP in the country is consistent with international legal acts and is aimed at increasing the importance of general medical practice for the entire population and patient satisfaction with the quality of medical services provided. In the system of assessment and organization of medical care, the satisfaction indicator is a general indicator of the social effectiveness of healthcare, indicating the goals of increasing the healthy life expectancy of the population, life expectancy, reducing the mortality and disability rate of the population and ensuring state guarantees related to these rights. In their research, the authors focused on the selection and analysis of the development of methodology and methods for assessing the satisfaction of GPS and patients, contributing to motivate the professional activity of a general practitioner and the economic efficiency of management decisions.

Key words: *primary medical and social care, a new paradigm in public health, social efficiency of healthcare, general practitioner; family doctor; index satisfaction; factors of provision patient satisfaction and professional effectiveness of the general practitioner*

For citation: Kuznetsova M. A., Vasilyeva T. P., Vasiliev M. D., Arsenkova O. Yu. Overview: regulatory and legal aspects of the activities of a general practitioner/family doctor and factors determining the social effectiveness of healthcare. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):5–12. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.001.

Введение

В Российской Федерации за последние десятилетия произошли значительные перемены в правовом поле здравоохранения: принято и утверждено большее количество нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность медицинских организаций, поставив в основополагающие принципы качество и доступность медицинской помощи, устанавливая акцент на удовлетворенность населения качеством, получаемой медицинской помощи (удовлетворяющей потребностям населения). Целью исследования было изучение правового регулирования этапов развития и становления новой системы первичной медико-санитарной службы, основанной на деятельности врача общей практики/семейного врача, и факторов, влияющих на социальную эффективность здравоохранения по показателю удовлетворенности.

Материалы и методы

Методологическая база исследования представлена нормативными документами; документами ВОЗ; проведен анализ более 30 публикаций зарубежных и отечественных авторов; 11 российских нормативных документов федерального и ведом-

ственного уровня из электронного фонда правовых и нормативно-технических документов «Consultant+», действующих и с изменениями с 1992 по 2019 гг. При оценке социальной эффективности здравоохранения по показателю «удовлетворенности» ссылались на международные рекомендации ВОЗ (2018 г.).

Результаты обзорного анализа

Статья структурирована по этапному анализу нормативно-правовой базы развития и становления системы первичной медико-санитарной помощи населению в системе реформирования здравоохранения и методологических подходов к оценке ее эффективности по показателю удовлетворенности пациентов и врачей общей практики — первичного звена взаимодействия для достижения целей развития здравоохранения в Российской Федерации в области увеличения продолжительности здоровой жизни.

Заключение

Показано, что развитие ПСМП в стране согласуется с международными правовыми актами и направлены на повышение значимости общей врачебной практики для всего населения и удовлетворен-

ности пациентов качеством оказываемых медицинских услуг. В системе оценки и организации медицинской помощи показатель удовлетворенности является общим индикатором социальной эффективности здравоохранения, обозначающей цели увеличения продолжительности здоровой жизни численности населения, продолжительности жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. В своих исследованиях авторы ориентировались на подбор и анализ разработанности методологии и методов оценки удовлетворенности ВОП и пациентов, способствующие мотивировать профессиональную деятельность врача общей практики и экономическую эффективность управленческих решений.

За последние 15 лет большое количество исследований было сосредоточено на необходимости создания интегрированной, междисциплинарной, командной и ориентированной на человека медицинской помощи. В мае 2016 г. *Рамочная основа интегрированных услуг здравоохранения и ориентированных на нужды людей* (IPCHS), принятая при подавляющей поддержке государств-членов Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВОЗ, 2017 г.), обеспечила новое направление и политическую приверженность к развитию первичной медицинской помощи, как неотъемлемой части реализации комплексного медицинского ухода. В «Глобальной стратегии ВОЗ по интегрированным службам здравоохранения, ориентированным на нужды людей, на 2016—2026 годы» создание сильных систем ПМСП подчеркивается как необходимость. В документе говорится, что сильные службы ПМСП необходимы для охвата всего населения и обеспечения всеобщего доступа к услугам. Такая политика приверженности к изменению парадигмы здравоохранения была подчеркнута на мероприятиях в честь празднования 40-летия Алма-Атинской и недавней Астанинской декларации ВОЗ (ВОЗ, 2018 г.), призвавшей обратиться к своим основным принципам и вновь подтвердив ключевую роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)¹. Пересмотр и внесение поправок в Декларацию о первичном медицинском обслуживании позволило получить уникальную возможность задуматься об основных достижениях глобального здравоохранения и пересмотреть вопрос о том, как интегрированная, ориентированная на нужды людей помощь может катализировать всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) на базе ПМСП. Результаты исследовательских разработок, полученные на основе значительных европейских инвестиций, апробированы и предложены как стратегический курс развития здравоохранения для достижения Цели в области устойчивого развития (ЦУР) 3 и, в частности, задачи 3.8 (ЦУР 3.8). Однако, зачастую представленные

данные недостаточно используются на политическом уровне при принятии решений при обсуждении политики развития здравоохранения по устранению неравенства и обеспечению доступности и охватом медицинского обслуживания населения во всех странах. По настоящее время во многих странах не преодолены исторически сложившиеся традиционные приоритеты в национальных системах здравоохранения, сохраняются значительные страновые различия на местном, национальном и трансграничном уровнях, связанные, в том числе со значительным финансовым обременением реорганизации общественного здравоохранения.

Правовое регулирование по реализации концепции IPCHS в Российской Федерации выражено в последовательной реализации приказа МЗ России от 26.08.1992 г. № 237² основополагающих принципов реформы здравоохранения в части обеспечения всеобщей доступности и удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Постановлением Правительства РФ от 5.11.1997 г. № 1387³ было закреплено развитие системы ПМСП населению как основное направление совершенствования организации медицинской помощи. Перераспределение части объемов помощи из дорогостоящего стационарного сектора в амбулаторное звено предполагало реформирование ПМСП на основе развития института врача общей практики (семейного врача), «широко ориентированного в основных врачебных специальностях и способного оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях». В отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика»⁴ (ОВП) были установлены нормативно-правовое обеспечение организационной структуры ОВП объемы и характер предоставляемой населению помощи; подготовка и условия повышения квалификации кадров ОВП, разработка стандартов качества оказания медицинской помощи в рамках ОВП; принципы обеспечения и контроля качества и условий оказания медико-санитарной помощи.

Современное состояние организации здравоохранения находится на этапе формирования механизмов правового закрепления положения ВОП с учетом специфических особенностей региональных учреждений.

Положение об организации деятельности врача общей практики (семейного врача)⁵, «Положение об организации деятельности медицинской сестры врача общей практики», Положение об организации деятельности центра общей врачебной (семейной) практики, Положение об организации деятельности

¹ WHO, World Health Organization (2018) Declaration of Astana. Global conference on primary health care, Astana Kazakhstan, 25—26 October 2018. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/primary-health/conference-phc> [Ref list]

² Приказ МЗ России от 26.08.1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)

³ Постановление Правительства РФ от 5.11.1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ»

⁴ Приказ МЗ России от 30.12.1999 № 463 «Об отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика».

⁵ Утратило силу с 27 марта 2005 года на основании приказа Минздрава России от 17 января 2005 года n 84

центра общей врачебной (семейной) практики⁶, Положение об организации деятельности отделения общей врачебной (семейной) практики в составе лечебно-профилактического учреждения⁵, Примерный табель оснащения центра (отделения) общей врачебной (семейной) практики⁵ были утверждены приказом Минздрава России от 20.11.2002 № 350⁷.

Однако, в 2002 году Коллегией Минздрава России⁸ было признано, что реальной реформы ПМСП не произошло: на фоне активного развития специализации ПМСП подготовленные врачи общей практики продолжали работать участковыми терапевтами, а в некоторых регионах подготовка ВОП вовсе не была осуществлена. Основной причиной такого положения была не разработанность единых подходов в реформировании ПМСП и определению его результативности. Показано, что «развитие новых организационно-правовых и финансовых условий деятельности учреждений системы здравоохранения приводит к тому, что возрастает значение экономических служб в управлении медицинскими учреждениями, при этом существенно меняются их функции, характер и содержание работы» [1].

Решение этих вопросов в целом связано с экономическим обоснованием медицинской, социальной, экономической эффективности здравоохранения⁹ на основе множества специфических показателей в условиях масштабного реформирования системы [2].

В проведенном обзоре, мы акцентировали внимание на показателе социальной эффективности здравоохранения — удовлетворенности пациентов и врачей общей практики и анализа методологических подходов к оценке факторов, влияющих на нее. Положение о приоритете интересов пациентов, улучшении качества и доступности медицинской помощи и соблюдении их прав сформировано на основе программы государственных гарантий¹⁰, гармонизированной с трактовкой Международной Всемирной организации национальных колледжей, академий и академических ассоциаций ВОП/СВ (WONCA, 2002 г.), за счет обеспечения оптимальной штатной численности медицинских кадров в ПМСП, повышение уровня квалификации медицинских работников. Основной принцип такого

подхода был сформулирован на Втором всемирном конгрессе пациентов (Барселона, февраль 2006 года): применение особых коммуникативных приемов, учитывающих внутренние и внешние факторы их влияния на социальную эффективность здравоохранения.

Проблема оценки качества медицинской помощи и определяющих ее факторов, рассматривается ВОЗ, исходя из следующих пунктов: предельное выполнение профессиональных функций, приемлемое использование ресурсов, наименьший риск для пациента и высокая удовлетворенность пациентов от взаимодействия с медицинской организацией. Необходимостью стала также особая оценка индивидуальных психоэмоциональных и социально-экономических аспектов во взаимоотношениях между врачом и пациентом и факторов, определяющих технологию достижения конечной цели — социальной эффективности здравоохранения.

Порядок усиления мотивации пациента к расширенной профилактике заболеваний, обусловленных влиянием факторов риска здоровью, и их лечения является составной частью ведомственной целевой программы «Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины»¹¹ в рамках развития новой модели 4П-медицины, включающих партисипативность, превентивность, предикция и персонализация медицины. Указом Президента Российской Федерации от 2016 г.¹² определена государственная политика Российской Федерации по продвижению и модернизации индивидуальных программ медицинской помощи, выполнение которого координируется приказом Минздрава России № 186 от 24.04.2018 г.¹³. Цели и задачи Концепции связаны с улучшением результатов медицинской помощи, включая улучшение отношений между врачами и пациентами, повышением удовлетворенности пациентов и врачей, большую приверженность к лечению, улучшение качества жизни, сокращение продолжительности пребывания в больнице и снижение расходов на здравоохранение. Показатель (индекс) удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи «отражает степень реализации пациент-ориентированного подхода в оказании медицинских услуг, ассоциированного с лучшими исходами лечения и более благоприятным финансовым состоянием медицинской организации»¹⁴.

Также обеспечение субъективных ожиданий и базовых потребностей пациентов позволяет осу-

⁶ Утратило силу на основании приказа Минздравсоцразвития России от 18 мая 2012 года № 577н.

⁷ Приказ Минздрава России от 20.11.2002 N 350 (ред. от 18.05.2012) «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

⁸ Решение Коллегии МЗ РФ от 15.01.2002г «О ходе выполнения отраслевой программы «Общая врачебная (семейная) практика». Протокол № 1.

⁹ Куделина О. В., Бразовская Н. Г. Оценка восприятия врачами изменений в системе управления трудовыми ресурсами медицинских организаций. взаимоотношениями с пациентами. Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» ISSN 2071-5021 ФС77-28654 <http://vestnik.mednet.ru>.

¹⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 № 1304 (ред. от 08.04.2021) «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения»

¹¹ Приказ Минздрава России от 01.02.2019 № 42 «Об утверждении ведомственной целевой программы „Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины“».

¹² Указ Президента Российской Федерации от 1 декабря 2016 г. № 642 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации».

¹³ Приказ Минздрава России 24.04.2018г. № 186 «О Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»

¹⁴ Кобякова О. С., Деев И. А., Тюфиллин Д. С., Куликов Е. С., Табакаев Н. А., Воробьева О. О. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» ISSN 2071-5021 ФС77-28654 <http://vestnik.mednet.ru>

ществлять стратегическое управление медицинской организацией на основе развития пациент-ориентированного подхода и концепции управления [3].

Одним из важных направлений новой парадигмы является создание определенных психоэмоциональных условий для партнерства между пациентом и врачом, активное вовлечение и участие пациентов в процессе поиска индивидуальных решений и принятия совместных решений по достижению ожидаемого результата.

В связи с этим, актуальным становится модернизация системы оценки и организации медицинской помощи с учетом показателя удовлетворенности — общим индикатором социальной эффективности здравоохранения.

Таким образом, удовлетворенность следует рассматривать, как детерминанту, зависимость как от пациента, так и врача — в том, насколько хорошо врач оценивает свои отношения с пациентом, ценность их вознаграждений, как психологических, так и материальных, а также та социальная атмосфера, в которой они находятся, выражает степень удовольствия во время работы [4].

Обзор доступной литературы показывает, что удовлетворенность пациентов связана с хорошими коммуникативными навыками врачей общей практики (ВОП) и установлением хороших отношений между пациентом и врачом. Показано, что более высокая удовлетворенность пациентов услугами здравоохранения изменяет поведенческие намерения пациентов, такие как соблюдение рекомендованного врачом лечения и посещение врача для последующего наблюдения, что приводит к улучшению состояния здоровья и рекомендации услуг другим людям. Все чаще признается, что представления пациентов о качестве медицинских услуг имеют отношение к оценке результатов медицинского обслуживания. Увеличение удовлетворенности пациентов качеством, оказываемой медицинской помощью, коррелирует с соблюдением пациентами требований к лечению и улучшает результаты лечения [5].

Ориентированность на пациента «определяется качеством взаимодействия между пациентами и врачами» и «являются фундаментальным компонентом подхода к лечению, характеризуется непрерывными исцеляющими отношениями, общим пониманием, эмоциональной поддержкой, доверием, поддержкой и активацией пациента, а также осознанным выбором» [6,7].

По оценкам Американского фонда Содружества, большинство людей в развитых странах посещают своего ВОП более пяти раз в год, что указывает на то, что ВОП, как правило, доступны и широко используются, имеют хорошие возможности для развития долгосрочных отношений с пациентами, что является фундаментальным компонентом пациентоориентированности.

В связи с этим, оценка эффективной деятельности ВОП (СВ) сопровождалась утверждением перечня критериев оценки эффективности¹⁵ в зависи-

мости от стабилизации или снижения уровня госпитализации прикрепленного населения; частоты вызовов скорой медицинской помощи; увеличения числа посещений с профилактической целью; полнота охвата профилактическими прививками, а также лечебно-профилактической помощью лиц, состоявших под диспансерным наблюдением; другим показатели по отдельным нозологиям (туберкулез, артериальная гипертония, сахарный диабет и онкологические заболевания), в том числе показателям, отражающим состояние здоровья детей и беременных женщин на участке обслуживания.

Измерение удовлетворенности населения (равно как и отдельных социальных групп) широко применяется в медико-социологических исследованиях, и его результаты бывают весьма важными для управления системой здравоохранения [7]. Показатель удовлетворенности является субъективным, при этом мнение пациента деятельности медицинских учреждений позволяет выявить недостатки и принятия управленческих решений по их устранению [6, 8].

В разных исследованиях в оценке удовлетворенности пациентов существуют методологические противоречия в данных из-за отсутствия общепринятой формулировки удовлетворенности пациентов и системы ее измерения. Также не достигнут общий консенсус в отношении теоретических основ изучения удовлетворенности пациентов — сложной и многомерной концепцией с многочисленными определяющими факторами в различных условиях [8, 9, 10].

На этом фоне интересным направлением является модель Stewart et al. [11], который предлагает шесть аспектов установления успешного взаимодействия ВОП и пациента: изучение как болезни, так и опыта болезни; понимание человека в целом; поиск точки соприкосновения; включение профилактики и укрепления здоровья; улучшение отношений между пациентом и врачом и реалистичность.

Ряд исследователей в качестве полезного инструмента для мониторинга работы медицинских учреждений и для улучшения медицинского обслуживания населения предлагают внедрение анкетирования пациентов и врачей для оценки удовлетворенности [12, 13, 14].

Исследования удовлетворенности работой ВОП часто связаны с высоким уровнем административных и документальных усилий [14, 15]. Эти административные задачи можно охарактеризовать как «нелегитимные задачи» [16, 17, 18]. Не легитимность задач связана с более высоким восприятием стресса медицинским работником, например, из-за угроз самооценке или субъективной потери контроля. Такие задачи связаны с ресурсами, связанными со здоровьем, такими как контроль или социальная поддержка, и при продолжительном воздействии могут снизить восприятие значимости выполняе-

¹⁵ Приказ МЗ РФ от 11.05.2007 г. № 325 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)»

мой работы. Все эти причины способствуют формированию неудовлетворенности врачей и характеризуют негативные аспекты снижения внутренней эффективности управления здравоохранением — на разных уровнях. Накопительный эффект неудовлетворенности собственной работой врачей может привести к снижению мотивации и в конечном этапе отражается на качестве медицинской помощи [19]. Проведенные исследования показывают, что чрезмерное обилие незаконных задач являются кратковременными факторами достижения целей, однако в среднесрочном интервале вызывают презентизм с последующим физическим и эмоциональным истощением, снижением профессиональной активности. Чрезмерное администрирование и контроль трудового процесса для поддержания внешней эффективности деятельности медицинского учреждения за счет высокой зарегулированности внутренних ресурсов приводят к снижению привлекательности специальности ВОП и оттоку кадров [20, 21, 22]. Профилактика производственного выгорания включают не только гигиенические аспекты нормирования нагрузки и улучшения условий труда.

Разработчики политики в области здравоохранения, зная о проблеме сокращения кадров ВОП, чтобы укрепить общую практику пытались изменить национальную политику в большинстве европейских стран [23, 24]. Показано, что многообразие социальных, психоэмоциональных коммуникативных связей в профессиональной среде формирует коллективное мышление и целенаправленное действие показателей эффективности деятельности.

Ряд исследователей определяют главным аспектом управления эффективностью медицинского учреждения — внедрение методик внутреннего контроля по выявлению факторов — мотивирующих / немотивирующих профессиональной деятельности ВОП и оценку социальных (психо-социальных) условий производственной среды [25, 26, 27],

Для анализа внутренней эффективности деятельности медицинских учреждений и факторов, влияющих на уровень работы ВОП, разработаны различные формы опроса. Опросники используются в исследованиях для изучения стрессоров, связанных с работой, оценки психо-социальных факторов воздействия на эффективность труда и разработки рекомендаций по улучшению условий труда и достижения более здоровой организации труда [28, 29].

В международной практике применяются стандартизированные процедуры деидентифицированного анкетирования медицинских работников на основе опросника COPSQ III для выявления и профилактики негативных тенденций в производственной среде, и рекомендован ВОЗ для стандартизации оценки факторов, влияющие на показатель удовлетворенности пациентов медицинских работников [30, 31, 32, 33]. Перспективные исследования внедрение опросника COPSQ III в российскую систему здравоохранения для целей контроля внутренней эффективности деятельности медицинских организаций, как мы полагаем, явится допол-

нительным инструментом управления качеством медицинской помощи.

Заключение

Показано, что развитие ПСМП в стране согласуется с международными правовыми актами и направлены на повышение значимости общей врачебной практики для всего населения и удовлетворенности пациентов качеством оказываемых медицинских услуг. В системе оценки и организации медицинской помощи показатель удовлетворенности является общим индикатором социальной эффективности здравоохранения, обозначающей цели увеличения продолжительности здоровой жизни численности населения, продолжительности жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. В своих исследованиях авторы ориентировались на подбор и анализ разработанности методологии и методов оценки удовлетворенности ВОП и пациентов, способствующие мотивировать профессиональную деятельность врача общей практики и экономическую эффективность управленческих решений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Куделина О. В. Реформирование здравоохранения: взгляд из региона. *Известия Томского политехнического университета*. 2014;325(6):47—53.
2. Плотникова Т. Н., Русаков Г. Н. Здравоохранение, социальная эффективность, закономерности и тенденции. *Вестник Сибирского государственного аэрокосмического университета имени академика М. Ф. Решетнева*. 2009;22(1—2):120—130.
3. Овчинников Е. Н., Губин А. В., Голобкова И. А., Стогов М. В. Анализ удовлетворенности пациентов качеством оказанных услуг как эффективный механизм менеджмента в медицинской организации. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: экономика и менеджмент*. 2017;11(1):166—173.
4. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000;15(2):122—128. doi: 10.1046/j.1525—1497.2000.02219.x.
5. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract*. 1995;45(401):654—659.
6. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(7):1310—1318. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0450.
7. Садовый М. А., Кобакова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Табакаев И. А., Тюфиллин Д. С., Воробьева О. О. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? *Бюллетень сибирской медицины*. 2017;6(1):152—161.
8. Сусин С. А., Вавилов А. В., Гинятулина Р. И. Удовлетворенность пациентов городской многопрофильной больницы медицинским обслуживанием. *Исследования и практика в медицине*. 2018;5(4):118—125.
9. Ejlertsson L, Heijbel B, Ejlertsson G, Andersson I. Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: A questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work*. 2018;59(1):155—163. doi: 10.3233/WOR-172659.
10. Schneider E, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U. S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund, 2017.
11. Гордеева Т. И. Анализ удовлетворенности потребителей качеством услуг органа инспекции. *Здоровье населения и среда обитания — ЗНУСО*. 2020;(11):4—13. doi: 10.35627/2219—5238/2020-332-11-4-13.

12. Покида А. Н., Зыбуновская Н. В. Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики. *Здоровье населения и среда обитания* — ЗНиСО. 2021;(7):19—27. doi: 10.35627/2219—5238/2021-29-7-19-27.
13. Черкасов М. А., Черный А. Ж., Шубняков И. И., Иржанский А. А., Идрисов Х. К., Дзамихов Р. Х. Комплексная оценка качества медицинской помощи с точки зрения пациента. *Новости Хирургии*. 2019;27(1):49—58.
14. Thun S., Halsteinli V., Løvseth, L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv Res*. 2018;(18):407. doi: 10.1186/s12913-018-3229-0.
15. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bowler P. Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2013761. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.13761.
16. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(5):503—509. doi: 10.1093/intqhc/mzr038.
17. Stewart M. et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. — CRC press, 2013. doi: /10.1201/b20740.
18. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. *BMC Fam Pract*. 2018;(19):130. doi: 10.1186/s12875-018-0809-3.
19. Cohidon C, Wild P, Senn N. Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med*. 2019;17(6):510—517. doi: /10.1370/afm.2449.
20. Semmer, N.K., Tschan, F., Jacobshagen, N., Beehr, T.A., Elfering, A., Kälin, W., & Meier, L. L. Stress as Offense to Self: a Promising Approach Comes of Age. *Occupational Health Science*. 2019;(3):205—238. doi: 10.1007/s41542-019-00041-5.
21. Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL, et al. Illegitimate tasks as a source of work stress. *Work Stress*. 2015;29(1):32—56. doi: 10.1080/02678373.2014.1003996.
22. Meier L., Semmer N. Illegitimate tasks as assessed by incumbents and supervisors: converging only modestly but predicting strain as assessed by incumbents, supervisors, and partners. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2018;(27):764—76. doi: 10.1080/1359432X.2018.1526785.
23. Sonnentag S, Lischetzke T. Illegitimate tasks reach into afterwork hours: A multilevel study. *J Occup Health Psychol*. 2018;23(2):248—261. doi: /10.1037/ocp000077.
24. Thun S., Halsteinli V., Løvseth, L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv Res*. 2018;(18):407. doi: 10.1186/s12913-018-3229-0.
25. Цветкова И. И. Факторы, оказывающие влияние на формирование системы мотивации персонала. *Бюллетень науки и практики — научный журнал*. 2016;11(12):210—214.
26. Карпович А. П. Мотивационный потенциал как объект управления в организациях. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2015;11(10):11—17.
27. Глуценко В. В., Мусатова О. А., Мишутин С. А., Пшуклова К. А., Сычев В. С. Парадигма формирования политики мотивации персонала высокотехнологичной организации. *Бюллетень науки и практики — научный журнал*. 2019;5(1):264—281.
28. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 2017;(357):j1744. doi: 10.1136/bmj.j1744.
29. Kvist T, Voutilainen A, Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen K. The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res*. 2014;(14):466. doi: 10.1186/1472-6963-14-466.
30. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, et al. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. *Rand Health Q*. 2014;3(4):1.
31. Broetje S, Bauer GF, Jenny GJ. The relationship between resourceful working conditions, work-related and general sense of coherence. *Health Promot Int*. 2020;35(5):1168—1179. doi: 10.1093/heapro/daz112.
32. Jenny GJ, Bauer GF, Vinje HF, Vogt K, Torp S. The Application of Salutogenesis to Work. *The Handbook of Salutogenesis*. 2016;197—210 doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_20.
33. Bauer GF, Vogt K., Inauen A, Jenny GJ. Work-SoC—Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 2015;(23):20—30. doi: 10.1026/0943-8149/a000132.

REFERENCES

1. Kudelina O. V. Healthcare reform: a view from the region. *Proceedings of Tomsk Polytechnic University. [Izvestiya Tomskogo politekhnicheskogo universiteta]*. 2014;325(6):47—53. (In Russian).
2. Plotnikova T. N., Rusakov G. N. Healthcare, social efficiency, patterns and trends. *Bulletin of the Siberian State Aerospace University named after Academician M. F. Reshetnev. [Vestnik Sibirskogo gosudarstvennogo aerokosmicheskogo universiteta imeni akademika M. F. Reshetneva]*. 2009;22(1—2):120—130. (In Russian).
3. Ovchinnikov E. N., Gubin A. V., Golobkova I. A., Stogov M. V. Analysis of patient satisfaction with the quality of services rendered as an effective management mechanism in a medical organization. *Bulletin of the South Ural State University. Series: Economics and Management. [Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: ekonomika i menedzhment]*. 2017;11(1):166—173.
4. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000;15(2):122—128. doi: 10.1046/j.1525—1497.2000.02219.x.
5. Baker R, Stratfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract*. 1995;45(401):654—659.
6. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(7):1310—1318. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0450.
7. Sadovy M. A., Kobakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., Tabakaev I. A., Tyufilin D. S., Vorobyeva O. O. Satisfaction with the quality of medical care: «you won't please everyone» or «the patient is always right»? *Bulletin of Siberian Medicine. [Byulleten' sibirskoy meditsiny]*. 2017;6(1):152—161. (In Russian).
8. Susin S. A., Vavilov A. V., Ginyatulina R. I. Satisfaction of patients of the city multidisciplinary hospital with medical care. *Research and practice in medicine. [Issledovaniya i praktika v meditsine]*. 2018;5(4):118—125. (In Russian).
9. Ejlertsson L, Heijbel B, Ejlertsson G, Andersson I. Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: A questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work*. 2018;59(1):155—163. doi: 10.3233/WOR-172659.
10. Schneider E, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U. S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund, 2017.
11. Gordeeva T. I. Analysis of customer satisfaction with the quality of services of an inspection body. *Public Health and Life Environment — PH&LE. [Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya — ZNiSO]*. 2020;(11):4—13 (In Russian) doi: 10.35627/2219—5238/2020-332-11-4-13.
12. Pokida A. N., Zybunovskaya N. V. Health in the Perception of Russians and Real Medical Practices. *Public Health and Life Environment — PH&LE. [Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya — ZNiSO]*. 2021;(7):19—27. (In Russian) doi: 10.35627/2219—5238/2021-29-7-19-27.
13. Cherkasov M. A., Chernyi A. J., Shubnyakov I. I., Irzhansky A. A., Idrisov K. K., Dzamikhov R. H. Comprehensive assessment of the quality of medical care from the patient's perspective. *Surgical News. [Novosti Khirurgii]*. 2019;27(1):49—58. (In Russian).
14. Thun S., Halsteinli V., Løvseth, L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv Res*. 2018;(18):407. doi: 10.1186/s12913-018-3229-0.
15. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bowler P. Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2013761. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.13761.
16. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(5):503—509. doi: 10.1093/intqhc/mzr038.
17. Stewart M. et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. — CRC press, 2013. doi: /10.1201/b20740.
18. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-

- sectional survey in Denmark. *BMC Fam Pract.* 2018;(19):130. doi: 10.1186/s12875-018-0809-3.
19. Cohidon C, Wild P, Senn N. Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med.* 2019;17(6):510—517. doi: /10.1370/afm.2449.
 20. Semmer, N.K., Tschan, F., Jacobshagen, N., Beehr, T.A., Elfering, A., Kälin, W., & Meier, L. L. Stress as Offense to Self: a Promising Approach Comes of Age. *Occupational Health Science.* 2019;(3):205—238. doi: 10.1007/s41542-019-00041-5.
 21. Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL, et al. Illegitimate tasks as a source of work stress. *Work Stress.* 2015;29(1):32—56. doi: 10.1080/02678373.2014.1003996.
 22. Meier L., Semmer N. Illegitimate tasks as assessed by incumbents and supervisors: converging only modestly but predicting strain as assessed by incumbents, supervisors, and partners. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* 2018;(27):764—76. doi: 10.1080/1359432X.2018.1526785.
 23. Sonnentag S, Lischetzke T. Illegitimate tasks reach into afterwork hours: A multilevel study. *J Occup Health Psychol.* 2018;23(2):248—261. doi: /10.1037/ocp0000077.
 24. Thun S., Halsteinli V., Løvseth, L. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? *BMC Health Serv Res.* 2018;(18):407. doi: 10.1186/s12913-018-3229-0.
 25. Tsvetkova I. I. Factors influencing the formation of the personnel motivation system. *Bulletin of Science and Practice — scientific journal. [Byulleten' nauki i praktiki — nauchnyy zhurnal].* 2016;11(12):210—214. (In Russian).
 26. Karpovich A. P. Motivational potential as an object of management in organizations. *National interests: priorities and security. [Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost'].* 2015;11(10):11—17. (In Russian).
 27. Glushchenko V. V., Musatova O. A., Mishutin S. A., Pshukova K. A., Sychev V. S. Paradigm of formation of personnel motivation policy of a high-tech organization. *Bulletin of Science and Practice — scientific journal. [Byulleten' nauki i praktiki — nauchnyy zhurnal].* 2019;5(1):264—281. (In Russian).
 28. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ.* 2017;(357):j1744. doi: 10.1136/bmj.j1744.
 29. Kvist T, Voutilainen A, Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen K. The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res.* 2014;(14):466. doi: 10.1186/1472-6963-14-466.
 30. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, et al. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. *Rand Health Q.* 2014;3(4):1.
 31. Broetje S, Bauer GF, Jenny GJ. The relationship between resourceful working conditions, work-related and general sense of coherence. *Health Promot Int.* 2020;35(5):1168—1179. doi: 10.1093/heapro/daz112.
 32. Jenny GJ, Bauer GF, Vinje HF, Vogt K, Torp S. The Application of Salutogenesis to Work. *The Handbook of Salutogenesis.* 2016;197—210 doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_20.
 33. Bauer GF, Vogt K., Inauen A, Jenny GJ. Work-SoC—Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie.* 2015;(23):20—30. doi: 10.1026/0943—8149/a000132.

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

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

Статья поступила в редакцию 20.02.2023; одобрена после рецензирования 10.08.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 20.02.2023; approved after reviewing 10.08.2023; accepted for publication 03.11.2023

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.002

Причины неудовлетворенности работой персонала государственных медицинских организаций

Назира Хамзиновна Шарафутдинова¹, Рауль Магруфович Халфин²,
Ольга Ринатовна Мухамадеева³, Марат Амирович Шарафутдинов⁴,
Люция Рафиловна Назмиева⁵, Марина Владимировна Борисова⁶,
Зарема Ринатовна Саитова⁷

^{1–7}ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа,
Российская Федерация

¹nazira-h@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8727-1203>

²robprzrf@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5658-5085>

³mukhamadeevs@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6731-8353>

⁴poly-gkb21@ufamail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6062-6062>

⁵ukbgmu@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0007-7980-6857>

⁶marina.borisova68@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8446-140X>

⁷saitzar@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0777-2516>

Аннотация. Изучение причин неудовлетворенности работой позволяет на основе полученных данных разработать мероприятия по укомплектованию штатов, по обеспечению эффективности деятельности медицинских организаций.

Цель исследования. Определить причины неудовлетворенности работой персонала государственных медицинских организаций в Республике Башкортостан.

Материалы и методы исследования. Проведен социологический опрос 1992 работников медицинских организаций Республики Башкортостан. Анкеты были размещены на сайте медицинских организаций, анкетирование проходило анонимно, в онлайн режиме. Обработка и анализ результатов анкетирования проводили, определив частоту встречаемости ответов на 100 опрошенных в каждой группе. В работе использовались методы описательной статистики.

Результаты исследования: наиболее часто причиной неудовлетворенности работой персонала медицинских организаций является «низкий уровень оплаты труда», «загруженность бумажной работой и отчетами», «высокие нагрузки». Полученные данные необходимо учитывать при оценке условий труда персонала, подготовке медицинских кадров, мотивировании труда работников, расстановке кадров внутри медицинской организации, создании благоприятных условий для работы персонала.

Ключевые слова: персонал, медицинские работники, неудовлетворенность, работа, медицинские организации.

Для цитирования: Шарафутдинова Н. Х., Халфин Р. М., Мухамадеева О. Р., Шарафутдинов М. А., Назмиева Л. Р., Борисова М. В., Саитова З. Р. Причины усталости и неудовлетворенности работой персонала государственных медицинских организаций // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 13–18. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.002.

Original article

Causes of dissatisfaction with the work of staff of government medical organizations

Nazira Kh. Sharafutdinova¹, Raul M. Khalfin², Olga R. Mukhamadeeva³, Marat A. Sharafutdinov⁴, Lyutsiya R. Nazmieva⁵, Marina V. Borisova⁶, Zarema R. Saitova⁷

^{1–7}Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

¹nazira-h@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8727-1203>

²robprzrf@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5658-5085>

³mukhamadeevs@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6731-8353>

⁴poly-gkb21@ufamail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6062-6062>

⁵ukbgmu@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0007-7980-6857>

⁶marina.borisova68@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8446-140X>

⁷saitzar@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0777-2516>

Annotation. The study of the causes of job dissatisfaction allows, based on the obtained data, to develop measures to staffing, to ensure the effectiveness of medical organizations.

Purpose of the study. To determine the causes of job dissatisfaction among the staff of state medical organizations in the Republic of Bashkortostan. Materials and methods of research. A sociological survey of 1992 employees of medical organizations in the Republic of Bashkortostan was conducted. Questionnaires were placed on the website of medical organizations, the survey was conducted anonymously, in online mode. The survey results were processed and analyzed by determining the frequency of answers per 100 respondents

© Н. Х. Шарафутдинова, Р. М. Халфин, О. Р. Мухамадеева, М. А. Шарафутдинов, Л. Р. Назмиева и др., 2023

in each group. The methods of descriptive statistics were used in the article. The results of the study: the most frequent reasons for dissatisfaction with the work of the staff of medical organizations are «low level of remuneration», «busy paperwork and reports», «high workload». The obtained data should be taken into account when assessing the working conditions of staff, training medical personnel, motivating the work of employees, staff placement within the medical organization, creating favorable conditions for staff work.

Key words: *medical workers, dissatisfaction, work, medical organizations.*

For citation: Sharafutdinova N. Kh., Khalfin R. M., Mukhamadeeva O. R., Sharafutdinov M. A., Nazmieva L. R., Borisova M. V., Saitova Z. R. Causes of fatigue and dissatisfaction with the work of staff of government medical organizations. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):13–18. (In Russ.). doi:10.25742/NRIIPH.2023.04.002.

Введение

Социологический опрос персонала медицинских организаций становится одним из распространенных методов изучения образа и условий их жизни, факторов труда, удовлетворенности работой и профессией, а также причин профессионального выгорания. Описано, что для работников сферы здравоохранения к неблагоприятным производственным факторам относятся напряженность труда, длительное вынужденное положение тела у лиц, занимающихся определенными видами работ, для некоторых — гиподинамия, либо повышенная физическая, психологическая, нервно-эмоциональная нагрузка, постоянные нововведения, неуважительное отношение администрации и др. Психологический климат в коллективе, возникающий в основном в результате разного размера оплаты и мотивирования труда, также является одной из причин неудовлетворенности работой [1–3].

Несомненно, неудовлетворенность своим трудом влияет на показатели деятельности медицинских организаций [4, 5]. В последние годы ряд исследований посвящен оценке удовлетворенности работников разных специальностей в государственных учреждениях. Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее часто не удовлетворены работой врачи акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, медицинский персонал скорой медицинской помощи [6, 7]. Врачи-психиатры, по данным А. В. Глушковой и Н. В. Семеновой [8] относятся к категории медицинских работников, которые имеют высокий индекс тяжести работы, обусловленной контактом с психическими больными.

Значимым фактором, влияющим на производительность труда, является профессиональное выгорание, которое само по себе свидетельствует о воздействии на медперсонал всех аспектов профессиональной деятельности. Как показывают исследования, оно обусловлено неудовлетворенностью заработной платой, большим количеством нормативных, учетных и отчетных документов, работой в ночное время [9, 10]. По мнению, медицинских работников скорой медицинской помощи, отсутствие системы мероприятий для повышения стрессоустойчивости и профилактики эмоционального выгорания, также является неблагоприятным фактором их трудовой деятельности [11].

Интересные результаты получены в процессе исследования, показывающие зависимость профессионального выгорания от климатических условий. Так, самый низкий уровень профессионального выгорания отмечен у респондентов из Дальневосточ-

ного федерального округа, а крайне высокая степень — в Северо-Кавказском федеральном округе [12].

Цель

Определить причины неудовлетворенности работой персонала государственных медицинских организаций в Республике Башкортостан.

Материалы и методы

Проведен социологический опрос 1992 работников медицинских организаций Республики Башкортостан. Среди опрошенных было 144 руководителей, включая заведующих отделениями, 382 врача, 1247 средних медицинских работников, 73 младшего медперсонала и 145 прочего персонала. Средний возраст опрошенных лиц составил $47,6 \pm 2,3$ года.

Охвачено опросом 484 работников взрослых поликлиник, 214 — детских поликлиник, 737 — стационаров, 96 — диспансеров, 49 — скорой медицинской помощи и 216 работников других медицинских организаций государственной системы.

Анкета была разработана кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета совместно с профсоюзной организацией медицинских работников Республики Башкортостан. В анкете было предусмотрено 14 основных вопросов (кроме демографической, должностной характеристики опрошенных), которые были и закрытого и открытого типов. Анкеты были размещены на сайте медицинских организаций, анкетирование проходило анонимно в онлайн режиме.

Обработка и анализ результатов анкетирования проводили, рассчитав частоту встречаемости ответов на 100 опрошенных по профессии и месту работы.

Результаты

Опрошено 1992 человека, среди них преобладали женщины — 91,5%, мужчины составили 8,5%. Возрастное распределение было следующим: 16,4% это лица в возрасте 18–30 лет, 20,9% — в 31–40 лет, 29,8% — в возрасте 41–50 лет, 26,7% — в 51–60 лет и 6,2% — в возрасте 60 лет и старше. Средний возраст опрошенных составил $47,6 \pm 2,3$ года. Руководители, включая заведующих отделениями, составили 7,2%, врачи — 19,2%, средний медицинский персонал — 62,7%, младший медицинский персонал — 3,7% и 7,3% — прочий персонал (табл. 1).

Изучение занятости опрошенных лиц показало, что среди руководящего состава 41,7% работают на

Таблица 1

Распределение персонала медицинских организаций государственной системы здравоохранения Республики Башкортостан по должностям и возрасту, %

Должность	Возрастные группы, лет					Итого
	18—30	31—40	41—50	51—60	60+	
Руководящий состав, включая заведующих структурными подразделениями	1,8	6,7	6,9	9,6	14,6	7,2
Врачи	31,5	27,1	9,8	15,3	22,0	19,2
Средний медицинский персонал	63,9	53,7	67,7	65,3	53,7	62,7
Младший медицинский персонал	1,5	2,9	5,4	3,6	4,1	3,7
Прочий персонал	1,2	9,6	10,3	6,2	5,7	7,3
Всего...	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 ставку, примерно одинакова доля работающих на 1,25 ставки (20,8%) и 1,5 ставки (19,4%). На 1,75 ставки заняты 6,3% и на 2 ставки 4,9% руководителей. Среди врачей работают на одну ставку 46,3%, на 1,5 ставки — 20,9%, на 1,25 ставки — 15,2%. Большая часть (62,9%) средних медицинских работников заняты на 1 ставку, а на 1,25 и 1,5 ставки работают соответственно 13,9% и 15,5%. Половина из числа опрошенных младшего медицинского персонала работает на 1,0 ставку, одинакова доля работающих на 1,25 и 1,5 ставки (соответственно 17,8%), а прочий персонал в 75,2% случаев был занят на одну ставку.

Результаты показали, что большая часть ответов среди причин неудовлетворенности работой пришла на «низкий уровень оплаты труда» (табл. 2). Так ответили 67,1 из 100 опрошенных. На втором месте по частоте ответов были «загруженность бумажной работой и отчетами» (51,0 на 100 опрошенных), на третьем месте «высокие нагрузки» (44,2 на 100 опрошенных). Также часто указаны как причина неудовлетворенности работой «негативное отношение населения к системе здравоохранения» (36,0 на 100 опрошенных), «отсутствие отдыха и оздоровления» (32,1 на 100 опрошенных) и т. д.

Большая часть ответов о неудовлетворенности работой среди руководящего состава касалась «загруженности бумажной работой и отчетами» (63,2 на 100 опрошенных в этой группе). Кроме того, около 40—50,0 на 100 опрошенных руководителей указали причиной неудовлетворенности работой «низкий уровень оплаты труда» (47,2 на 100 опрошенных), «негативное отношение населения к системе здравоохранения» (47,2 на 100 опрошенных), «высокие нагрузки» (45,8 на 100 опрошенных). Среди остальных должностных групп наиболее частой причиной стали «низкий уровень оплаты труда»: 71,5 на 100 опрошенных врачей, 69,2 на 100 опрошенных средних медицинских работников, 60,3 на 100 опрошенных младших медицинских работников, а также 61,4 их 100 опрошенных прочего персонала. При этом среди врачей чаще и практически одинаково (61,8—64,9 на 100 опрошенных) причиной неудовлетворенности работой стали «высокие нагрузки», «загруженность бумажной работой и отчетами», «усталость, стрессы и выгорание», третья часть — «конфликты с пациентами», «штрафы и снижение оплаты со стороны страховых медицинских организаций». Половина опрошенных средних медицинских работников причиной неудовлетворенности работой считают «загруженность бумажной работой и отчеты».

Рассматривая результаты опроса персонала отдельных медицинских организаций об удовлетворенности работой и о причинах неудовлетворенности, следует отметить, что за исключением работников ФАП большая часть ответов касалась низкого уровня оплаты труда (табл. 3). Среди работающих во взрослых поликлиниках и стационарах на 100 опрошенных более 70 человек подчеркнули этот ответ. У фельдшеров данный ответ составил лишь 37,5 на 100 опрошенных. Второй по значимости среди работающих во взрослых и детских поликлиниках был ответ «загруженность бумажной работой и отчетами», третьей — «высокие нагрузки». Однако среди работников ФАП ответ о неудовлетворенности работой из-за «загруженности бумажной рабо-

Таблица 2

Причины неудовлетворенности работой персонала в государственных медицинских организациях в зависимости от занимаемой должности, на 100 опрошенных

Причины неудовлетворенности	Должность					Итого
	руководящий состав	врач	средний медицинский персонал	младший медицинский персонал	«прочий» персонал	
Низкий уровень оплаты труда	47,2	71,5	69,2	60,3	61,4	67,1
Высокие нагрузки	45,8	60,7	42,4	31,5	20,7	44,2
Негативное отношение населения к системе здравоохранения	47,2	54,2	33,3	15,1	11,0	36,0
Оптимизация, реорганизация здравоохранения	44,4	39,8	28,4	17,8	15,9	30,5
Загруженность бумажной работой и отчетами	63,2	64,9	50,6	12,3	24,1	51,0
Существенные риски уголовной ответственности при оказании медпомощи	22,9	33,5	12,2	2,7	3,4	16,1
Штрафы и снижение оплаты со стороны страховых медицинских организаций	25,7	34,3	12,8	5,5	4,1	17,0
Конфликты с пациентами (претензии, жалобы)	19,4	33,5	13,8	8,2	4,1	17,1
Проблемы с обеспечением жильём	6,9	15,4	5,0	2,7	3,4	7,0
Отсутствие физической защиты от агрессии со стороны пациентов и их родственников	24,3	34,3	15,9	11,0	5,5	19,1
Усталость, стрессы, выгорание (переутомление)	38,2	61,8	36,6	16,4	17,2	39,4
Отсутствие отдыха и оздоровления	34,7	42,7	30,5	19,2	22,1	32,1
Проблемы с обеспечением условий труда, оборудованием и медикаментами	22,9	44,0	24,4	8,2	15,9	26,8
Всё устраивает	3,5	2,1	6,3	26,0	16,6	6,8

Таблица 3

Причины неудовлетворенности персонала работой в государственных медицинских организациях разных видов, на 100 опрошенных

Причина неудовлетворенности	Вид медицинской организации					
	Взрослая поликлиника	Детская поликлиника	Стационар	Диспансер	СМП	ФАП
Низкий уровень оплаты труда	72,5	66,8	71,1	60,8	63,2	37,5
Высокие нагрузки	52,0	51,4	46,6	29,9	38,7	23,6
Негативное отношение населения к системе здравоохранения	47,7	51,8	32,4	19,5	38,7	21,2
Оптимизация, реорганизация здравоохранения	29,9	29,4	35,5	30,9	20,4	18,7
Загруженность бумажной работой и отчётами	52,2	61,6	45,7	35,0	32,6	72,1
Существенные риски уголовной ответственности при оказании медпомощи	17,7	21,0	16,0	7,2	26,5	13,9
Штрафы и снижение оплаты со стороны страховых медицинских организаций	20,8	25,2	16,8	11,3	28,5	4,8
Конфликты с пациентами (претензии, жалобы)	24,3	24,7	15,6	10,3	12,2	4,8
Проблемы с обеспечением жильём	6,6	6,5	8,5	5,15	12,2	2,4
Отсутствие физической защиты от агрессии со стороны пациентов и их родственников	23,7	22,4	18,9	13,4	44,9	10,9
Усталость, стрессы, выгорание (переутомление)	43,6	42,0	41,5	26,8	46,9	25,4
Отсутствие отдыха и оздоровления	33,2	35,0	33,2	16,4	30,6	27,2
Проблемы с обеспечением условий труда, оборудованием и медикаментами	29,1	26,1	30,2	14,4	14,2	19,3
Всё устраивает	4,3	3,7	7,4	16,4	6,1	7,8

той и отчётами», встречался наиболее часто (72,1 на 100 опрошенных).

Обсуждение

Социологический метод исследования является наиболее доступным, экономичным в плане затрат времени персонала и отсутствия затрат ресурсов на его выполнение. При этом он позволяет в удобной форме выразить свои мнения и оценку по разным аспектам деятельности персонала и медицинских организаций. Наши исследования показали, что основными причинами усталости на работе являются «объём и интенсивность работы», «напряжённость труда, дефицит времени», «недостаточная поддержка и внимание со стороны руководителя и административно-управленческого персонала», «повышенная продолжительность рабочего времени, переработки, в т.ч. необходимость работать более одной ставки». Например, среди руководящего состава 67,4 человека из 100 опрошенных лиц считают, что причиной усталости является «объём и интенсивность работы, напряжённость труда, дефицит времени», 61,8 — «эмоциональное напряжение, связанное работой с людьми». Такой ответ, как «объём и интенсивность работы, напряжённость труда, дефицит времени» как причина усталости больше указана в возрастной группе 18—30 лет (61,8 из 100 опрошенных в этой возрастной группе), чем в возрастной группе 60 лет и старше (44,7 ответов из 100 опрошенных).

Известно, что основные достижения в работе медицинской организации зависят от удовлетворенности персонала работой. Наиболее часто причиной неудовлетворенности по данным наших исследований были «низкий уровень оплаты труда», «загруженность бумажной работой и отчетами». В зависимости от занимаемой должности, возраста опрошенных, продолжительности работы, вида медицинского учреждения частота встречаемости отдельных причин усталости на работе несколько отличались. Низкий уровень оплаты труда как причина неудовлетворенности работой отмечена во всех ответах и наиболее часто встречается среди врачей и средних медицинских работников. Трудно предпо-

ложить, какой уровень оплаты труда будет наиболее приемлем для персонала медицинских организаций? Несомненно, улучшение условий работы, снижение учетных и отчетных документов медицинских организаций, повышение компетентности руководителей и самих врачей может повысить удовлетворенность работой [13, 14]. В последние годы персонал загружен работой по внедрению стандартов, перехода медицинской организации в статус «новой модели» [15]. Вероятно, с успешным завершением всех нововведений нагрузка медицинского персонала работой по оформлению документов несколько снизится. Результаты проведенного нами исследования были доложены на медицинских советах государственных организаций, участвовавших в исследовании, а также республиканских конференциях врачей. В настоящее время профсоюзной организацией медицинских работников выполняется много мероприятий, разработанных на основе полученных данных, призванных повысить производительность труда путем снижения влияния выявленных причин усталости и неудовлетворенности своей деятельностью. Одним из приоритетных направлений были выделены мероприятия, призванные обеспечить более комфортные условия отдыха и восстановления здоровья персонала, в том числе выделение льготных путевок на санаторно-курортное лечение, на отдых.

Заключение

Таким образом, результаты исследования позволили установить основные причины усталости и неудовлетворенности работой персонала государственных медицинских организаций в Республике Башкортостан. Полученные данные необходимо учитывать при оценке условий труда персонала, подготовке медицинских кадров, мотивировании труда работников, расстановке кадров внутри медицинской организации, создании благоприятных условий для работы персонала.

Выводы

1. Причинами неудовлетворенности работой наиболее часто указаны: низкий уровень опла-

ты труда; загруженность бумажной работой и отчетами; высокие нагрузки, усталость, стрессы, переутомление.

2. Неудовлетворенность оплатой труда чаще отметили врачи и средний медицинский персонал. Около двух третей врачей считают причиной неудовлетворенности работой высокие нагрузки и загруженность бумажной работой.
3. Во всех медицинских организациях основной причиной неудовлетворенности является низкий уровень оплаты труда. Для взрослых и детских поликлиник и стационаров более чаще для работающих характерны высокие нагрузки.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Канева Д. А., Бреусов А. В., Харченко В. В. Социологические аспекты деятельности медицинского персонала стоматологических организаций различной формы собственности. *Вестник новых медицинских технологий*. 2018;(4):2—7.
2. Григорьева Н. В., Петунова С. А. Влияние личностных факторов работника на профессиональную эффективность. В кн.: Состояние и перспективы развития инновационных технологий в России и за рубежом. Чебоксары; 2018:74—81.
3. Аманбеков А. А., Касиев Н. К. Удовлетворенность специалистов сестринского дела профессиональной деятельностью. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2021;(6):72—77.
4. Панкевич В. И., Школьников М. А., Югай М. Т. Удовлетворенность врачей своим трудом в государственных и частных медицинских организациях. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(5):69—78.
5. Юсупова К. И., Матвеева Т. Ю. Удовлетворенность трудом медицинского персонала на примере ГАУЗ РКИБ. *Вопросы науки и образования*. 2018;8(20):50—54.
6. Муравьева А. А., Михайлова Ю. В., Горбунова В. В. Проблемы выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. 2023;69(1):2.
7. Неплюева Г. А., Соловьева А. Е., Кривополенова С. Д., Соловьев А. Е., Зайцев В. В., Звартау Н. Э. и др. Распространенность синдрома профессионального выгорания среди практикующих кардиологов в субъектах Российской Федерации. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(15):5320.
8. Глушкова А. В., Семенова Н. В. Особенности трудовой деятельности врачей учреждений психиатрического профиля в современных условиях. *Психическое здоровье*. 2017;15,10(137):78—87.
9. Давыдов А. Ю., Артемьева Г. Б., Нагибин О. А. Оценка удовлетворенности условиями труда медицинских работников акушерско-гинекологической службы в сельской местности (на примере Рязанского района). *Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова*. 2019;27(2):237—244.
10. Новгородова У. Р. Социологическое исследование синдрома профессионального выгорания у врачей акушерского отделения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;24(3):147—151.
11. Петунова С. А., Тельцова В. И., Петунова Ю. Л., Пулатов М. С., Холиков З. А. Профессиональное «выгорание» у медицинских работников скорой медицинской помощи. *International Journal of Medicine and Psychology*. 2022;5(7):69—74.
12. Самофалов Д. А., Чигрина В. П., Тюфилин Д. С., Чаргазия Л. Д., Китнюк К. Г., Кобякова О. С. и др. Профессиональное выгорание и качество жизни врачей в Российской Федерации в 2021 г. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. 2023;69(1):1.
13. Николаев Е. Л., Петунова С. А. О подготовке медицинских психологов для учреждений здравоохранения. В кн.: Материалы III Международной учебно-методической конференции. Чебоксары; 2012; 287—289.
14. Петунова С. А. О формировании коммуникативной компетентности врача в профессиональной деятельности. В кн.: Материалы VI Международной учебно-методической конференции. Чебоксары; 2014: 252—257.
15. Протасова Л. М., Барановская С. В., Бойков В. А., Деев И. А., Кобякова О. С., Шибалков И. П. и др. Анализ показателей удовлетворенности пациентов медицинской помощью в зависимости от длительности действия мероприятий стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. 2022;68(5):6.

REFERENCES

1. Kaneva D. A., Breusov A. V., Kharchenko V. V. Sociological aspects of the activity of medical personnel of dental organizations of different forms of ownership. *Bulletin of new medical technologies. [Vestnik novykh medicinskih tehnologij]*. 2018;(4):2—7. (In Russian).
2. Grigoryeva N. V., Petunova S. A. Influence of personal factors of the employee on professional efficiency. In the book: State and prospects for the development of innovative technologies in Russia and abroad. *Cheboксary*; 2018:74—81. (In Russian).
3. Amanbekov A. A., Kasiev N. K. Satisfaction of specialists in nursing professional activity. *Scientific review. Medical Sciences. [Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki]*. 2021;(6):72—77. (In Russian).
4. Pankiewicz V. I., Shkolnikova M. A., Yugay M. T. Satisfaction of doctors with their work in public and private medical organizations. *Bulletin of Roszdravnadzor. [Vestnik Roszdravnadzora]*. 2015;(5):69—78. (In Russian).
5. Yusupova K. I., Matveeva T. Yu. Satisfaction with the work of medical personnel on the example of the RKIB. *Voprosy nauki i obrazovaniya. [Voprosy nauki i obrazovaniya]*. 2018;8(20):50—54. (In Russian).
6. Muravyova A. A., Mikhailova Yu. V., Gorbunova V. V. Problems of emotional burnout syndrome in anesthesiologists-anesthesiologists. *Sotsial'nye aspekty zdorov naseleniya [Social'nye aspekty zdorov'ja naseleniya]*. 2023;69(1):2. (In Russian).
7. Neplyueva G. A., Solovyova A. E., Krivopolenova S. D., Solov'ev A. E., Zaitsev V. V., Zvartau N. E. et al. Prevalence of professional burnout syndrome among practicing cardiologists in the subjects of the Russian Federation. *Russian Journal of Cardiology. [Rossijskij kardiologicheskij zhurnal]*. 2023;28(15):5320. (In Russian).
8. Glushkova AV, Semenova NV Peculiarities of labor activity of doctors of psychiatric institutions in modern conditions. *Mental Health. [Psichicheskoe zdorov'e]*. 2017;15,10(137):78—87. (In Russian).
9. Davydov A. Y., Artemyeva G. B., Nagibin O. A. Evaluation of satisfaction with working conditions of medical workers of obstetric-gynecological service in rural areas (on the example of Ryazan district). *Russian Medical and Biological Bulletin named after I. P. Pavlov. [Rossijskij mediko-biologicheskij vestnikim. akademika I. P. Pavlova]*. 2019;27(2):237—244. (In Russian).
10. Novgorodova U. R. Sociological study of professional burnout syndrome in obstetric department doctors. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. [Problemy social'noj giyeny, zdoravoohraneniya i istorii mediciny]*. 2016;24(3):147—151. (In Russian).
11. Petunova S. A., Tletsova V. I., Petunova Y. L., Pulatov M. S., Kholikov Z. A. Professional «burnout» in medical workers of emergency medicine. *International Journal of Medicine and Psychology*. 2022;5(7):69—74. (In Russian).
12. Samofalov D. A., Chigrina V. P., Tyufilin D. S., Chargazia L. D., Kitnyuk K. G., Kobyakova O. S. et al. Professional burnout and the quality of life of doctors in the Russian Federation in 2021. *Social aspects of public health. [Social'nye aspekty zdorov'ja naseleniya]*. 2023;69(1):1. (In Russian).
13. Nikolaev E. L., Petunova S. A. On the training of medical psychologists for health care institutions. In the book: Materials of the III International Training and Methodical Conference. *Cheboксary*; 2012; 287—289. (In Russian).
14. Petunova S. A. On the formation of communicative competence of a doctor in professional activity. In the book: Proceedings of the VI International educational and methodical conference. *Cheboксary*; 2014: 252—257. (In Russian).
15. Protasova L. M., Baranovskaya S. V., Boykov V. A., Deev I. A., Kobyakova O. S., Shibalkov I. P. et al. Analysis of patient satisfaction with medical care depending on the duration of the measures of the standard of organization of medical care provided in outpatient settings. *Social aspects of public health. [Social'nye aspekty zdorov'ja naseleniya]*. 2022;68(5):6. (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/Acknowledgments: исследование проведено без спонсорской поддержки / 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 11.05.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 11.05.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Дискуссионная статья

УДК 61.614

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.003

Управление взаимодействием элементов системы здравоохранения в повышении эффективности ее деятельности

Алина Борисовна Тимурзиева¹, Александр Леонидович Линденбрaten²

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

¹alinko9977z@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1817-3228>

²lindenbraten13@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3152-9292>

Аннотация. Статья посвящена некоторым аспектам управления взаимодействием элементов системы здравоохранения с целью повышения эффективности ее деятельности. В данной статье представлены данные отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативно-правовых документов и собственного опыта авторов, с последующим анализом вышеупомянутых источников. На сегодняшний день крайне актуальны вопросы эффективного взаимодействия участников лечебно-диагностического процесса, качества оказания медицинской помощи, аспекты, касающиеся сегментации рынка потребителей и поставщиков медицинских услуг и др. Изучение данных вопросов организаторами здравоохранения важно с позиций разработки научно-методических подходов к совершенствованию организации медицинской помощи и повышению уровня эффективности в системе здравоохранения.

Ключевые слова: эффективность, качество оказания медицинской помощи, качество организации медицинской помощи, эффективное взаимодействие, участники лечебно-диагностического процесса, пациент, медицинские и немедицинские работники.

Для цитирования: Тимурзиева А.Б., Линденбрaten А. Л. Управление взаимодействием элементов системы здравоохранения в повышении эффективности ее деятельности // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 19—24. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.003.

Discussion Article

Managing the interaction of elements of the health care system in improving the efficiency of its activities

Alina B. Timurzieva¹, Alexander L. Lindenbraten²

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

¹alinko9977z@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1817-3228>

²lindenbraten13@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3152-9292>

Abstract. The article is devoted to some aspects of managing the interaction of elements of the health care system in improving the efficiency of its activities. This manuscript presents data from literature sources, regulatory documents and the authors' own experience, followed by an analysis of the above sources. Today, the issues of effective interaction between participants in the treatment and diagnostic process, the quality of medical care, aspects related to market segmentation of consumers and providers of medical services, etc. are extremely relevant and improving efficiency in the health system.

Key words: efficiency, quality of medical care, quality of organization of medical care, effective interaction, participants in the treatment and diagnostic process, patient, medical and non-medical workers.

For citation: Timurzieva A.B., Lindenbraten A.L. Managing the interaction of elements of the health care system in improving the efficiency of its activities. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):19–24. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.003.

Введение

В деятельности любой системы важнейшее значение имеет организация управления ею [1]. Как отмечал известный ученый Э. Деминг, качество деятельности любого объекта зависит от эффективности управления им [2]. Особое значение приобретает социальное управление [3]. Как известно, управление — деятельность, направленная на координацию функционирования объекта с целью достижения поставленных задач [4], при этом в качестве объекта рассматривается система, то есть совокуп-

ность взаимосвязанных и взаимодействующих элементов. В одном из известнейших институтов — Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья им. Н. А. Семашко, непрерывно совершенствуются научно-методические подходы и инновационные изменения в системе здравоохранения с учетом текущих изменений [5], в том числе, рассматриваются аспекты повышения эффективности ее деятельности; проводится оценка состояния здоровья населения с непрерывным осуществлением его мониторинга [6].

Цель

На основании данных отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативно-правовых документов, а также собственного практического опыта научно обосновать подход к повышению эффективности управления в системе здравоохранения с учетом сегментации рынка потребителей и поставщиков медицинских услуг.

Материалы и методы

Проанализированы данные отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативно-правовых документов, результатов собственного практического опыта.

Результаты

После анализа данных отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативно-правовых документов, результатов собственного опыта вынесены вопросы на обсуждение относительно некоторых аспектов совершенствования оказания медицинской помощи и повышения эффективности в системе здравоохранения.

Обсуждение

При поиске необходимых решений в управлении деятельностью любой системы, как правило, осуществляются следующие этапы:

- оценка состояния объекта и необходимость внесения изменений в его деятельность [7];
- изучение нормативной правовой базы, регламентирующей деятельность данной системы, с целью предупреждения возможных противоречий и конфликтных ситуаций [8];
- определение объема необходимых ресурсов для внедрения соответствующих инноваций и их наличия или возможных источников [9,10];
- создание соответствующей информационной системы для оценки эффективности принимаемых решений [11].

Если говорить об управлении здравоохранением, то, во-первых, надо четко различать семантически схожие понятия «здравоохранение» и «охрана здоровья»¹, а во-вторых, рассматривать взаимосвязи и взаимодействие всех элементов системы здравоохранения, обеспечивающих осуществление медицинской деятельности: органов управления, медицинских организаций и их структурных подразделений, медицинских и немедицинских работников, пациентов и их родственников [12].

Согласно Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2025 года, населению необходимо предоставление условий для обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи с соблюдением прав граждан в сфере охраны здоровья^{1, 2}. Для достижения данной цели одним из способов является разработка Национальной пациентоориентированной системы здравоохранения и

методов персонализированной медицины [13]. При этом следует понимать, что, хотя пациент и занимает одну из центральных позиций в этой системе [14], он постоянно взаимодействует также со множеством других участников лечебно-диагностического процесса [15], которые, в свою очередь, должны взаимодействовать между собой, учитывая, в частности, сохраняющиеся процессы специализации медицинской помощи и полиморбидность заболеваемости населения [16], когда взаимодействие различных специалистов, способствует, с одной стороны, улучшению маршрутизации пациентов, а с другой, - повышению качества диагностики и лечения [17]. Помимо этого, необходимо учитывать и субъективные характеристики участников лечебно-диагностического процесса, в частности, удовлетворенность как пациента, так и работников медицинской организации, в том числе, при взаимодействии их друг с другом [12]. Поэтому, может быть, правильнее говорить не о пациенто-, а о человеко-ориентированной системе здравоохранения. При этом следует помнить, что различия, указанные выше, могут быть связаны как с биологическими особенностями индивидуума, включая генетику, так и образ жизни, и принадлежность к различным социально-экономическим группам. Известно, что пациент, врач и другие участники лечебно-диагностического процесса могут рассматриваться с позиций рынка потребителей и поставщиков медицинских услуг [18], имеющих прямое или косвенное отношение к медицинской деятельности, но при этом влияющих непосредственно или опосредованно на эффективность и качество организации медицинской помощи. И, несмотря на то, что продолжается активное обсуждение вопросов стандартизации при оказании медицинской помощи [19, 20], необходимо принимать во внимание то, что каждый случай диагностики и лечения пациента на практике мы рассматриваем с позиций сегментации рынка медицинских услуг [21; 22], на что оказывает влияние и функционирование смешанной системы здравоохранения, которая включает в себя оказание медицинских услуг с использованием различных каналов и механизмов финансирования. В данном случае также необходимо предусмотреть все виды взаимодействия данных различных составляющих внутри единой смешанной системы здравоохранения.

Каждый гражданин имеет право на оказание ему медицинской помощи в должном объеме, с соблюдением всех его прав¹, при этом, организм каждого индивидуума является полноценно функционирующей системой [23] со строго определенным набором физических, психических, социальных и других параметров, которые определяют его поведение в обществе. Целесообразность предусмотреть все возможные потребности человека при обращении его за медицинской помощью относится к одной из

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2023)

² Распоряжение Правительства РФ от 28.11.2020 N 3155-р «О Плане мероприятий по реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

центральных задач, стоящих перед современным здравоохранением [24,25].

Основным аспектом для формирования оптимальной модели здравоохранения является разработка системы критериев и показателей (индикаторов) качества и эффективности медицинской деятельности с последующим внедрением системы мониторинга, функционирующей на основе анализа и принятия управленческих решений по совершенствованию долгосрочного планирования, в том числе, на основе цифровизации [26]. Этот постулат касается не только рассмотрения каждого из критериев и показателей отдельно, но и во взаимодействии друг с другом, а также анализа научно-методических подходов для повышения эффективности данного взаимодействия, в том числе, в рамках междисциплинарного подхода. На сегодняшний день выделяют такие критерии качества организации медицинской помощи, как своевременность, безопасность, доступность, непрерывность, преемственность, результативность и действенность, экономичность, ориентированность на пациента и его удовлетворенность, эффективность использования ресурсного обеспечения, качество документооборота и др. [27], а также критерии качества медицинской помощи — правильный выбор лечебно-диагностических методов и технологий и их соблюдение. Что касается эффективности, то следует помнить, что в системе здравоохранения она может быть социальной, медицинской и экономической [4; 28—30]. При повышении эффективности взаимодействия участников лечебно-диагностического процесса следует принимать во внимание все три ее вида (в системе здравоохранения), в том числе, анализировать результаты каждого из этапов медицинской деятельности, включая оказание медицинской помощи, рассчитывать уровень материальных затрат на ее оказание за конкретный отрезок времени; планировать основные показатели объема основных видов медицинской помощи по различным специальностям; координировать нормативы по труду и др. [31].

Данный анализ в рамках повышения эффективности взаимодействия субъектов оказания медицинской помощи следует проводить на всех иерархических уровнях, принимая соответствующие каждому из них управленческие решения, обеспечивая их реализацию, в том числе, нормативно-правовое регулирование, ресурсное и информационное сопровождение с последующей оценкой их эффективности.

Для повышения качества и эффективности медицинской деятельности, помимо упомянутого выше, важным вопросом является подготовка медицинских кадров [32]. История показывает, что непрерывно совершенствуется объем и характер преподавания медицинских дисциплин, создаются новые кафедры, образование реформируется с течением времени [33]. Следует отметить, что образование, клиническая практика и научное направление должны быть тесно взаимосвязаны между собой [34], при этом преподаватели должны помнить о не-

обходимости передачи знаний, умений, навыков в рамках системы наставничества от более опытных специалистов обучающимся при непрерывном повышении их квалификации [35] и быть мотивированы к данному действию. Помимо обучения с учетом внедрения инновационных изменений в здравоохранение, необходимо обратить внимание на использование интеллектуального капитала медицинской организации (Knowledge management), так как человеческий ресурс является одним из важнейших при организации управленческих процессов в системе здравоохранения [36,37].

Важнейшую роль при решении вопросов совершенствования деятельности системы здравоохранения играет такой механизм управления, как мотивация и стимулирование [38—40]. Каждый из взаимосвязанных элементов этой системы имеет свои мотивирующие факторы при взаимодействии с другими ее участниками, что следует учитывать организаторам при осуществлении управленческой деятельности.

Повышение эффективности управления системой взаимосвязанных элементов в здравоохранении с учетом использования на практике системного, стандартизованного, междисциплинарного подходов, так и сегментации рынка потребителей и поставщиков медицинских услуг (индивидуального подхода) в оптимальном их сочетании является важнейшей задачей практического здравоохранения и требует разработки соответствующих научно-методических подходов для ее решения.

Для понимания важности поставленных задач можно провести ассоциацию со спортивными играми, где для достижения успеха огромное значение имеет сыгранность команды; выполнение каждым из игроков, поставленных перед ним задач, что во многом зависит от качества работы тренерского коллектива. Вот такое взаимодействие в команде здравоохранения, включающей, помимо медицинских и немедицинских работников, пациентов и их родственников, может способствовать достижению важнейшей цели — улучшению состояния здоровья населения.

Заключение

Таким образом, система здравоохранения представляет собой совокупность взаимосвязанных между собой элементов, деятельность которых подлечит управлению на всех иерархических уровнях, при этом важно обращать внимание на всех ее участников и их эффективное взаимодействие как внутри одной медицинской организации, так и на межсекторальном и межведомственном уровне. Важную роль играет рассмотрение всех форм и видов взаимодействия; всех категорий работников друг с другом и пациентом. Вопросы стандартизации в рамках эффективного взаимодействия участников лечебно-диагностического процесса должны дополняться использованием на практике индивидуального подхода для снижения рисков при оказании медицинской помощи. Помимо всего прочего, важнейшими направлениями, заслуживающими

пристального внимания с учетом вышеизложенного, являются разработка системы критериев и показателей качества медицинской деятельности и их мониторинга; внедрение системы мотивации и стимулирования; обучение и повышение квалификации сотрудников в данном аспекте; использование знаний организаторов в системе здравоохранения с позиций сегментации рынка потребителей и поставщиков медицинских услуг и др. Изучение всех изложенных выше вопросов позволит существенно повысить качество оказания медицинской помощи и эффективность в системе здравоохранения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Егорова Ю. А. Роль целеполагания в системе управления. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. Экономические науки*. 2010;(9):91—92.
2. Самсонова, М. В. Всеобщее управление качеством: учебное пособие. М. В. Самсонова. Ульяновск: УлГТУ; 2014. 232 с.
3. Сафонова Л. С. К вопросу о социальном управлении. *Ленинградский юридический журнал*. 2019;56(2):132—139.
4. Леонтьев И. Л., Махинова Н. В. Известия УрГЭУ. *Человек и общество*. 2010;28(2):97—104.
5. Хабриев Р.У., Щепин В.О., Затравкин С. Н. Вклад Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко в развитие науки и здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(4):344—355.
6. Черкасов С. Н., Федяева А. В., Мешков Д. О., Золотарев П. Н., Мороз И. Н. Организационные технологии мониторинга здоровья населения в Российской Федерации. *Судебная медицина*. 2022;8(3):57—66.
7. Шибалков И. П. Оценка эффективности организации системы здравоохранения: зарубежный опыт. *Векторы благополучия: экономика и социум*. 2016;20(1):66—76.
8. Лапина Л.М., Сердюковский С.М. Нормативная правовая база обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(1):39—42. doi: 10.18821/0869—866X-2018-26-1-39-42.
9. Flessa S, Huebner C. Innovations in Health Care-A Conceptual Framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10026. doi: 10.3390/ijerph181910026.
10. Chen YT, Chiu YC, Teng ML, Liao PH. The effect of medical material management system app on nursing workload and stress. *BMC Nurs*. 2022;21(1):19. doi: 10.1186/s12912-022-00806-4.
11. Sanjuluca THP, de Almeida AA, Cruz-Correira R. Assessing the Use of Hospital Information Systems (HIS) to Support Decision-Making: A Cross-Sectional Study in Public Hospitals in the Huila Health Region of Southern Angola. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(7):1267. doi: 10.3390/healthcare10071267.
12. Тимурзиева А. Б. К вопросу о необходимости повышения эффективности взаимодействия сторон лечебно-диагностического процесса для улучшения качества оказания медицинской помощи. *Профилактическая медицина*. 2022;25(12):144—149. doi: 10.17116/profmed20222512144.
13. Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Столбов А.П., Ефимова А.О., Качкова О.Е. Концепция организационной модели пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи в условиях цифровой трансформации здравоохранения. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2019;(11—12):50—57. doi: 10.26347/1607-2502201911-12050-057.
14. Menichetti J, Libreri C, Lozza E, Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expect*. 2016;19(3):516—26. doi: 10.1111/hex.12299.
15. Тимурзиева А.Б., Линденбрaten А.Л. О факторах, влияющих на взаимодействие участников лечебно-диагностического процесса и эффективность в системе здравоохранения (обзор литературы). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022;66(4):336—341. doi: 10.47470/0044-197X-2022-66-4-336-341.
16. Мадьянова В.В., Какорина Е.П., Клокова Т. А. Особенности заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012—2018 гг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(2):207—215. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-2-207-215.
17. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, Weaver SJ. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018;73(4):433—450. doi: 10.1037/amp0000298.
18. Bloem S., Stalpers J., Groenland EAG, van Montfort K., van Raaij WF, K. de Rooij Segmentation of health-care consumers: psychological determinants of subjective health and other person-related variables. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):726. doi: 10.1186/s12913-020-05560-4.
19. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Душина Е.В. Порядки и стандарты медицинской помощи: учебное пособие. ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. Иркутск: ИГМУ; 2020. 108 с.
20. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Сафонова Н.Г., Маевская И.В. Опыт организации внутреннего контроля качества медицинской помощи (на примере факультетских Клиник ИГМУ). *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(3(115)):63—69.
21. Swenson ER, Bastian ND, Nembhard HB. Healthcare market segmentation and data mining: A systematic review. *Health Mark Q*. 2018;35(3):186—208. doi: 10.1080/07359683.2018.1514734.
22. Brommels M. Patient Segmentation: Adjust the Production Logic to the Medical Knowledge Applied and the Patient's Ability to Self-Manage-A Discussion Paper. *Front Public Health*. 2020;(8):195. doi: 10.3389/fpubh.2020.00195.
23. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. Принципы системной организации функций. М.: «Наука»; 1973. С. 5—61.
24. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;(2):32. doi: 10.1186/1477-7525-2-32.
25. Prakash B. Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010;3(3):151—5. doi: 10.4103/0974—2077.74491.
26. Kim JH, Choi WS, Song JY, Yoon YK, Kim MJ, Sohn JW. The role of smart monitoring digital health care system based on smartphone application and personal health record platform for patients diagnosed with coronavirus disease 2019. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):229. doi: 10.1186/s12879-021-05898-y.
27. Линденбрaten А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2013;(2):20—23.
28. Kuzior A., Kashcha M., Kuzmenko O., Lyeonov S., Brożek P. Public Health System Economic Efficiency and COVID-19 Resilience: Frontier DEA Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14727. doi: 10.3390/ijerph192214727.
29. Martins Drei S, Sérgio de Arruda Ignácio P. Lean healthcare applied systematically in a medium-sized medical clinic hospitalization. *J Health Organ Manag*. 2022;36(5):666—689. doi: 10.1108/JHOM-05-2021-0194.
30. Park J., Kim G. Social Efficiency of Public Transportation Policy in Response to COVID-19: Model Development and Application to Intercity Buses in Seoul Metropolitan Area. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;(19):12060. doi: 10.3390/ijerph191912060.
31. Щепин В.О., Шипова В.М., Миргородская О. В. Государственные гарантии медицинской помощи и нормы труда в здравоохранении. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(2):26—35.
32. Пигарова Е.А. Организация, проблемы и перспективы развития помощи и подготовки специалистов. *Проблемы эндокринологии*. 2020;66(3):4—5. doi: 10.14341/probl12571.
33. Затравкин С. Н., Егорышева И. В., Чалова В. В. Несостоявшаяся реформа высшего медицинского образования в России в начале XX века. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(4):992—997.
34. Koikov V, Baygozhina Z, Umbetzhanova A., Bekbergenova Z. Improving the mechanisms of interaction between medical education organizations and health organizations to ensure effective clinical training of future health workers: Policy Brief. *Journal of Health Development*. 2019;(34(Special Issue)). doi: 10.32921/2225-9929-2019-34-46-58.
35. Снатенкова А. А., Косило Д. О. Роль наставничества в системе здравоохранения (опыт Калужской области). *Международный журнал гуманитарных и естественных наук*. 2019;(6—2):82—86.

36. Зудин А. Б., Гурцкой Л. Д., Ананченкова П. И. Концепция «управление знаниями» в системе современного менеджмента. *Здоровье мегаполиса*. 2023;4(1):98—104.
37. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health*. 2006;(4):20. doi: 10.1186/1478-4491-4-20.
38. Сергеева Н. М. Мотивация медицинских кадров как фактор развития учреждений здравоохранения. *Иннов: электронный научный журнал*. 2017;32(3):4.
39. Лаврентьева И. В., Лобачева И. В. Особенности мотивации и стимулирования труда работников здравоохранения на современном этапе развития экономики. *Общество, экономика, управление*. 2017;(1):22—25.
40. Вигдорчик Я.И., Линденбратен 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.

REFERENCES

1. Egorova Yu. A. The role of goal setting in the management system. *International Journal of Applied and Basic Research. Economic sciences*. [Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. Ekonomicheskie nauki]. 2010;(9):91—92. (in Russian).
2. Samsonova, M. V. Total quality management: textbook / M. V. Samsonova. — Ulyanovsk: UIGTU; 2014. 232 p. (in Russian).
3. Safonova L. S. On the issue of social management. *Leningrad law journal*. [Leningradskij juridicheskij zhurnal]. 2019;56(2):132—139. (in Russian).
4. Leontiev I. L., Makhinova N. V. Proceedings of Ural State University of Economics. *Human and society*. [Chelovek i obshchestvo]. 2010;28(2):97—104. (in Russian).
5. Khabriev R. U., Shchepin V. O., Zatravkin S. N. Contribution of the National Research Institute of Public Health. N. A. Semashko in the development of science and health care. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. [Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny]. 2019;27(4):344—355. (in Russian).
6. Cherkasov S. N., Fedyayeva A. V., Meshkov D. O., Zolotarev P. N., Moroz I. N., Organizational technologies for monitoring the health of the population in the Russian Federation. *Forensic Medicine*. [Sudebnaya medicina]. 2022;8(3):57—66. (in Russian).
7. Shibalkov I. P. Evaluation of the effectiveness of the organization of the healthcare system: foreign experience. *Vectors of well-being: economy and society*. [Vektory blagopoluchiya: ekonomika i sotsium]. 2016;20(1):66—76. (in Russian).
8. Lapina L. M., Serdyukovsky S. M. Regulatory legal framework for ensuring the quality and safety of medical activities. *Problems of Social Hygiene, Public Health and the History of Medicine*. [Problemy Social'noj Gigieny, Zdravoohraneniya i Istorii Mediciny]. 2018;26(1):39—42. (in Russian). doi: 10.18821/0869—866X-2018-26-1-39-42.
9. Flessa S, Huebner C. Innovations in Health Care—A Conceptual Framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10026. doi: 10.3390/ijerph181910026.
10. Chen YT, Chiu YC, Teng ML, Liao PH. The effect of medical material management system app on nursing workload and stress. *BMC Nurs*. 2022;21(1):19. doi: 10.1186/s12912-022-00806-4.
11. Sanjuluca THP, de Almeida AA, Cruz-Correia R. Assessing the Use of Hospital Information Systems (HIS) to Support Decision-Making: A Cross-Sectional Study in Public Hospitals in the Huíla Health Region of Southern Angola. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(7):1267. doi: 10.3390/healthcare10071267.
12. Timurzieva A. B. On the issue of the need to increase the efficiency of interaction between the participants of the treatment and diagnostic process for improving the quality of medical care. *Preventive medicine*. [Profilakticheskaya medicina]. 2022;25(12):144—149. (in Russian). doi: 10.17116/profmed202225121144.
13. Khalfin R.A., Madyanova V. V., Stolbov A. P., Efimova A. O., Kachkova O. E. The concept of the organizational model of a patient-oriented system of medical care in the context of digital transformation of healthcare. *Problems of Standardization in Health Care*. [Problemy Standartizatsii v Zdravoohranenii]. 2019;(11—12):50—57. (in Russian). doi: 10.26347/1607-2502201911-12050-057.
14. Menichetti J, Libreri C, Lozza E, Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expect*. 2016;19(3):516—26. doi: 10.1111/hex.12299.
15. Timurzieva A. B., Lindenbraten A. L. On the factors influencing the interaction of participants in the treatment and diagnostic process and efficiency in the Health Care system (literature review). *Health care of the Russian Federation*. [Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii]. 2022;66(4):336—341. (in Russian). doi: 10.47470/0044-197X-2022-66-4-336-341.
16. Madyanova V. V., Kakorina E. P., Klokova T. A. Features of the incidence of persons older than working age in the Russian Federation in 2012—2018. *Problems of Social Hygiene, Public Health and the History of Medicine*. [Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny]. 2020;28(2):207—215. (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-2-207-215.
17. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, Weaver SJ. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018;73(4):433—450. doi: 10.1037/amp0000298.
18. Bloem S., Stalpers J., Groenland EAG, van Montfort K., van Raaij WF, K. de Rooij Segmentation of health-care consumers: psychological determinants of subjective health and other person-related variables. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):726. doi: 10.1186/s12913-020-05560-4.
19. Gaidarov G.M., Alekseeva N. Yu., Dushina E. V. Orders and standards of medical care: a textbook. Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Irkutsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia. Department of Public Health and Health Care. Irkutsk: IGMU; 2020. 108 p. (in Russian).
20. Gaidarov G.M., Alekseeva N. Yu., Safonova N. G., Maevskaya I. V. Experience in organizing internal quality control of medical care (on the example of ISMU faculty clinics). *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(3(115)):63—69. (in Russian).
21. Swenson ER, Bastian ND, Nembhard HB. Healthcare market segmentation and data mining: A systematic review. *Health Mark Q*. 2018;35(3):186—208. doi: 10.1080/07359683.2018.1514734.
22. Brommels M. Patient Segmentation: Adjust the Production Logic to the Medical Knowledge Applied and the Patient's Ability to Self-Manage—A Discussion Paper. *Front Public Health*. 2020;(8):195. doi: 10.3389/fpubh.2020.00195.
23. Anokhin P. K. Fundamental questions of the general theory of functional systems. Principles of systemic organization of functions. M.: «Science»; 1973. p. 5—61. (in Russian).
24. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;(2):32. doi: 10.1186/1477-7525-2-32.
25. Prakash B. Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010;3(3):151—5. doi: 10.4103/0974—2077.74491.
26. Kim JH, Choi WS, Song JY, Yoon YK, Kim MJ, Sohn JW. The role of smart monitoring digital health care system based on smartphone application and personal health record platform for patients diagnosed with coronavirus disease 2019. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):229. doi: 10.1186/s12879-021-05898-y.
27. Lindenbraten A. L. The quality of the organization of medical care and criteria for its evaluation. *Bulletin of the National Scientific Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2013;(2):20—23. (in Russian).
28. Kuzior A., Kashcha M., Kuzmenko O., Lyeonov S., Brozek P. Public Health System Economic Efficiency and COVID-19 Resilience: Frontier DEA Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14727. doi: 10.3390/ijerph192214727.
29. Martins Drei S, Sérgio de Arruda Ignácio P. Lean healthcare applied systematically in a medium-sized medical clinic hospitalization. *J Health Organ Manag*. 2022;36(5):666—689. doi: 10.1108/JHOM-05-2021-0194.
30. Park, J., Kim G. Social Efficiency of Public Transportation Policy in Response to COVID-19: Model Development and Application to Intercity Buses in Seoul Metropolitan Area. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;(19):12060. doi: 10.3390/ijerph191912060.
31. Shchepin V.O., Shipova V. M., Mirgorodskaya O. V. State guarantees of medical care and labor standards in Healthcare. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]. 2021;(2):26—35. (in Russian).
32. Pigarova E. A. Organization, problems and prospects for the development of assistance and training of specialists. *Problems of*

- Endocrinology. [Problemy Endokrinologii].* 2020;66(3):4—5. doi: 10.14341/probl12571. (in Russian).
33. Zatravkin S. N., Egorysheva I. V., Chalova V. V. The failed reform of higher medical education in Russia at the beginning of the 20th century. *Problems of Social Hygiene, Public Health and the History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny].* 2021;29(4):992—997. (in Russian).
34. Koikov V., Baygozhina Z., Umbetzhanova A., Bekbergenova Z. Improving the mechanisms of interaction between medical education organizations and health organizations to ensure effective clinical training of future health workers: Policy Brief. *Journal of Health Development.* 2019;(34(Special Issue)). doi: 10.32921/2225-9929-2019-34-46-58.
35. Snatenkova A. A., Kosilo D. O. The role of mentoring in the Health Care system (the experience of the Kaluga region). *International Journal of the Humanities and Natural Sciences. [Mezhdunarodnyj zhurnal gumanitarnyh i estestvennyh nauk].* 2019;(6—2):82—86. (in Russian).
36. Zudin A. B., Gurtsoy L. D., Ananchenkova P. I. The concept of «knowledge management» in the system of modern management. *Metropolitan health. [Zdorov'e megapolisa].* 2023;4(1):98—104. (in Russian).
37. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health.* 2006;(4):20. doi: 10.1186/1478-4491-4-20.
38. Sergeeva N. M. Motivation of medical personnel as a factor in the development of healthcare institutions. *Innov: electronic scientific journal. [Innov: elektronnyj nauchnyj zhurnal].* 2017;32(3):4. (in Russian).
39. Lavrent'eva I.V., Lobacheva I.V. Peculiarities of motivating and stimulating the work of healthcare workers at the present stage of economic development. *Society, economics, management. [Obshchestvo, ekonomika, upravlenie].* 2017;(1):22—25. (in Russian).
40. Vigdorichik Ya. I., Lindenbraten A. L. Theoretical foundations of the system of motivating and stimulating citizens to health-preserving behavior. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko].* 2021;(2):44—49. doi: 10.25742/NRIPH.2021.02.006.

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.

Финансирование. Научная публикация подготовлена в рамках государственного задания по теме научно-исследовательской работы FGFR-2022-0030 «Совершенствование методологии управления здравоохранением на основе информатизации, процессного подхода и математического моделирования» в 2023 году.

Financing. The scientific study was carried out within the framework of the state assignment on the topic of research work FGFR-2022-0030 «Improving the methodology of healthcare management based on informatization, process approach and mathematical modeling» in 2023.

Статья поступила в редакцию 24.05.2023; одобрена после рецензирования 10.08.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 24.05.2023; approved after reviewing 10.08.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.004

Подготовка практикующих врачей и ее влияние на иммунизацию детей в районе Орон (провинция Акба Ибом, Нигерия)

Давид Джон Ису¹, Дмитрий Иванович Кича²

^{1–2}ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Медицинский институт, г. Москва, Российская Федерация

¹Davidjohnesu@yahoo.com, <http://orcid.org/0000-0002-8865-9605>

²Kicha_di@pfur.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6529-372X>

Аннотация. Иммунизация охватывает большую часть населения по сравнению с другими медицинскими услугами на уровне первичной медико-санитарной помощи, ее стандартное оперативное использование, распределение и безопасность различаются среди различных групп населения в разных странах, включая Нигерию. Изложены результаты оценки эффективности подготовки работников здравоохранения и измерение уровня улучшения в отношении охвата иммунизацией в районе местного самоуправления Орон штата Аква-Ибом, Нигерия. Это выгодно для страны и позволит спасти жизни, защитить здоровье населения и является верной инвестицией в здоровье населения страны с эпидемиологическим неблагополучием. Основная цель заключалась в изучении влияния медицинской подготовки на знания работников здравоохранения и практику вакцинации, в Ороне, штат Аква-Ибом, другие цели этого исследования включали: измерить наличие иммунизационных учреждений в этом регионе; выявление других проблемных областей иммунизации, которые можно было бы улучшить; отметить влияние обучения на расширение вакцинации.

Ключевые слова: первичная профилактика, укрепление здоровья, иммунизация, общественное здравоохранение, дети, первичная медико-санитарная помощь, врачи общей практики.

Для цитирования: Ису Д. Д., Кича Д. И. Подготовка практикующих врачей и ее влияние на иммунизацию детей в районе Орон (штат Аква Ибом, Нигерия) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 25–30. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.004.

Original article

Training of medical practitioners and its impact on the immunization of children at Oron region (Stat Akwa Ibom, Nigeria)

Isu David John¹, Dmitry I. Kicha²

^{1–2}FSAEI HE «Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba», Medical Institute (RUDN University), Moscow, Russian Federation.

¹Davidjohnesu@yahoo.com, <http://orcid.org/0000-0002-8865-9605>

²Kicha_di@pfur.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6529-372X>

Annotation. Immunization covers a large proportion of the population compared to other health services at the primary health care level, its standard operational use, distribution and safety vary among different populations in different countries, including Nigeria. The results of evaluating the effectiveness of training of health workers and measuring the level of improvement in relation to immunization coverage in Oron Local Government Area of Akwa Ibom State, Nigeria are outlined. This is beneficial for the country and will save lives, protect the health of the population and is a faithful investment in the health of the country's population with epidemiological disadvantage.

Key words: primary prevention, health promotion, immunization, public health, children, primary health care, general practitioners.

For citation: Esu D. J., Kicha D. I. Training of medical practitioners and its impact on the immunization of children in Oron region (Stat Akwa Ibom, Nigeria). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):25–30. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.004.

Введение

В современной литературе предполагается, что история вакцинации началась с осознания необходимости создания барьеров на пути заболеваний, опустошавших человеческую популяцию, и использования средств, чтобы укрепить иммунитет против болезни. Есть свидетельства того, что еще в 100 году н.э. в Китае применялась вакцинация, а у некоторых племен в Африке также был аналогичный метод

борьбы с оспенной инфекцией¹. Одной из наиболее важных услуг Нигерии в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является программа иммунизации. Хотя иммунизация была начата в 1956 году, когда заражение оспой достигло панде-

¹The history of vaccines. <https://www.historyofvaccines.org/timeline/all>. The College of Physicians of Philadelphia. Accessed 5th January. 2022.

мического уровня, национальная схема иммунизации, получившая название «Расширенной программы иммунизации» по аналогии с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), была запущена в 1978 году для противодействия инфекции.

Хотя глобальный уровень охвата вакцинацией и ее принятие улучшились по сравнению с тем, что было 50 лет назад, в развивающихся странах, таких как Нигерия, еще многое можно было бы сделать в отношении вакцинации. Некоторые факторы, которые снижают эффективность программ иммунизации в этих странах, включают: низкий уровень образования, религиозные и культурные убеждения, социально-экономические факторы и уровень доверия к западной терапии и медицинским работникам [1].

До введения в действие программы EPI Нигерия также подписала и приняла резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHAR), а также цели Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (UNGASS) по искоренению полиомиелита, кори и столбняка к 2005 году [2]. Примерно 19,4 миллиона детей не имели доступа к вакцинации. к службам иммунизации по всему миру в 2019 году, и на Нигерию приходилось около 25% этих не вакцинированных детей. Трудности, с которыми сталкивается Расширенная программа иммунизации (EPI), в значительной степени объясняются снижением приверженности правительства достижению целевых показателей программы, неправильными представлениями о вакцинации и ее безопасности, а также проблемой доступа.

В 2017 году Нигерия объявила плановую иммунизацию (ПИ) «проблемой общественного здравоохранения» из-за хронически низкого охвата. Национальная программа иммунизации Нигерии считает ребенка полностью вакцинированным, если он получил 1 дозу вакцины БЦЖ для профилактики туберкулеза, 3 дозы пятивалентной вакцины для лечения дифтерии, коклюша, гепатита В, столбняка и гемофильного гриппа типа, 3 дозы пероральной вакцины против полиомиелита (OPV), 1 доза вакцины против кори, 1 доза инактивированной полиовирусной вакцины (ИПВ) и одна доза вакцины против желтой лихорадки [3].

В Нигерии всегда сохранялась озабоченность по поводу безопасной иммунизации, и это привело к тому, что в стране были зафиксированы одни из самых низких показателей в мире, при этом в некоторых штатах охват вакцинацией составил менее 5%. Причины этих опасений носят как семейный, так и социальный характер и включают:

1. Неправильное представление о плановой иммунизации, которое связано с недостаточными знаниями о профилактической роли вакцинации и противопоказаний.

2. Религиозное влияние, особенно в северной части страны, препятствует усилиям по иммунизации из-за ошибочно распространяемого мнения о том, что эта практика имеет западное происхождение.

3. Политические проблемы, примером которых является бойкот вакцинации против полиомиелита примерно в 3 северных штатах в 2003 году или недостаточный охват вакцинацией против кори в период с 1998 по 2005 год из-за административных недостатков [4,5].

В 2000 году 189 государств — членов Организации Объединенных Наций приняли декларацию тысячелетия, которая положила начало Целям развития тысячелетия (ЦРТ), и Нигерия подписала ее. Одна из задач состояла в том, чтобы снизить на две трети уровень смертности среди детей в возрасте до пяти лет и вдвое сократить долю людей, страдающих от голода, в возрасте до 15 лет. Небольшие африканские страны, такие как Гана и Ботсвана, достигли ЦРТ, Нигерия не смогла достичь целевого показателя главным образом из-за проблем, связанных с системой здравоохранения. Уровень младенческой смертности по-прежнему высок, расходы на здравоохранение невелики, бремя ВИЧ велико, а ожидаемая продолжительность жизни при рождении низкая [6].

Материалы и методы

Район местного самоуправления Орон находится в поймах Южной Нигерии, это тропический регион с равномерной температурой круглый год. Население 1 400 000 человек по последним результатам переписи, деление на 5 зон — Орон запад (Уруэ-Оффонг/Оруко), Орон Центральный (город Орон), Орон юг (Мбо), Орон Восток (Удунг Уко) и Орон Север (Окобо).

В районе функционируют 25 медицинских учреждений различного типа, состоящих из 13 частных и 12 государственных учреждений. Имеется 17 учреждений первичной медико-санитарной помощи и 8 медицинских учреждений второго уровня, которые выступали в качестве вспомогательных центров для учреждений первичной медико-санитарной помощи. Во всех медицинских учреждениях имеется несколько категорий медицинских работников, включая медсестер и акушерок, работников здравоохранения, медицинских работников и т. д.

Первый этап исследования представлял собой предварительную оценку медицинских работников в отношении знаний и практики по плановой иммунизации детей, и это было сделано для улучшения анкеты, используемой для исследования, а также навыков сборщиков данных. Предварительный тест проводился в медицинских учреждениях Орон Норт, поскольку они не были включены в основное исследование. Заключительной частью исследования был обзор наблюдаемого обследования этих медицинских учреждений, инспектирование материалов, которые могут повлиять на практику иммунизации работников здравоохранения, и они включали: Наличие вакцины. Ведение учета иммунизации. Практика холодной цепи. Практика безопасности инъекций. Плата за вакцины, шприцы и т. д. Наличие календаря прививок.

Второй этап исследования представлял собой учебную программу или этап вмешательства, кото-

рый представлял собой программу по наращиванию потенциала, ориентированную на исследовательскую комиссию. Основой учебной программы послужило наблюдательное обследование и первоначальный анализ практики и знаний медицинских работников на предтестовом этапе. Основными темами тренинга были неправильные установки медицинских работников при консультировании, недостатки практики, ложные противопоказания к вакцинации. Семинар был совместным и интерактивным, с использованием лекций, групповых заданий, демонстраций и теста самооценки. Тренинг проводился исследователем и помощниками с использованием стандартного учебного пособия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по проведению сеансов иммунизации. Каждая тренировка длилась два дня и длилась по два часа в каждом из исследуемых медицинских центров.

Заключительным этапом исследования была оценка после вмешательства, которая была проведена через три месяца после обучения. Этот шаг заключался в оценке воздействия программы обучения на практику и знания работников здравоохранения в области внедрения методов иммунизации, что повысит ее использование в общинах. Этот шаг представлял собой оценку того, сколько знаний все еще было сохранено в ходе обучения и как это принесло пользу практике работника здравоохранения. Для этого шага всем работникам здравоохранения в контрольной и исследовательской группе был введен один и тот же вопросник, используемый в предтестовой оценке, и это было направлено на оценку их практики рутинного скрининга для иммунизации, знания ложных противопоказаний и наличия вакцины. Изучено пятнадцать пунктов о безопасных процедурах иммунизации, их противопоказаниях и ложных показаниях. Другими оцениваемыми пунктами были: иммунизуемые, даже когда они находятся в медицинском учреждении по другим причинам, информирование лиц, осуществляющих уход, о последующих иммунизациях, стоимость иммунизации, обращение с детьми, привезенными без карты иммунизации или неполными карточками, обращение с лицами, осуществляющими уход, которые не могут позволить себе дополнительную плату. Уровень значимости составлял 95% доверительный предел.

В этом перекрестном исследовании наблюдалась практика иммунизации среди практикующих врачей в двух группах: контрольной группе и группе вмешательства. Это было сделано с использованием полуструктурированного вопросника. Кроме того, в медицинских центрах было проведено пошаговое обследование для наблюдения за наличием средств для иммунизации.

При повторном рассмотрении через два месяца после вмешательства наблюдалось заметное увеличение в отношении приемлемой практики иммунизации среди практикующих врачей в исследовательской группе, но мало изменений в знаниях в контрольной группе о современной практике. Знания Национальной программы по графику иммуниза-

ции увеличились с 21,3% до 62,7% после обучения в контрольной группе, в то время как иммунизация детей, посетивших клиники по другим причинам, увеличилась с 46,7% до 70,7% ($p < 0,05$). Частота пропущенных прививок снизилась с 18,3% до 10% в исследуемой группе, но была застойной в контрольной группе (15,7%).

Результаты

Частые образовательные курсы по практике вакцинации имеют жизненно важное значение для улучшения знаний и практики среди работников здравоохранения, и уже один этот шаг может сыграть важную роль в снижении уровня младенческой смертности в общинах.

Средний возраст работников в исследуемой группе составлял 33,2, в контрольной группе он составлял 31,9 (p -значение 0,36). Также в исследуемой группе возрастной диапазон 30—39 лет имел наибольшее количество работников, в то время как для контрольной группы это был возрастной диапазон 20—29 лет. Для опыта работы диапазон 5—9 лет был самым длинным опытом работы для обеих групп (36,0% против 38,7%), в то время как средний опыт работы составил 7,8 года в исследовании $gr=our$ и 8,3 года в контроле (p -значение = 0,15). Таким образом, в обеих группах нельзя предположить статистически значимых различий в поле, возрасте или опыте работы (p -значение $> 0,05$) (таблица 1-первый этап).

В обеих группах более половины членов правильно знали дни иммунизации своих клиник (89,3% и 93,3%), менее четверти знали календарь иммунизации NPI (21,3% и 24%). Также был зафиксирован низкий уровень (30,7% и 33,3%) знаний о противопоказаниях иммунизации и ложных противопоказаниях, поэтому знания медицинских работников об иммунизации статистически не отличались как в исследуемой, так и в контрольной группе (p -значение $> 0,05$). В то же время как 17,3% в исследуемой группе и 18,7% в контрольной группе иммунизировали младенцев с судорогами ($\chi^2 = 0,05$, $p =$

Таблица 1

Социально-демографические характеристики работников здравоохранения

Переменные	Исследовательская комиссия (n=75)	Контрольная группа (n=75)	Тест Хи-Квадрат (χ^2)	P-значение
Возраст				
До 20 лет	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
20—29	29(38,7%)	35(46,7%)	0,39	0,53
30—39	34(45,3%)	33(44,0%)	0,01	0,92
40—49	8(10,7%)	5(6,7%)	—	—
50 и выше	4(5,3%)	2(2,7%)	—	—
Пол				
мужской	34(45,3%)	36(48,0%)	0,07	0,79
женский	41(54,7%)	39(52,0%)	0,05	0,83
Итого	75(100%)	75(100%)	—	—
Опыт работы (в годах)				
0—4	16(21,3%)	17(22,7%)	0,01	0,92
5—9	27(36,0%)	29(38,7%)	0,00	0,94
10—14	19(25,3%)	17(22,7%)	0,04	0,85
15—19	7(9,3%)	6(8,0%)	—	—
20 и выше	6(8,0%)	6(8,0%)	—	—

Таблица 2

Знания работников здравоохранения в области иммунизации после прохождения профессиональной подготовки

Переменная	Исследовательская группа (n=75)	Контрольная группа (n=75)
Правильное знание календаря прививок NPI	47(62.7%)	20(26.3%)
Правильное знание дней иммунизации	64(85.3%)	68(89.5%)
Клинический СПИД является противопоказанием для иммунизации?	49(65.3%)	25(32.9%)
Знание о шоке или судорогах в течение 3 дней после того, как предыдущая доза АКДС является противопоказанием к иммунизации	54(72.0%)	23(30.3%)
Знание о том, что ВИЧ-инфицированная мать не является противопоказанием к иммунизации	47(62.7%)	22(28.9%)
Тяжелое недоедание, являющееся противопоказанием для иммунизации	53(70.7%)	39(51.3%)

0,83), 97,3% в обеих группах сообщили родителям о последующих иммунизациях. В дополнение к другим выводам в таблице, для обеих групп не было зарегистрировано статистически значимых различий в практике иммунизации

После обучения, через три месяца были получены очень интересные результаты среди работников (таблица 2-второй этап).

Знания о тяжелой недостаточности питания, являющейся противопоказанием для иммунизации младенцев, возросли до 70,7%, знания о графике иммунизации NPI увеличились до 62,7% ($p = 0,003$), знания о ВИЧ-статусе матери как не противопоказании иммунизации младенцев увеличились до 62,7% в исследуемой группе и снизились до 28,9% для контрольной группы (таблица 2).

Иммунизация младенцев с лихорадкой увеличилась до 72,0% в исследуемой группе, но снизилась до 36,6% в контрольной группе, в то время как иммунизация младенцев, по другой причине, увеличилась до 70,7% ($p = 0,02$) в исследуемой группе, но также снизилась до 42,1% в контрольной группе.

Кроме того, через три месяца после тренировки иммунизация младенцев с историей судорог увеличилась до 88,0% в исследуемой группе, с небольшим увеличением в контрольной группе до 23,9% ($X^2 = 0,14$, $p = 0,71$).

Обсуждение

Большинство социально-демографических факторов между исследуемой и контрольной группами были сопоставимы. Средний возраст (33,2 года и 31,9 года в контрольной группе), распределение по полу и опыт работы.

На исходном этапе понимание наблюдаемыми медицинскими работниками соответствующего национального графика иммунизации было низким. 21,3% в основной группе и 24,0% на исходном уровне в контрольной группе. Это очень низкий показатель по сравнению с исследованием в Эфиопии, где 68% работников здравоохранения обладали соответствующими знаниями [7].

Также на исходном этапе 30,7% в основной группе и 33,3% в контрольной группе правильно опреде-

лили судороги в течение трех дней после вакцинации АКДС как истинное противопоказание к иммунизации. Кроме того, при проверке знаний об истинных и ложных противопоказаниях к вакцинации 29,3% в контрольной группе и 22,7% в основной группе отметили, что симптоматический СПИД является истинным противопоказанием к иммунизации. Этот уровень знаний был низким, потому что ВОЗ часто подчеркивалось, что клинический СПИД является истинным противопоказанием к применению живых вакцин, и это важно для того, чтобы медицинские работники учитывали иммунный статус детей перед вакцинацией [8,9].

Также была зафиксирована плохая осведомленность о ложных противопоказаниях к вакцинации: 22,7% в основной группе и 26,7% в контрольной группе определили недостаточное питание как ложное противопоказание. Кроме того, только 26,7% в основной группе и 29,3% медицинских работников в контрольной группе указали на положительный ВИЧ-статус матерей как на ложное противопоказание к вакцинации младенцев. Возможно, это было связано с низким уровнем охвата иммунизацией уязвимых групп населения, как показано в исследовании, сравнивающем влияние ВИЧ-инфекции на здоровье матерей и новорожденных в южном Мозамбике [10,11].

Было установлено, что иммунизация младенцев, посещающих медицинские центры с другой целью, была низкой в обеих группах: 50,7% в контрольной группе и 46,7% в основной группе. Это противоречит рекомендациям ВОЗ о том, что поступившие младенцы должны быть иммунизированы, как только их клиническое состояние улучшится.

В ходе оценки услуг и возможностей по иммунизации в центрах здоровья по изучению и контролю было отмечено, что в среднем в дни иммунизации планировалось работать пяти медицинским работникам, и было осмотрено от 24 до 27 младенцев, что свидетельствует о низкой рабочей нагрузке и возможности лучшего ухода за младенцами во время посещений.

Медицинским работникам часто приходилось ездить во второстепенный центр для получения вакцин с использованием носителей для вакцинации, поскольку оборудование холодильной цепи было доступно не во всех исследованных медицинских центрах. Хотя носители вакцины были подходящей альтернативой, отсутствие некоторых вакцин во время сеансов иммунизации в обеих группах медицинских учреждений вызывало озабоченность.

Медицинские работники как в исследовательских, так и в контрольных учреждениях (100%) использовали стерильную иглу и шприц для иммунизации каждого младенца, хотя во всех центрах за эту услугу платили лица, осуществляющие уход, хотя не было никакой политики инфекционного контроля, использование шприца и надлежащая утилизация игл соблюдались у 57,1% в основной группе и у 71,4% в контрольной группе. Это важно, поскольку безопасность инъекций всегда была проблемой при

оказании медицинской помощи, особенно в развивающихся странах.

Заключение

Программа наращивания потенциала здравоохранения привела к значительному увеличению практики и знаний работников здравоохранения в исследуемой группе по сравнению с контрольной группой, и это способствовало охвату иммунизацией в исследовательской группе. К сожалению, учебная программа не повлияла на цены на иглы, шприцы и лекарства на дому после иммунизации, вероятно потому, что эти продукты закупаются на свои средства без исключений для тех, кто не может их себе позволить.

Ограничения исследования включают:

- Как в контрольной, так и в исследовательской группах было ограничено число работников, имеющих право на получение помощи, поскольку, как правило, в сельских общинах меньше работников здравоохранения по сравнению с городскими, а также в Нигерии ощущается нехватка работников здравоохранения.
- Поскольку программа обучения проводилась в течение двух с половиной часов после обычного рабочего времени, могла возникнуть усталость от тренировок, которая могла повлиять на проведение обучения.

Из результатов этого исследования можно извлечь следующие уроки о том, как улучшить охват иммунизацией детей:

- Необходимо поощрять врачей и медсестер к регулярному обследованию всех младенцев на предмет иммунизационного статуса, независимо от причины их посещения медицинского учреждения.
- Обучение и переподготовка медицинских работников необходимы для того, чтобы держать их в курсе лучших медицинских практик, рассказывая им о заблуждениях, ложных противопоказаниях и редких истинных противопоказаниях в отношении иммунизации.
- Следует поощрять и время от времени проводить исследования по изучению путей, с помощью которых можно было бы улучшить охват иммунизацией.
- Общины и школы на местном уровне призваны играть важную роль, и они должны участвовать в усилиях по мобилизации иммунизации.
- В рамках Национальной программы иммунизации необходимо разработать систему, в рамках которой иглы и шприцы могли бы предоставляться детям, семьи которых не могут их оплатить.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Adriana Guzman-Holst, Rodrigo DeAntonio, David Prado-Cohrs, Patricia Juliao. Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine*. 2020;38(3):470—481. doi: 10.1016/j.vaccine.2019.10.088
2. Omoleke SA, Getachew B, Igoh CS, Yusuf TA, Lukman SA, Loveday N. The Potential Contribution of Supplementary Immunization

- Activities to Routine Immunization in Kebbi State, Nigeria. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2020;11:2150132720932698. doi: 10.1177/2150132720932698
3. Akerele A, Uba B, Aduloju M, Etamesor S, Umar JA, et al. Improving routine immunization data quality using daily short message system reporting platform: An experience from Nasarawa state, Nigeria. *PLOS ONE*. 2021;16(8):e0255563. doi: 10.1371/journal.pone.0255563
4. Basheer, S. A., Somrongthong, R., Viwattanakulvanid, P., & Kumar, R. Factors influencing immunization coverage among children under 2 years of age in rural local government areas in Kebbi state, Nigeria. *Pakistan Journal of Public Health*. 2018;8(4):206—212. doi: 10.32413/pjph.v8i4.249
5. Edinboro M. Assessing Vaccine Contraindications Through the Use of the Immunization Action Coalition Screening Checklist. *Workplace Health & Safety*. 2019;67(4):204—204. doi:10.1177/2165079919837253
6. Ismail Rimi Abubakar, Yusuf Adedoyin Aina, The prospects and challenges of developing more inclusive, safe, resilient and sustainable cities in Nigeria, *Land Use Policy*, Volume 87,2019,104105, ISSN 0264—8377, <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2019.104105>
7. Abubakar I. R., Aina Y. A. The prospects and challenges of developing more inclusive, safe, resilient and sustainable cities in Nigeria. *Land Use Policy*. 2019;87: 104105. doi: 10.1016/j.landusepol.2019.104105
8. World health organization. Department of immunization, vaccines, and biologicals. Switzerland. Accessed 5th January. 2022.
9. Mohammed S. A., Workneh B. D., Kahissay M. H. Knowledge, attitude and practice of vaccinators and vaccine handlers on vaccine cold chain management in public health facilities, Ethiopia: Cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2021;16(2): e0247459. doi: 10.1371/journal.pone.0247459
10. Iliyasu, Z., Hassan-Hanga, F., Ajuji, S. I., Bello, M. M., Abdulkadir, S. S., Nass, N. S., Salihu, H. M., & Aliyu, M. H. Correlates of Health Care Workers' Knowledge and HIV-Exposed Infant Immunization Counseling Practice in Northern Nigeria. *International journal of MCH and AIDS*. 2021;10(1):55—65. doi:10.21106/ijma.432
11. González R, Rupérez M, Sevens E, Vala A, Maculufe S, Bulo H, et al. (2017) Effects of HIV infection on maternal and neonatal health in southern Mozambique: A prospective cohort study after a decade of antiretroviral drugs roll out. *PLoS ONE*. 2017;12(6):e0178134. doi: 10.1371/journal.pone.0178134

REFERENCES

1. Adriana Guzman-Holst, Rodrigo DeAntonio, David Prado-Cohrs, Patricia Juliao. Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine*. 2020;38(3):470—481. doi: 10.1016/j.vaccine.2019.10.088
2. Omoleke SA, Getachew B, Igoh CS, Yusuf TA, Lukman SA, Loveday N. The Potential Contribution of Supplementary Immunization Activities to Routine Immunization in Kebbi State, Nigeria. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2020;11:2150132720932698. doi: 10.1177/2150132720932698
3. Akerele A, Uba B, Aduloju M, Etamesor S, Umar JA, et al. Improving routine immunization data quality using daily short message system reporting platform: An experience from Nasarawa state, Nigeria. *PLOS ONE*. 2021;16(8):e0255563. doi: 10.1371/journal.pone.0255563
4. Basheer, S. A., Somrongthong, R., Viwattanakulvanid, P., & Kumar, R. Factors influencing immunization coverage among children under 2 years of age in rural local government areas in Kebbi state, Nigeria. *Pakistan Journal of Public Health*. 2018;8(4):206—212. doi: 10.32413/pjph.v8i4.249
5. Edinboro M. Assessing Vaccine Contraindications Through the Use of the Immunization Action Coalition Screening Checklist. *Workplace Health & Safety*. 2019;67(4):204—204. doi:10.1177/2165079919837253
6. Ismail Rimi Abubakar, Yusuf Adedoyin Aina, The prospects and challenges of developing more inclusive, safe, resilient and sustainable cities in Nigeria, *Land Use Policy*, Volume 87,2019,104105, ISSN 0264—8377, <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2019.104105>
7. Abubakar I. R., Aina Y. A. The prospects and challenges of developing more inclusive, safe, resilient and sustainable cities in Nigeria. *Land Use Policy*. 2019;87: 104105. doi: 10.1016/j.landusepol.2019.104105
8. World health organization. Department of immunization, vaccines, and biologicals. Switzerland. Accessed 5th January. 2022.

9. Mohammed S. A., Workneh B. D., Kahissay M. H. Knowledge, attitude and practice of vaccinators and vaccine handlers on vaccine cold chain management in public health facilities, Ethiopia: Cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2021;16(2): e0247459. doi: 10.1371/journal.pone.0247459
10. Iliyasu, Z., Hassan-Hanga, F., Ajuji, S. I., Bello, M. M., Abdulkadir, S. S., Nass, N. S., Salihu, H. M., & Aliyu, M. H. Correlates of Health Care Workers' Knowledge and HIV-Exposed Infant Immunization Counseling Practice in Northern Nigeria. *International journal of MCH and AIDS*. 2021;10(1):55—65. doi:10.21106/ijma.432
11. González R, Rupérez M, Sevene E, Vala A, Maculuve S, Bulo H, et al. (2017) Effects of HIV infection on maternal and neonatal health in southern Mozambique: A prospective cohort study after a decade of antiretroviral drugs roll out. *PLoS ONE*. 2017;12(6):e0178134. doi: 10.1371/journal.pone.0178134

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 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 15.06.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 616.89—008.442.36

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.005

Удовлетворённость и барьеры в доступе к здравоохранению для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии

Яна Кирей-Ситникова

Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию, г. Таллинн, Эстония
yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Аннотация. Обоснование. Международные данные показывают, что трансгендерные люди (ТГЛ) часто сталкиваются с негуманным отношением и низким профессионализмом в системе здравоохранения. Целью исследования является изучение удовлетворённости трансгендерных пациентов системой здравоохранения в Восточной Европе и Центральной Азии в трёх областях: освидетельствование на «транссексуализм», предоставление заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и гендерно-аффирмативных операций.

Материалы и методы. Одномоментное исследование количественными и качественными методами среди ТГЛ в Армении, Грузии, Кыргызстане, России и Украине.

Результаты. 56,4% респондентов из России и 19,5% из Украины удовлетворены качеством диагностики транссексуализма. Негативный опыт включал: некомпетентность медицинских специалистов, гендерные стереотипы, неприятные вопросы, использование неверного имени и грамматического рода, необходимость пребывания в стационаре, коррупцию. Основными барьерами в доступе к ЗГТ и хирургическим вмешательствам были их высокая стоимость, отсутствие компетентных специалистов и сложность с получением диагноза. В результате 41,4% респондентов принимали ЗГТ без консультации с эндокринологом.

Заключение. В целях повышения качества медицинской помощи для ТГЛ необходимо включать гендерно-аффирмативных процедур в перечень услуг, покрываемых медицинским страхованием, и проводить курсы повышения квалификации для врачей по вопросам гендерной идентичности.

Ключевые слова: трансгендерность; транссексуальность; гендерная дисфория; гендерное несоответствие; доступность медицинской помощи; удовлетворённость пациентов

Для цитирования: Кирей-Ситникова Я. Удовлетворённость и барьеры в доступе к здравоохранению для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 31—37. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.005.

Original article

Satisfaction and barriers in access to healthcare for transgender people in Eastern Europe and Central Asia

Yana Kirey-Sitnikova

Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, Tallinn, Estonia.
yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Annotation. Background. According to international data, transgender people frequently face inhuman treatment and low professionalism in healthcare. This study aims to assess satisfaction of transgender patients with healthcare in Eastern Europe and Central Asia in three areas: assessment for “transsexualism,” provision of hormone-replacement therapy (HRT) and gender-affirming surgeries.

Materials and methods. Cross-sectional study using quantitative and qualitative methods among transgender people in Armenia, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine.

Results. 56.4% respondents from Russia and 19.5% from Ukraine expressed satisfaction with diagnostics of transsexualism. Negative experiences included: incompetence of medical specialists, gender stereotypes, unpleasant questions, deadnaming and misgendering, hospitalization, corruption. The main barriers in access to HRT and surgeries were their cost, lack of competent specialists, and difficulties with obtaining the diagnosis. As a result, 41.4% respondents used HRT without consultation with an endocrinologist.

Conclusion. Coverage of gender-affirming procedures by medical insurance and advanced training for doctors are necessary to improve the quality of medical care for transgender people.

Key words: transgender; transsexual; gender dysphoria; gender incongruence; access to medical care; patient satisfaction

For citation: Kirey-Sitnikova Y. Satisfaction and barriers in access to healthcare for transgender people in Eastern Europe and Central Asia. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):31–37. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.005.

Обоснование

Исследование удовлетворённости пациентов является одним из важных методов оценки системы здравоохранения [1]. Удовлетворённость может

быть отнесена к следующим аспектам организации медицинской помощи: человечность, информированность, общее качество, техническая компетентность, бюрократические процедуры, доступность,

цена, инфраструктура, непрерывность ухода, исход, работа с немедицинскими проблемами [2]. Трансгендерные люди (ТГЛ), то есть люди, чья гендерная идентичность отличается от пола, приписанного им при рождении, зачастую сталкиваются с негуманным отношением и низким профессионализмом в системе здравоохранения [3]. Критически важной сферой здравоохранения для ТГЛ является так называемая гендерно-аффирмативная, или транс-специфическая медицинская помощь, то есть набор медицинских процедур, направленных на приведение первичных и вторичных половых признаков в соответствие гендерной идентичности (самоощущению человека как представителя определённого гендера). Эти процедуры можно поделить на гормональные (заместительная гормональная терапия; ЗГТ) и хирургические. Их эффективность в повышении качества жизни показана в многочисленных исследованиях [4]. Во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) для официального доступа к этим процедурам требуется освидетельствование с постановкой диагноза F64.0 «Транссексуализм»; таким образом, освидетельствование также может быть отнесено к транс-специфическому здравоохранению. Целью исследования является изучение удовлетворённости трансгендерных пациентов системой здравоохранения в ВЕЦА в трёх областях: освидетельствование на «транссексуализм», предоставление ЗГТ и хирургических вмешательств.

Материалы и методы

Одномоментное исследование с помощью опросника на платформе Qualtrics. Анкета включала закрытые и открытые вопросы, поделённые на следующие блоки: демографические характеристики; данные о распространённости; социально-экономическая ситуация; транс-специфическое здравоохранение; общее здравоохранение; юридическая сфера. В настоящей статье обсуждаются лишь вопросы транс-специфического здравоохранения. Критерии включения: (1) гендерная идентичность отличается от пола, указанного при рождении; (2) проживание в одной из стран: Армения, Грузия, Кыргызстан, Россия или Украина. География выбрана исходя из наличия организаций-партнёров в указанных странах, которые помогали с распространением опросника. Время проведения: август-декабрь 2022 года.

Для вычисления оптимального размера выборки использовалась программа Raosoft [5] с параметрами 5% для ошибки и 95% для доверительного интервала. На момент проведения исследования, только в Украине была проведена оценка численности ТГЛ, которая выявила 8200 человек, или 0.019% от численности населения [6], эта цифра была экстраполирована на оставшиеся четыре страны. Население пяти стран составляет 203 млн человек; таким образом, число ТГЛ в этих странах — порядка 38410 человек. Исходя из этих данных, минимальное число респондентов было определено как 381.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью авторских скриптов в среде R, версия 3.6.3. Тематический анализ для открытых ответов.

Исследование одобрено этическим комитетом некоммерческого партнёрства «Альянс общественного здоровья» (заседание № 14 от 18.05.2022).

Результаты

Собрано 419 ответов. Шестеро респондентов отказались дать согласие на прохождение исследования. Из оставшихся ответов удалены: 1 — тестовое заполнение, 12 — не указана гендерная идентичность, 1 — не указан пол, приписанный при рождении, 7 — гендерная идентичность соответствует полу при рождении. Таким образом, для анализа оставлены 392 ответа. На основе вопросов про гендерную идентичность и пол при рождении проведена категоризация на четыре класса: трансгендерные женщины (ТЖ); трансгендерные мужчины (ТМ); небинарные с приписанным при рождении мужским полом (male-to-neutral; MtN); небинарные с приписанным при рождении женским полом (female-to-neutral; FtN). Распределение по странам и идентичностям приводится в таблице 1. Средний возраст респондентов составил 25.3 года.

Чуть меньше половины респондентов (45.7%) обращались за получением диагноза «транссексуализм». Процент отказов (от числа обратившихся) составил 10.6%, однако наблюдаются различия по странам (табл. 2).

Наиболее распространённой причиной необращения за получением диагноза были отсутствие недостатка денег на обращение к врачам и прохождения комиссии (42.9%). 32.5% не успели обратиться в связи с тем, что лишь недавно начали перехода. Для 31.4% препятствием становился страх столкнуться с некорректным обращением врачей (табл. 3).

Респонденты описали разнообразный опыт получения диагноза, который зависел как от страны, так и времени обращения. **Армения** лидирует по числу отказов в постановке диагноза. К сожалению,

Таблица 1

Число респондентов с распределением по идентичностям и странам

	ТЖ	ТМ	MtN	FtN	Сумма
Армения	14	3	5	1	23
Грузия	17	4	4	3	28
Кыргызстан	2	5	2	0	9
Россия	48	119	12	44	223
Украина	47	32	6	24	109
Сумма	128	163	29	72	392
Получение диагноза					

Таблица 2

Обращаемость за диагнозом и результаты обращения

	Все	Армения	Грузия	Кыргызстан	Россия	Украина
Да	179 (45.7%)	8 (34.8%)	13 (46.4%)	5 (55.6%)	123 (55.2%)	30 (27.5%)
Не пытались	191 (48.7%)	13 (56.5%)	15 (53.6%)	4 (44.4%)	91 (40.8%)	68 (62.4%)
Отказ в постановке диагноза	21 (5.4%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (3.6%)	11 (10.1%)
Процент отказов	10.5%	20.0%	0.0%	0.0%	6.1%	26.9%

Таблица 3

Причины необращения за диагнозом (% от числа необращавшихся)

	Все	ТЖ	ТМ	Россия	Украина
Мне не требуется диагноз (я не планирую операции или смену документов)	27 (14.1%)	8 (13.3%)	2 (3.4%)	8 (8.8%)	7 (10.3%)
У меня нет денег на обращение к врачам и прохождение комиссии	82 (42.9%)	25 (41.7%)	30 (51.7%)	51 (56.0%)	26 (38.2%)
Я боюсь столкнуться с некорректным обращением со стороны врачей	60 (31.4%)	17 (28.3%)	19 (32.8%)	31 (34.1%)	25 (36.8%)
Я не подхожу под критерии диагноза	11 (5.8%)	2 (3.3%)	1 (1.7%)	5 (5.5%)	6 (8.8%)
Прохождение комиссии затруднительно и занимает много времени	39 (20.4%)	17 (28.3%)	6 (10.3%)	19 (20.9%)	17 (25.0%)
Получение диагноза противоречит моим принципам	8 (4.2%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	2 (2.2%)	3 (4.4%)
Я только начал/а переход (или планирую начать) и не успел/а получить диагноз	62 (32.5%)	21 (35.0%)	19 (32.8%)	36 (39.6%)	20 (29.4%)
Я не могу получить диагноз в связи с несовершеннолетием	32 (16.8%)	3 (5.0%)	15 (25.9%)	21 (23.1%)	11 (16.2%)

респонденты из этой страны не дали подробного описания своего опыта получения диагноза.

Респонденты из **Грузии** отмечали в целом положительный опыт и быстрые сроки: «Мне поставили диагноз в 2019 году, оценка заняла 5 месяцев и не требовала пребывания в психиатрическом учреждении. Никакого жестокого обращения со мной не было» (ТЖ, 26). Или: «В 2022 году у психиатра в Тбилиси. Получила очень быстро, это не заняло больше часа» (ТЖ, 23).

В **Кыргызстане** освидетельствование осуществляется централизованно в Республиканском центре психического здоровья (РЦПЗ) согласно «Руководству по оказанию медико-социальной помощи трансгендерным, транссексуальным и гендерно неконформным людям для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств страны», утверждённому Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в 2017 году. Ни один из респондентов не сообщил о негативном опыте, однако в выборке было всего 9 человек из этой страны: «В 2008 году получил диагноз, ушло примерно 2 месяца на получение диагноза, госпитализация не требовалась. В 2009 году поменял все документы» (ТМ, 40). Или: «Я получил справку с диагнозом транссексуализм в 2018 году в г. Бишкек в РЦПЗ. Я ожидал комиссию более 3 месяцев. Госпитализация не требовалась. С некорректными вопросами от сотрудников РЦПЗ не сталкивался» (ТМ, 24).

В **России** на момент сбора данных действовал приказ Министерства здравоохранения РФ № 850н от 23.10.2017, согласно которому выдача «справки о смене пола» (форма 087/у), являющаяся юридическим основанием для хирургических вмешательств и изменения гражданского пола, выдавалась медицинской комиссией, состоящей из психиатра, сексолога и медицинского психолога. Прохождение комиссии занимало от 1 дня до 2 лет, среднее значение — 93 дня, медианное — 14 дней. Получение справки могло затягиваться из-за очереди: «Сами обследования заняли меньше недели, но в очереди ждал 3 месяца» (ТМ, 22). Затягивание могло происходить и по причинам, не зависящим от комиссии: «Начал проходить комиссию в 2016, получил справку к началу 2018. Мне приходилось ездить из соседнего города + были личные сложности, поэтому долго, можно было получить и быстрее» (FtN, 23). Несовершеннолетие могло быть причиной откладывания прохождения комиссии: «Я наблюдался в цен-

тре полгода до комиссии, поскольку был несовершеннолетним. Меня наблюдали психиатр, психолог и эндокринолог, которые помогали мне поправить здоровье, чтобы по достижении мной 18 лет спокойно выдать обе справки» (ТМ, 19). Хотя большинство респондентов отмечали быстроту прохождения комиссии как благо, другие могли сами растягивать этот процесс: «Вторая комиссия не заняла никаких таких приготовлений, я сам выбрал пройти её спустя полгода, чтобы были уже какие-то результаты ЗГТ и фото в новом паспорте было моим, а не триггерным и плохо пасующим» (ТМ, 24). Как минимум один респондент высказал недовольство в связи с поверхностным подходом врачей к обследованию: «Беседа заняла всего полчаса — на то, чтобы понять целого человека, впитать его опыт, переварить всю его жизнь, она не удосужилась потратить целый сеанс, 30 минут ей показалось достаточно» (ТМ, 35).

75 из 133 респондентов (56.4%) отметили общую удовлетворённость процедурой диагностики, тактичностью и доброжелательное отношение со стороны врачей: «Это было в мае-июне, очень приятно проходило. Врачи добрые и интересные, а я люблю болтать, так что проблем не было» (ТМ, 22). Или: «Три недели, госпитализация не была нужна, всё было шикарно. Проходил в специальном центре, из минусов только достаточно внушительная сумма — 20.000р» (FtN, 18).

Государственные учреждения описывались как в целом более трансфобные: «До этого были попытки получить диагноз в государственной психиатрической больнице. Там предложили платную госпитализацию, высмеяли и унизили, как только могли, обращались некорректно, после чего удивлялись, почему я плачу» (ТМ, 19). Или: «Первый раз я обращался в государственный ПНД (с другим вопросом) задолго до этого, где мои местоимения и гендерную дисфорию приняли за «плохие отношения с матерью» и пытались лечить меня от этого разговорами» (ТМ, 26). Ожидая некорректного обращения в государственных учреждениях, респонденты старались в них не обращаться: «Всё было профессионально и быстро. И дорого. Но я готов был за это платить, чтоб избежать моральных травм в государственных медицинских учреждениях» (ТМ, 34).

Три человека сообщили о деднейминге (использовании старого имени, не соответствующего гендерной идентичности) и мисгендеринге (использовании грамматического рода, не соответствующего гендерной идентичности). Например, человек, по-

лучавший диагноз в 2000 году, пишет: «Отвратительное отношение, постоянный мисгендеринг, обращение только по деднейм, вытягивание денег без каких-либо результатов, запугивание заведомо ложной информацией про короткую и ужасную жизнь людей, сменивших пол» (ТМ, 43). Из-за небольшого числа респондентов, получавших диагноз более 10 лет назад, невозможно сделать однозначных выводов о динамике, однако складывается впечатление, что в те годы обращение с пациентами было менее понимающим. Так, один человек, проходивший комиссию в 2007 году, был вынужден лечиться в стационар: «В 2007 году я проходил_а его в Ярославле (Россия), это заняло 1 месяц, я находил_ась в психиатрической больнице, в результате чего получил_а справку. Это было очень унижительно, меня считали сумасшедшим и подвергали неуместным и бесчеловечным вопросам» (MtN из Грузии, 33). Другой человек, обратившийся в комиссию до 2006 года (конкретный год не сообщается), рассказал: «Общение было неприятным, с провокациями, навязыванием консультаций сексолога <>, который просил раздеться на приём без объяснения целей, и терапевтической группы (позже в личной беседе с ведущей я узнал, что её целью была конверсионная терапия), чеки оформлялись как благотворительное пожертвование в религиозный фонд (около 100 тысяч рублей за полтора года)» (ТМ, 37).

11 человек (8.3%) сообщили о вопросах, которые они сочли некорректными: «Был ряд вопросов, которые я сочёл неприятными, например, о том, фантазирую ли я во время мастурбации, и если да, представляю ли я реальных людей или неких персонажей, являюсь ли участником или наблюдателем» (FtN, 24). Неприятные вопросы зачастую основывались на стереотипных представлениях о женщинах и мужчинах: «Было ощущение, что хотят, чтобы я отвечал стереотипно — чувствовал себя мальчиком с рождения, нравятся только девочки, мечтаю о семье с детьми и т. д. В анкете было несколько страниц подробных вопросов про мою сексуальную жизнь, и в этой анкете к заполняющему обращались в женском роде и давали только крайне традиционные и гетеросексуальные варианты ответов, которые, предположительно, могут дать цис-женщины» (ТМ, 28).

Молодой возраст и отсутствие сексуального опыта могли стать причинами отказов в постановке диагноза: «Неприятнейший опыт. Если вкратце, мне не дали внятную причину отказа, только упомянули, что у меня не было сексуальных отношений, и про мои травмы, связанные с тираничным отцом» (ТМ, 24).

Однако не все воспринимали подобные вопросы и поведение негативно: «Некорректного ничего не было, сексолог не самый приятный по части вопросов секса, но не знаю, мне кажется, такие вопросы имеют место быть в контексте того, что узнавали про всю жизнь с дисфорией, а на сексе это неизменно отражается» (ТМ, 23).

В некоторых комиссиях требовалось проходить обследования у различных специалистов, например,

кариотипирование, УЗИ матки, анализы на гормоны и ЭЭГ. Вероятно, это было связано с дифференциальной диагностикой с интерсекс-вариациями. С другой стороны, наличие интерсекс-диагноза ускорило процесс для одного респондента: «Узнав, что у меня интерсексуальная вариация, врач даже не мучила вопросами и сразу дала справку» (ТМ, 29).

104 человека обращались в одно учреждение за получением диагноза, 19 — в два, один — в три. Причинами обращения в другое учреждение было неполучение диагноза «транссексуализм» или получение другого диагноза, с которым пациенты не были согласны: «По исполнению 18 лет я перевелась в ПНД для взрослых, где вместо «F64.0 Транссексуализм» мне поставили «F60.2 Диссоциативное расстройство личности» и «F32.1 Депрессивный эпизод средней степени». В этом же году я поехала в <Москву>, где F60.2 не подтвердили, поставили F64.0 и F32.1. Была назначена ЗГТ, в 2021 я прошла заключительную комиссию и сменила документы» (ТЖ, 21).

В Украине в 2016 году произошла децентрализация диагностики транссексуализма, которая ранее проводилась только комиссией в Киеве (Приказы МОЗ Украины № 972 от 15.09.2016 и № 1041 от 05.10.2016). Поставить диагноз может комиссия в местной поликлинике после обращения к семейному врачу и наблюдения в течение 2 лет, которое может быть заменено на 2 недели стационарного обследования.

Только 8 из 41 респондентов (19.5%) отметили положительный опыт получения диагноза: «Я получил диагноз <> у частного психиатра в январе 2022, для этого мне было необходимо самостоятельно сдать несколько анализов и сделать ЭЭГ с МРТ, а сама постановка диагноза заняла около получаса, со мной провели короткую беседу о моём ментальном здоровье без некорректных вопросов» (ТМ, 23).

Несмотря на общее положительное впечатление, ряд респондентов называли отдельные неудобные моменты: «Стала на учёт к психиатру и периодически ходила к их психологу. Была пара некорректных вопросов, про «операции внизу» и «а вы не слишком рано к нам пришли? подождали бы ещё лет пять»» (ТЖ, 19).

Децентрализация не означает, что диагноз может быть получен в любом месте, так как не все врачи компетентны и готовы брать на себя такую ответственность, о чём сообщили четверо участвующих (9.8%): «Я пыталась получить диагноз и в родном городе, и в соседнем, но мне отказали, один из врачей был недостаточно компетентен и не смог поставить диагноз. Я прекратила попытки получить диагноз из-за отсутствия средств» (ТЖ, 19). Или: «Семейный врач вообще отказался заниматься этими вопросами, и попасть к нему стало невозможно. Все «дружественные» врачи были в двух часах езды с двумя-тремя пересадками» (ТЖ, 25).

Четверо респондентов (9.8%) пожаловались на стереотипы при обследовании, которые касались их внешности и/или сексуальной ориентации: «Психиатр сказала, что я, мол, не похожа на ТС [транссек-

суалку], не так выгляжу» (ТЖ, 19). Респонденты старались изменить поведение, чтобы соответствовать стереотипным представлениям врачей: «Мне говорили, что у меня «просто мужика нормального не было», и необходимо было тщательно следовать гендерным стереотипам, чтобы «вписаться» в картинку в голове врачей и изображать максимально гетеро: если ты транс* мужчина, то ты только по девушкам, если транс* девушка — только по мужчинам» (FtN, 23). Двое сообщили о неприятных вопросах: «Меня спрашивали, почему бы мне не сбросить вес вместо того, чтобы делать переход, использую ли я strapon, кто был мужчиной в моих «лесбийских» отношениях до перехода. Меня немного высмеяли из-за недостаточного физического развития» (ТМ, 23).

Пятеро (12.2%) сообщили о негативном обращении в целом: «Врача никогда не было на месте, он постоянно избегал нас и пренебрежительно к нам относился. На встречах вёл себя очень пассивно и незаинтересованно, почти ничего не спрашивал. По итогу сказал, что не считает нас транссексуалками и диагноз выдавать не будет» (ТЖ, 27). Двое пожаловались на принудительное лечение: «Меня обкалывали лекарствами, названия которых я узнал только после того, как поднял всех на уши. Мне обещали беседы с психиатром и психологом, но с последней я виделся только до госпитализации, а со вторым опять же только после того, как поднял всех на уши из-за того, что моё состояние от неназванных лекарств было максимально ужасным» (FtN, 23).

Всего четверо человек имели опыт стационарирования в психиатрические учреждения для получения диагноза, где они сталкивались с негативным обращением: «Был дневной стационар. В диагнозе везде стоит «пациентка» и «она», хотя у меня уже было однозначно мужское имя и фамилия с мужским окончанием (и грт 2 года). Отношение было ощутимо презрительным, как к сумасшедшей девушке. Часто новый персонал путался и принимал меня за транс*женщину» (ТМ, 24). Одна респондентка рассказала, что врачи пошли ей на встречу:

«По протоколу, согласно паспортным данным, я должна была лежать в мужской палате стационара в течение двух недель, но мне была дана поблажка, поэтому я лишь утром посещала отделение, а ночевала в хостеле» (ТЖ, 19).

Обследование проводилось как в частных, так и в государственных клиниках, — в последних отмечалась коррупция: «Конечно, обследование, по результатам которого я получила диагноз, не было бесплатным — пришлось заплатить «благотворительный взнос» в размере 6000 гривен» (ТЖ, 19). Желая получить больше денег, врачи могли откладывать выдачу диагноза: «Большинство врачей просто выкачивали деньги, им на руку было тянуть как можно дольше. Вся эта тягомотина длилась 2 года. Больших издевательств я выдержать не мог и бросил ходить в врачам» (ТМ, 39). В среднем обследование заняло 187 дней, медианное значение — 60 дней.

Заместительная гормональная терапия

Отвечая на вопрос о ЗГТ, 48.7% отметили, что принимают её, ещё 49.7% — не принимают (табл. 4). Бинарные люди (ТЖ + ТМ) больше склонны принимать ЗГТ, чем люди с небинарными идентичностями (MtN + FtN) (критерий χ^2 , p-value = $5.0e^{-10}$). ТМ чаще, чем ТЖ, принимают ЗГТ под руководством эндокринолога (критерий χ^2 , p-value = $2.1e^{-4}$), что, вероятно, объясняется большей сложностью в покупке препаратов тестостерона без рецепта по сравнению с феминизирующими препаратами.

Отвечая на вопрос о причинах отказа от посещения эндокринолога, больше всего респондентов (41.8%) назвали затруднения с деньгами, причём особенно остро проблема с деньгами стоит перед ТЖ (табл. 5). Многие (30.4%) считают, что обладают достаточными знаниями для самостоятельного ведения ЗГТ. Если смотреть разбивку по странам, то для транс* людей в Украине наибольшим препятствием является отсутствие диагноза «транссексуализм», который позволил бы эндокринологам назначать ЗГТ.

Таблица 4

Приём ЗГТ с разбивкой по идентичностям

	Все	ТЖ	ТМ	MtN	FtN
Принимают:	191 (48.7%)	83 (64.8%)	87 (53.4%)	9 (31.0)	12 (16.7%)
с эндокринологом	112 (58.6%)	38 (45.8%)	65 (74.7%)	2 (22.2%)	7 (58.3%)
самостоятельно	79 (41.4%)	45 (54.2%)	22 (25.3%)	7 (77.8%)	5 (41.7%)
Не принимают:	195 (49.7%)	44 (34.4%)	75 (46.0%)	18 (62.1%)	58 (80.6%)
не нуждаются	29 (14.9%)	5 (11.4%)	2 (2.7%)	8 (44.4%)	14 (24.1%)
планируют в будущем	155 (79.5%)	33 (75.0%)	70 (93.3%)	9 (50.0%)	43 (74.1%)
принимали в прошлом	11 (5.6%)	6 (13.6%)	3 (4.0%)	1 (5.6%)	1 (1.7%)

Таблица 5

Причины необращения к эндокринологу (% от самолечащихся)

	Все	ТЖ	ТМ	Россия	Украина
Испытываю затруднения с деньгами	33 (41.8%)	24 (53.3%)	5 (22.7%)	18 (43.9%)	10 (34.5%)
Обладаю достаточными знаниями для самостоятельной ЗГТ	24 (30.4%)	11 (24.4%)	8 (36.4%)	14 (34.1%)	7 (24.1%)
Не имею диагноза	20 (25.3%)	12 (26.7%)	6 (27.3)	7 (17.1%)	12 (41.4%)
В моём населённом пункте/стране нет квалифицированных эндокринологов	20 (25.3%)	11 (24.4%)	5 (22.7%)	10 (24.4%)	6 (20.7%)
Боюсь плохого обращения/дискриминации/мисгендеринга	14 (17.7%)	9 (20.0%)	4 (18.2%)	4 (9.8%)	8 (27.6%)

Хирургические вмешательства

Данные по использованию хирургических вмешательств в сравнении с потребностью в них приведены в таблицах 6а и 6б. Феминизирующая пластика лица была самой востребованной операцией среди лиц с приписанным при рождении мужским полом (63.1%). Среди лиц с женским полом при рождении наиболее востребованной оказалась мастэктомия (74.9%). Число людей, которые прошли каждую операцию, как правило, было значительно ниже числа тех, кому она требовалась: в диапазоне от 1.2% для фаллопластики до 29.5% для мастэктомии.

Отвечая на вопрос о причинах, останавливающих их от прохождения операций, большинство отметили нехватку денег (табл. 7). Ни в одной из обсуждаемых стран данные операции не покрываются государственным медицинским страхованием.

Обсуждение

Результаты исследования показали, что ТГЛ в странах ВЕЦА сталкиваются с многочисленными препятствиями в доступе к медицинским услугам, направленных на приведение половых признаков в соответствие гендерной идентичности. Первым по очерёдности препятствием является необходи-

мость получения диагноза «транссексуализм». В процессе освидетельствования респонденты сталкивались с некомпетентностью медицинских специалистов, гендерными стереотипами, неприятными вопросами, мисгендерингом и деднеймингом. Несмотря на это, более половины респондентов из России (56.4%) отметили общую удовлетворённость процессом. В Украине это число было значительно ниже (19.5%), в ряде случаев респонденты были вынуждены лечиться на стационарное обследование и сталкивались с коррупцией. По остальным трём странам количество данных не позволяет сделать однозначных выводов. Полученные результаты согласуются с международными данными. Так, в Новой Зеландии ТГЛ отмечали навязчивые вопросы о личной жизни и необходимость следовать стереотипам для получения диагноза «транссексуализм» [7]. В Швеции респонденты жаловались на длительное время ожидания и беспомощностью перед лицом медицинской системы, провокационные вопросы и некомпетентность специалистов [8]. В Великобритании негативный опыт включал: длительное время ожидания, некорректные вопросы, гендерные стереотипы, мисгендеринг и необходимость показывать гениталии [9]. По сравнению с рядом западных стран диагностика в ВЕЦА, как правило, занимает непродолжительное время (медианное значение 14 дней для России, 60 дней для Украины), однако достигается это за счёт возможности пройти обследование в частных клиниках — возможности, которой лишены многие ТГЛ в силу финансовых затруднений, что является особенно важным фактором, учитывая дискриминацию, с которой ТГЛ сталкиваются в сфере трудоустройства.

Исследование выявило значительную долю (41.4%) ТГЛ, принимающих ЗГТ без консультации с эндокринологом. Похожие результаты были получены как российскими, так и зарубежными авторами [10—14]. Ведущей причиной самолечения является отсутствие денег на обращение к эндокринологу (41.8%). Другими причинами были отсутствие диагноза «транссексуализм», позволяющего официально назначить терапию, отсутствие компетентных специалистов и страх негативного обращения в учреждениях здравоохранения.

Большинство респондентов нуждались в одном или более хирургических вмешательств, направленных на приведение половых признаков в соответствие гендерной идентичности, однако потребность в данных услугах во много раз превышала их доступность, основной причиной чего назывались фи-

Таблица 6а

Использование хирургических вмешательств в сравнении с потребностью в них среди респондентов с приписанным мужским полом при рождении

Операции	Прошли данную операцию	Хотели бы пройти данную операцию	% потребностей удовлетворено
Вагинопластика	6 (3.8%)	47 (29.9%)	12.8%
Изменение голоса	1 (0.6%)	8 (5.1%)	12.5%
Маммопластика	3 (1.9%)	49 (31.2%)	6.1%
Орхиэктомия	12 (7.6%)	59 (37.6%)	20.3%
Увеличение ягодиц	2 (1.3%)	42 (26.8%)	4.8%
Феминизирующая пластика лица	16 (10.2%)	99 (63.1%)	16.2%
Хондроларингопластика (уменьшение кадыка)	4 (2.5)	50 (31.8%)	8.0%

Таблица 6б

Использование хирургических вмешательств в сравнении с потребностью в них среди респондентов с приписанным женским полом при рождении.

Операции	Прошли данную операцию	Хотели бы пройти данную операцию	% потребностей удовлетворено
Изменение голоса	7 (3.0%)	60 (25.5%)	11.7%
Гистерэктомия	13 (5.5%)	121 (51.5%)	10.7%
Мастэктомия	52 (22.1%)	176 (74.9%)	29.5%
Фаллопластика	1 (0.4%)	82 (34.9%)	1.2%

Таблица 7

Причины непрохождения всех необходимых операций

	Все	ТЖ	ТМ	Россия	Украина
Нехватка денег	288 (73.5%)	102 (79.7%)	126 (77.3%)	167 (74.9%)	75 (68.8%)
Отсутствие квалифицированных специалистов в стране	100 (25.5%)	29 (22.7%)	50 (30.7%)	56 (25.1%)	27 (24.8%)
Боязнь осуждения со стороны окружающих	48 (12.2%)	14 (10.9%)	12 (7.4%)	27 (12.1%)	11 (10.1%)
Боязнь операций	71 (18.1%)	28 (21.9%)	20 (12.3%)	38 (17.0%)	19 (17.4%)
Отсутствие диагноза, позволяющего пройти операции	89 (22.7%)	22 (17.2%)	36 (22.1%)	50 (22.4%)	34 (31.2%)
Медицинские противопоказания	16 (4.1%)	10 (7.8%)	3 (1.8%)	4 (1.8%)	8 (7.3%)
Возраст	54 (13.8%)	12 (9.4%)	23 (14.1%)	31 (13.9%)	19 (17.4%)

нансовые затруднения (73.5%), в меньшей степени барьерами становились отсутствие компетентных специалистов и отсутствие диагноза.

Основываясь на этих данных, можно сделать вывод о том, что основными барьерами для ТГЛ к получению качественной медицинской помощи являются отсутствие финансовых возможностей и некомпетентность (сюда можно включить и нетактичность) медицинских специалистов. Решениями должно стать включение транс-специфических процедур в перечень услуг, покрываемых медицинским страхованием, и организация курсов повышения квалификации для врачей по вопросам гендерной идентичности.

Заключение

Исследование показало смешанные результаты в области удовлетворённости трансгендерных пациентов системой здравоохранения. Благодаря росту информированности врачей о трансгендерности качество услуг, по-видимому, повышается, однако по-прежнему актуальными проблемами остаются низкая компетентность, обращение к пациентам по старому имени и в неверном грамматическом роде, некорректные вопросы. Серьёзным барьером в доступе к транс-специфическим медицинским услугам является их цена. В целях повышения качества и доступности этой области здравоохранения необходимо добиваться включения указанных процедур в перечень бесплатных медицинских услуг и проведение образовательных мероприятий для работников здравоохранения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997;45(12):1829—43.
2. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social science & medicine*. 1988;27(6):637—44.
3. Bockting W, Robinson B, Benner A, Scheltema K. Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2004;30(4):277—94.
4. Кирей-Ситникова Я. Некоторые проблемы разработки клинических рекомендаций по гендерной дисфории и гендерному несоответствию. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021;(9—10):47—53.
5. Raosoft I. Sample size calculator by Raosoft. Raosoft. 2004.
6. Kasienczuk M, Trofymenko O. Population size estimation for transgender people in Ukraine. SE “Center of Social Expertises named after Yu. Saenko” of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine; 2020.
7. Pitts M, Couch M, Croy S, Mitchell A, Mulcare H. Health service use and experiences of transgender people: Australian and New Zealand perspectives. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*. 2009;5(3):167.
8. Linander I, Alm E, Hammarström A, Harryson L. Negotiating the (bio)medical gaze — Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*. 2017;(174):9—16.
9. Ellis SJ, Bailey L, McNeil J. Trans people’s experiences of mental health and gender identity services: a UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2015;19(1):4—20.

10. Макарова ЕВ, Соловьева НВ, Кременицкая СА. Проблема применения гормональной терапии, направленной на коррекцию пола, трансгендерными лицами по собственной инициативе. *Проблемы эндокринологии*. 2021;68(2):40—7.
11. Чумаков ЕМ, Петрова НН, Ашенбреннер ЮВ, Азарова ЛА, Лиманкин ОВ. Социальные и медицинские аспекты практики трансгендерного перехода в России. *Неврологический вестник*. 2022;54(1):11—22.
12. Baba T, Endo T, Ikeda U, Ikeda H, Ichihara K, Masumori N, et al. Self-administration of gender-affirming hormones and suprathreshold dosing are relatively common in Japanese transgender women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2022;48(8):2208—13.
13. Liu Y, Xin Y, Qi J, Wang H, Hong T, Yang X, et al. The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;17(11):2291—8.
14. Maschiao LF, Bastos FI, Wilson E, McFarland W, Turner C, Pestana T, et al. Nonprescribed sex hormone use among trans women: the complex interplay of public policies, social context, and discrimination. *Transgender Health*. 2020;5(4):205—15.

REFERENCES

1. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997;45(12):1829—43.
2. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social science & medicine*. 1988;27(6):637—44.
3. Bockting W, Robinson B, Benner A, Scheltema K. Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2004;30(4):277—94.
4. Kirey-Sitnikova Y. Some Challenges of Developing Clinical Practice Guidelines on Gender Dysphoria and Gender Incongruence. *Health Care Standardization Problems*. [Problemy standartizatsii v zdravookhraneni]. 2021;(9—10):47—53 (in Russian).
5. Raosoft I. Sample size calculator by Raosoft. Raosoft. 2004.
6. Kasienczuk M, Trofymenko O. Population size estimation for transgender people in Ukraine. SE “Center of Social Expertises named after Yu. Saenko” of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine; 2020.
7. Pitts M, Couch M, Croy S, Mitchell A, Mulcare H. Health service use and experiences of transgender people: Australian and New Zealand perspectives. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*. 2009;5(3):167.
8. Linander I, Alm E, Hammarström A, Harryson L. Negotiating the (bio)medical gaze — Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*. 2017;(174):9—16.
9. Ellis SJ, Bailey L, McNeil J. Trans people’s experiences of mental health and gender identity services: a UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2015;19(1):4—20.
10. Makarova EV, Solovieva NV, Kremenitskaya SA. The problem of the use of hormonal therapy aimed for sex correction by transgender persons on their own initiative. *Problems of Endocrinology*. [Problemy endokrinologii]. 2021;68(2):40—7 (in Russian).
11. Chumakov EM, Petrova NN, Ashenbrenner YV, Azarova LA, Limmankin OV. Social and medical practices of gender transition in Russia. *Neurology bulletin*. [Nevrologicheskiy vestnik]. 2022;54(1):11—22 (in Russian).
12. Baba T, Endo T, Ikeda U, Ikeda H, Ichihara K, Masumori N, et al. Self-administration of gender-affirming hormones and suprathreshold dosing are relatively common in Japanese transgender women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2022;48(8):2208—13.
13. Liu Y, Xin Y, Qi J, Wang H, Hong T, Yang X, et al. The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;17(11):2291—8.
14. Maschiao LF, Bastos FI, Wilson E, McFarland W, Turner C, Pestana T, et al. Nonprescribed sex hormone use among trans women: the complex interplay of public policies, social context, and discrimination. *Transgender Health*. 2020;5(4):205—15.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 03.10.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 03.10.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 617.7—007.681

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.006

Характеристика динамики первичной инвалидности по патологии зрительной системы пожилых граждан в Архангельской области

Анастасия Александровна Трофимова^{1✉}, Анатолий Леонидович Санников²,
Наталья Львовна Малкова³

^{1–2}ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (ФГБОУ ВО «СГМУ»),
гор. Архангельск, Российская Федерация;

³Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области и Ненецкому АО» Министерства труда и социальной защиты РФ, гор. Архангельск, Российская Федерация

¹aa.trofimova@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2248-6991>

²jsannikov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0405-659X>

³oreik@mse29.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0426-7178>

Аннотация. В статье анализируются основные показатели инвалидности вследствие заболеваний органа зрения в специфическом регионе — Архангельской области, где темп старения превышает средний по РФ (23%). Проанализированы все случаи первичной инвалидности вследствие заболеваний органа зрения и дана характеристика по полу, возрастной группе, нозологии, являющейся основной при получении инвалидности. В структуре общей инвалидности заболевания глаз с 2018—2022 гг. занимали 5—7 место. Первичная инвалидность пожилого населения характеризуется превалированием возрастной группы 70+ лет. Средний возраст получения инвалидности в пожилом возрасте — 74 года. Первичная инвалидность в основном представлена 1 группой, что говорит о высокой дезадаптации пожилых. Среди получивших 1 и 2 группы преобладают лица мужского пола. Данные могут быть использованы для эффективного планирования лечебно-профилактических мероприятий, повышения эффективности ранней диагностики состояний и снижения количества пожилых, впервые признанными инвалидами по причине органа зрения.

Ключевые слова: пожилые; первичная инвалидность; болезни глаза и его придаточного аппарата; Архангельская область.

Для цитирования: Трофимова А. А., Санников А. Л., Малкова Н. Л. Характеристика динамики первичной инвалидности по патологии зрительной системы у пожилых в Архангельской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 38—43. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.006.

Original article

Characteristics of the dynamics of primary disability in the pathology of the visual system in the elderly in the Arkhangelsk region

Anastasia A. Trofimova^{1✉}, Anatoly L. Sannikov², Natalia L. Malkova³

^{1–2}Northern State Medical University (NSMU), Arkhangelsk city, Russian Federation;

³Federal state Institution «Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Arkhangelsk Region and Nenets Autonomous District» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Arkhangelsk city, Russian Federation

¹aa.trofimova@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2248-6991>

²jsannikov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0405-659X>

³oreik@mse29.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0426-7178>

Annotation. The article analyzes the main indicators of disability due to diseases of the visual organ in a specific region — the Arkhangelsk region, where the rate of aging exceeds the average in the Russian Federation (23%). All cases of primary disability due to diseases of the visual organ are analyzed and characteristics are given by gender, age group, nosology, which is the main one when receiving disability. In the structure of general disability, eye diseases occupied the 5th-7th place from 2018—2022. Primary disability of the elderly population is characterized by the prevalence of the age group of 70+ years. The average age of disability in old age is 74 years. Primary disability is mainly represented by group 1, which indicates a high maladaptation of the elderly. Among those who received groups 1 and 2, males predominate. The data can be used for effective planning of therapeutic and preventive measures, improving the effectiveness of early diagnosis of conditions and reducing the number of elderly.

Key words: elderly; primary disability; diseases of the eye; Arkhangelsk region.

For citation: Trofimova A. A., Sannikov A. L., Malkova N. L. Characteristics of the dynamics of primary disability in the pathology of the visual system in the elderly in the Arkhangelsk region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):38–43. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.006.

Введение

Демографическая ситуация в нашей стране характеризуется ежегодным увеличением удельного веса пожилых в структуре населения. По прогнозам ООН доля лиц старше 60 лет в Российской Федерации (РФ) возрастет с 20 процентов в 2015 году до 23,9% в 2025 году и 28,8% в 2050 году^{1, 2}. Более выражен темп старения населения в приарктических территориях страны, включающих Архангельскую область, где к 2025 году данный показатель составит 25% [1]. В связи с этим возрастет потребность в социальном обслуживании, так как пожилые люди чаще получают статус инвалида [2]. Среди инвалидов доля пожилых также возрастает — инвалиды пожилого возраста преобладают в структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения, составляя 63% в РФ, в Архангельской области — 68% (2022 г.). Постановлением Правительства РФ утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения³ в Российской Федерации до 2025 года с приоритетным направлением «Обеспечение здоровья людей пожилого возраста», целью которого является увеличение продолжительности и качества жизни, а также развитие системы социального обслуживания граждан старшего поколения².

Инвалидность служит важным социально-значимым индикатором общественного здоровья населения территории. Патология органа зрения и придаточного аппарата является инвалидизирующей, так как дисфункция зрения лишает социальной независимости и требует значительных реабилитационных мероприятий, зачастую достаточно дорогостоящих. Структура и динамика показателей инвалидности вследствие заболеваний зрительной системы среди взрослого населения Российской Федерации являются ключевыми в оценке уровня обеспеченности пациентов своевременной медицинской помощью и комплексом реабилитационных мероприятий и могут быть использованы для более осмысленного планирования лечебно-профилактической помощи в профильных кабинетах медицинских организаций. Вместе с тем, уровень инвалидизации при заболеваниях глаза и его придаточного аппарата является одним из важных показателей медико-социальной значимости и может косвенно характеризовать качество лечебно-профилактической помощи, оказываемой этой группе больных в данный период.

Цель исследования: изучить распространенность, структуру и динамику первичной инвалидности вследствие болезни глаз населения старше 60 лет в Архангельской области с 2018—2022 гг. и представить социальную характеристику больных, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний глаз и придаточного аппарата.

¹ ООН: Доклад «Мировые демографические перспективы», 2019 г.

² Федеральный проект «Старшее поколение» Министерства труда и социальной защиты РФ.

³ Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утверждена распоряжением Правительства РФ 5 февраля 2016 г № 164-р.

Материалы и методы

Исследование проводилось в Архангельской области, треть которой относится к арктическим территориям с спецификой климатогеографических, а также демографических характеристик. Базой исследования явились сводные данные, предоставленные ФКУ «ГБ МСЭ по Архангельской области и НАО» Минтруда России, а также отчетные документы по Российской Федерации. Период 2018—2022 гг. был выбран исходя из того, что в этот период уже были сформированы требования к заполнению карточек инвалидов, поэтому полученные данные за каждый год являются достаточными для анализа и сравнения.

Материал исследования был обработан исходя из отчетов проведения медико-социальной экспертизы (n=16472), предоставленные в ФГИС ЕАВИИАС МСЭ за 2018—2022 гг. В качестве статистических методов были использованы расчеты экстенсивных, интенсивных показателей, аналитический, статистический метод. Были использованы абсолютные величины первичной инвалидности, общей инвалидности, а также обезличенные данные получивших инвалидность с половозрастными и другими характеристиками. Данные были обработаны посредством программ MS Excel.

Для анализа возрастной структуры была использована классификация пожилого возраста по ВОЗ (60—74 года — пожилые, 75—89 лет — старческий, 90 и больше — долгожители). Определены основные статистические характеристики: средний возраст установления инвалидности, половозрастная структура, динамика случаев установления инвалидности, структура установления инвалидности, основной диагноз установления инвалидности по МКБ-10 в разделе Болезни глаза и его придаточного аппарата H00-H58.0.

Результаты

За период 2018—2022 гг. в Архангельской области признано инвалидами 45072 человека пожилого возраста, из них 16472 чел. — первично (36,5%). В среднем в год инвалидность устанавливалась в 3294 случаях пожилым людям, интенсивный показатель инвалидности по органу зрения среди пожилого населения составил в среднем 710 на 10000 человек (таб.1). В исследуемый период количество впервые признанных инвалидами в абсолютных значениях колебалась от 2768 чел. в 2021 г. (минимальное значение) до 3683 чел. в 2019 г (максимальное значение). Количество признанных инвалидами в абсолютных величинах увеличилось, но по интенсивным показателям наблюдается отрицательный темп прироста (в среднем за пять лет $-0,05$). По профилю офтальмопатологии на протяжении пяти лет сохраняется отрицательная тенденция со средним значением темпа убыли $-0,13$.

При анализе признания инвалидом впервые за 2018—22 гг. болезни глаз и придаточного аппарата в Архангельской области занимают 5, 6 и 7 ранговое

Таблица 1

Характеристика общей инвалидности среди пожилого населения Архангельской области 2018—2022 гг., в том числе по причине патологии органа зрения, абс., на 10 тыс.

Год	Всего инвалидов среди пожилого населения			Всего инвалидов среди пожилого населения по профилю заболеваний глаз			Ранговое место в структуре первичной инвалидности
	абс число, чел.	инт. показатели на 10 тыс. пожилого населения	темп прироста/убыли, %	абс. число, чел.	инт. показатели на 10 тыс. пожилого населения	темп прироста/убыли, %	
2018	3715	826,4	—	418	93,0	—	5
2019	3683	807,2	-0,2	343	75,2	-1,9	6
2020	3128	673,6	-1,7	275	59,2	-2,1	7
2021	2768	585,1	-1,3	263	55,6	-0,6	6
2022	3178	656,7	+1,2	249	51,5	-0,7	7

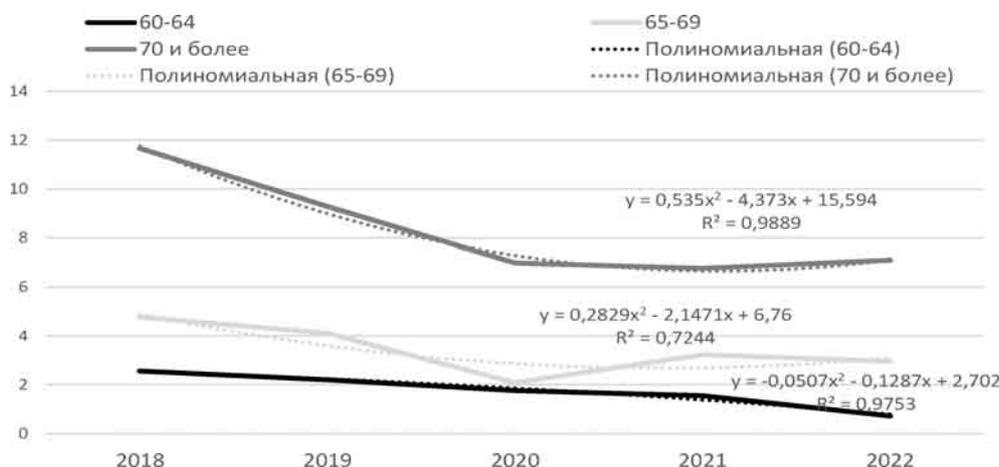


Рис. 1. Динамика первичной инвалидности пожилых с учётом возраста с 2018—2022 по причине болезней органа зрения в Архангельской области с 2018—2022 гг., на 10 тысяч соответствующей возрастной группы.

место после заболеваний системы кровообращения (32—35%), злокачественных новообразований (31—35%), болезней уха и сосцевидного отростка (5—7%), а также психических расстройств (5—8%). Удельный вес заболеваний органа зрения колеблется от 3,42 до 4,79 в структуре причин инвалидности.

Средний возраст получения инвалидности первично с 2018—2022 гг. — 74 года. При оценке структуры инвалидности по возрастным группам среди пожилых отмечается более высокий показатель инвалидности у пациентов возраста старше 70 лет (показатель превышает другие группы в три раза) (рис. 1). Несмотря на это, общее соотношение групп инвалидности сохраняется приблизительно в равных значениях. Увеличение количества впервые признанных инвалидов происходит с возрастанием возрастной группы — самой малочисленной является

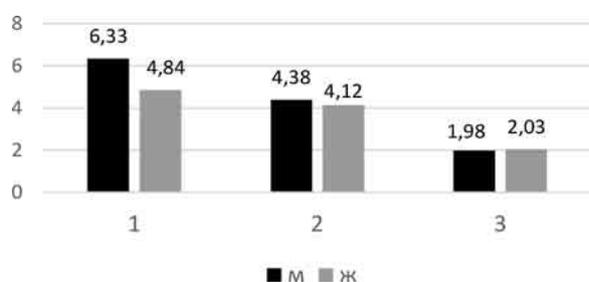


Рис. 2. Распределение средних значений интенсивного показателя первичной инвалидности по полу и группам инвалидности по причине болезни органа зрения у пожилых за 2018—2022 гг. в Архангельской области, на 10 тыс. соответствующего населения.

возрастная группа 60—64 года. При анализе линия тренда имеет полиномиальный характер и можно прогнозировать снижение численности группы 60—64 года и 70 и более лет с высокой вероятностью (r^2 приближается к 1).

Анализируя половую структуру инвалидности, можно сделать вывод, что на протяжении всего изучаемого периода среди инвалидов вследствие болезней органа зрения, преобладали лица мужского пола (рис. 2), в абсолютных числах преобладал женский пол. Мужчины чаще получают первую группу инвалидности в сравнении со второй группой и реже — третью группу инвалидности, что говорит о сильной потере самообслуживания пациентами вследствие заболеваний органа зрения.

По нозологической структуре инвалидности отмечается превалирование глаукомы как причины инвалидности с 2015 по 2022 г в интервале 44—56%, на втором месте — заболевания сосудистой оболочки 23—31%, на третьем месте — нарушение рефракции 5—9% (рис. 3). В равной степени причинами инвалидности являются диабетическая ретинопатия, заболевания сетчатки, заболевания хрусталика, неврит зрительного нерва.

Обсуждение

Большинство публикаций, касающихся медико-социальной экспертизы больных, получивших инвалидность вследствие патологии органа зрения, в русскоязычной литературе касаются отдельных об-

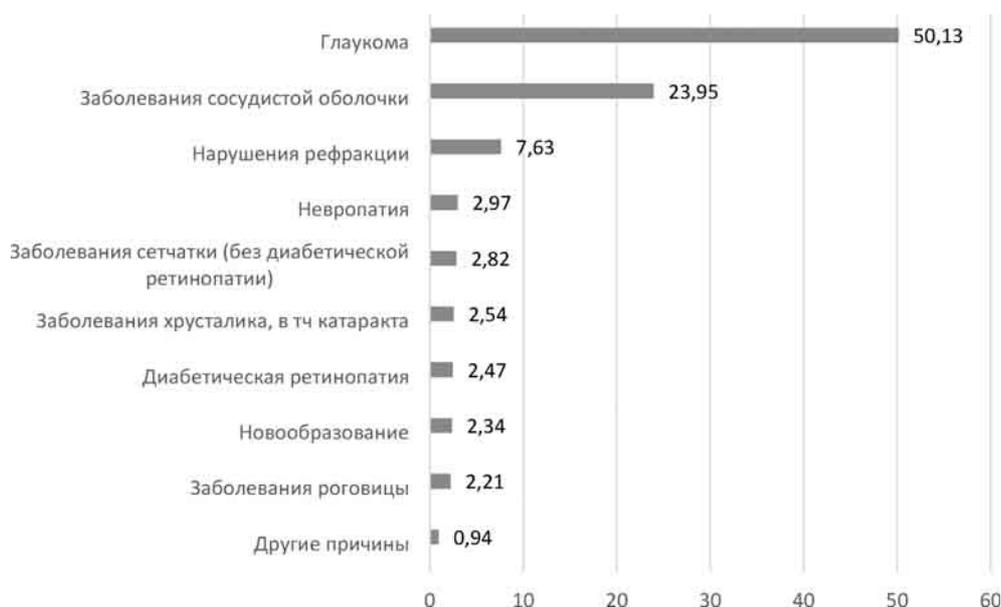


Рис. 3. Распределение первичной инвалидности по нозологиям органа зрения среди пожилых в Архангельской области с 2018—2022 гг., %

ластей, республик и большинство из работ сделаны более 5 лет назад.

С 2018 по 2022 гг. удельный вес первичной инвалидности вследствие болезней органа зрения в Архангельской области колеблется от 3,42 до 4,79 (таб.1), почти не меняясь, несмотря на то что в течение пяти лет в целом снизилось количество пожилых, получивших инвалидность впервые. Инвалидность по поводу органа зрения стоит на 5 и 6 месте сразу за традиционными лидерами — неинфекционными заболеваниями (болезнями кровообращения, онкологическими заболеваниями, травмами и психическими болезнями), что соотносится с данными по РФ 2019 года, где болезни органа зрения среди причин инвалидности занимали 7 место [3]. На протяжении пяти лет сокращалось общее количество получивших инвалидность, что может быть связано с изменением требований законодательства к получению инвалидности [4]. Показатель инвалидности вследствие заболеваний органа глаз меньше, чем общемировой по докладам ООН (в РФ — около 5%, общемировой — 10%) [5], но сравнима с показателями некоторых российских регионов — например, Краснодарским краем — 3,6% [6].

При анализе числа пожилых, впервые признанных инвалидами по заболеванию органа зрения, по данным Шевченко С. Б., Пузина С. Н. можно выявить тенденцию к уменьшению количества таких случаев среди молодого и среднего возраста, но увеличение среди пожилого населения с 2004 года с 5,8 до 7,1 на 10 тысяч [7], что может характеризовать эффективность диспансерного наблюдения и раннего выявления острых состояний, которые могут привести к инвалидности. В статье Шургой М. А. от 2014 года также выделяется гериатрический характер инвалидности в Архангельской области [2].

Большинство пожилых Архангельской области получают впервые сразу 1 группу инвалидности

вследствие заболеваний органа зрения (рис.2), что говорит о высокой степени социальной дезадаптации у пациентов, имеющих офтальмопатологию, о резком наступлении инвалидности у пациентов, а также о высокой стоимости и потребности вовлеченности социальной службы в процесс ухода за инвалидом. В статье 2010 года Шустеров и Бижанова описывают иную структуру инвалидности вследствие заболеваний органа зрения в Казахстане по группам, где преобладает III группа инвалидности [5]. Таким образом, Архангельская область имеет свои региональные особенности инвалидизации вследствие этой патологии.

Анализируя половую структуру инвалидности (рис.2), можно сделать вывод, что на протяжении всего изучаемого периода среди граждан, впервые признанных инвалидами вследствие болезней органа зрения в абсолютных значениях, преобладали лица женского пола, а при расчете экстенсивного показателя — мужского пола (рис. 2), тогда как в Тюменской области преобладают лица женского пола [8]. В нашем исследовании это соотношение почти не меняется ежегодно. Выявлено, что мужчины чаще получают I группу инвалидности в сравнении со второй и третьей группами.

Распределение инвалидности по возрастным группам говорит, что значительное большинство пациентов получают группу инвалидности в более позднем пожилом возрасте (рис.1), что дает возможность прогнозировать потребность в медицинской помощи у данного контингента населения, а также интересно, что показатель у пациентов старческого возраста также сохраняется, что делает герионтоофтальмологию актуальной на протяжении всего пожилого возраста. Подобных исследований в русскоязычных публикациях последних лет нет, но можно отметить, что в работе 2017 года Красюк Е. Ю., Семенов А. Н. и др. отмечали увели-

чение доли людей пенсионного возраста, впервые признанных инвалидами [9].

По нозологической структуре инвалидности можно сделать вывод о превалировании глаукомы и заболеваний сосудистой оболочки (рис.3), а также о необходимости диагностики и наблюдения этих состояний в пациентов пожилого возраста. Глаукома является лидирующей по причине инвалидности по всей России, это также подтверждается другими исследованиями [10]. Подобное нашему исследованию распределение нозологий по местам, являющихся причиной инвалидности вследствие заболеваний органа зрения, повторяется также в статье 2015 года — данные Алтайского края [11]. Лица с глаукомой нуждаются в ранней диагностике, комбинировании хирургических и медикаментозных методов лечения при условии их своевременного назначения. Катаракта не фигурирует среди лидирующих причин инвалидности, что может быть связано с доступностью хирургического вмешательства по данной нозологии, что соответствует также данным других регионов [6].

Преимуществом данного исследования является наглядность данных. Также материал был проанализирован детально, дополнительной кодировки база данных не требовала, так как ФГИС ЕАВИИАС МСЭ позволяет получать и обрабатывать данные без уточнений. Система существует с 2015 года, но форма, позволяющая обрабатывать данные, внедрена с 2018 года, поэтому мы взяли временной промежуток с 2018 г. Недостатками исследования можно назвать неучтенность коморбидной патологии пожилых пациентов, так как она точно присутствует и может утяжелять группу инвалидности пациента и ухудшает профессиональный и социальный прогноз [12], а также в данной статье мы не описали реабилитационный потенциал и используемые тифло-средства пациентов, что будет материалом для дальнейших исследований.

Заключение

Таким образом, анализ показателей первичной инвалидности вследствие ведущих офтальмопатологий среди пожилых позволил выявить региональные особенности инвалидизации взрослого населения по причине органа зрения в Архангельской области 2018—2022 гг.

Состояние и динамика первичной инвалидности вследствие ведущих офтальмологических нозологических форм могут быть направлены на повышение эффективности ранней диагностики состояний и снижения количества пожилых, впервые признанными инвалидами по причине органа зрения. Необходимым условием улучшения эпидемиологической ситуации по инвалидности является создание системы управленческих приоритетов, обеспечивающих повышение эффективности работы офтальмологической службы на основе усиления ее взаимодействия с первичной медицинской помощью, а также актуальность и организационные основы геронтоофтальмологической службы. На основе исследования можно предложить ряд управленческих реше-

ний, способствующих улучшению эпидемиологической ситуации относительно болезней органа зрения: повышение медицинской активности при проведении медицинской диспансеризации лиц старше 40 лет, улучшение офтальмологического диспансерного наблюдения среди пожилых, распространение школ здоровья зрения в медицинских организациях. Среди долгосрочных рекомендаций можно также отметить введение в образовательные программы курса геронтоофтальмологии и совершенствование мероприятий по доукомплектации кадров в медицинские организации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Преминина Я. К. Современный демографический кризис в Архангельской области. *Arctic Environmental Research: Науки о Земле*. 2010;(4):20—27.
2. Шургая М. А. Возрастные особенности первичной инвалидности взрослого населения в федеральных округах и субъектах Российской Федерации. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2016;(4):23—30.
3. Бикбов М. М., Гильманшин Т. Р., Якупова Э. М., Ибрафилова Г. З., Зайнуллин Р. М. Основы эпидемиологии. Эпидемиология в офтальмологии (обзор литературы). *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;(4):364—387. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-364-387.
4. Пузин С. Н., Гречко А. В., Меметов С. С., Кобзев Ю. В., Петрова В. Н. Некоторые медико-социальные проблемы лиц пожилого и старческого возраста на примере Ростовской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(4):909—912. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-909-912.
5. Шустеров Ю. А., Бижанова А. С. Инвалидность вследствие заболеваний органа зрения. *Медицина и экология*. 2007;44(3):10—13.
6. Апостолова А. С. Особенности первичной инвалидности вследствие болезней органа зрения в Краснодарском крае в динамике за 6 лет. *Офтальмологические ведомости*. 2013;6(2):16—19.
7. Шевченко С. Б., Пузин С. Н., Шургая М. А., Осадчук М. А. Социально значимые заболевания в нозологической структуре инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации. *Сеченовский вестник*. 2016;25(3):4—11.
8. Коновалова О. С., Брынза Н. С., Олькова Н. В., Вопиловская М. Г., Коновалова Н. А., Пономарева М. Н. Динамика показателей инвалидности по офтальмопатологии в регионе. *Вестник российских университетов. Математика*. 2016;21(4):1575—1582.
9. Красюк Е. Ю., Семенов А. Н., Носкова О. Г., Канаев А. А. Распространенность и инвалидность вследствие глаукомы в Тамбовской области. *Вестник российских университетов*. 2017;22(6—2):1513—1521.
10. Разумовская А. М., Разумовский М. И. Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации больных пожилого возраста, страдающих первичной глаукомой. *Медицинский альманах*. 2015;36(1):90—93.
11. Макогон С. И., Макогон А. С., Чечулина С. В. Анализ первичной инвалидности вследствие глаукомы у лиц старше трудоспособного возраста в Алтайском крае. *Клиническая геронтология*. 2015;21(11—12):19—23.
12. Титов А. А., Яблоков М. М., Аксёнов В. В. Герiatricкий подход в лечении коморбидной офтальмопатологии в пожилом возрасте. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;(1):283—293. DOI: 10.24411/2312-2935-2021-00020.

REFERENCES

1. Preminina Ja.K. The modern demographic crisis in the Arkhangelsk region. *Arctic Environmental Research: Earth Sciences. [Arctic environmental research: nauki o Zemle]*. 2010;(4):20—27 (in Russian).
2. Shurgaja M. A. Age features of primary disability of the adult population in federal districts and subjects of the Russian Federation.

- Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry. [Vestnik vserossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii]. 2016;(4):23—30 (in Russian).*
3. Bikbov M. M., Gil'manshin T.R., Jakupova Je.M., Israfilova G. Z., Zanjullin R. M. Fundamentals of epidemiology. Epidemiology in ophthalmology (literature review). *Scientific and Practical Peer-Reviewed Journal «Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics». [Sovremennye problemy zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki]. 2021;(4):364—387 (in Russian). DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-364-387.*
 4. Puzin S. N., Grechko A. V., Memetov S. S., Kobzev Ju. V., Petrova V. N. Some medical and social problems of elderly and senile people on the example of the Rostov region. *Problems of Social Hygiene, Health Care and The History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny]. 2021;29(4):909—912 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-909-912.*
 5. Shusterov Ju. A., Bizhanova A. S. Disability due to diseases of the visual organ [Internet]. Cyberleninka: J Medicine and Ecology. [Kiberleninka: Medicina i jekologija]. 2007;44(3):10—13 (in Russian).
 6. Apostolova A. S. Features of primary disability due to diseases of the visual organ in the Krasnodar Territory in dynamics over 6 years. *Ophthalmological Statements. [Oftal'mologicheskie vedomosti]. 2013;6(2):16—19 (in Russian).*
 7. Shevchenko S. B., Puzin S. N., Shurgaja M. A., Osadchuk M. A. Socially significant diseases in the nosological structure of disability of elderly citizens in the Russian Federation. *Sechenovsky Bulletin. [Sechenovskij vestnik]. 2016;25(3):4—11 (in Russian).*
 8. Konovalova O. S., Brynza N. S., Ol'kova N. V., Vopilovskaja M. G., Konovalova N. A., Ponomareva M. N. Dynamics of indicators of disability in ophthalmopathology in the region. *Bulletin of Russian Universities. Mathematics. [Vestnik Rossijskikh universitetov. Matematika]. 2016;21(4):1575—1582 (in Russian).*
 9. Krasjuk E. Ju., Semenov A. N., Noskova O. G., Kanaev A. A. Prevalence and disability due to glaucoma in the Tambov region. *Bulletin of Russian Universities. [Vestnik Rossijskikh universitetov]. 2017;22(6—2):1513—1521 (in Russian).*
 10. Razumovskaja A. M., Razumovskij M. I. Features of medical and social expertise and rehabilitation of elderly patients suffering from primary glaucoma. *Medical Almanac. [Medicinskij al'manah]. 2015;36(1):90—93 (in Russian).*
 11. Makogon S. I., Makogon A. S., Chechulina S. V. Analysis of primary disability due to glaucoma in people older than working age in the Altai Territory. *Clinical Gerontology. [Klinicheskaja gerontologija]. 2015;21(11—12):19—23 (in Russian).*
 12. Titov A. A., Yablokov M. M., Aksenov V. V. Geriatric approach in the treatment of comorbid ophthalmopathology in old age. *Modern Problems of Health Care and Medical Statistics. [Sovremennye problemy zdravooxraneniya i meditsinskoj statistiki]. 2021;(1):283—293 (in Russian). DOI: 10.24411/2312-2935-2021-00020.*

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

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

Статья поступила в редакцию 26.06.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 26.06.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.007

История нормативного регулирования организации онкологической службы в Российской Федерации

Юлия Анатольевна Ледовских¹, Светлана Николаевна Тишкина²

^{1,2}Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества
медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская
Федерация

¹jledovskih@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-7567-6027>

²tishkina-sv@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9487-5611>

Аннотация. В рамках исследования проведен анализ нормативных правовых актов, регулировавших организацию оказания онкологической помощи начиная с 1945 года, определены основные этапы нормативного регулирования организации онкологической службы. Можно отметить, что 70-80-е годы прошлого века стали периодом структурного развития онкологической службы и приказы советского периода сформировали онкологическую службу и определили ее структуру. Произошедшие в постсоветский период политические и социальные изменения, а также изменения системы финансирования медицинской помощи, значительного влияния на структуру организации деятельности онкологической службы не оказали. При этом онкологическая служба развивается и адаптируется к условиям изменяющейся внешней среды.

Ключевые слова: онкологическая служба, онкологическая помощь, онкология, история медицины, нормативные правовые акты.

Для цитирования: Ледовских Ю. А., Тишкина С. Н. История нормативного регулирования организации онкологической службы в Российской Федерации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 44–49. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.007.

Original article

History of normative regulation of the organization of cancer services in the Russian Federation

Yulia A. Ledovskikh¹, Svetlana N. Tishkina²

^{1,2}Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation.

¹jledovskih@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-7567-6027>

²tishkina-sv@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9487-5611>

Annotation. During the research there was performed an analysis of the regulatory legal acts that have regulated the organization of cancer care since 1945, the main stages of regulatory regulation of the organization of cancer services have been defined. It can be noted that the 70-80s of the last century became a period of structural development of the cancer service and the orders of the Soviet period formed the cancer service and determined its structure. The political and social changes that took place in the post-Soviet period, so changes in the system of financing medical care, did not have a significant impact on the structure of the organization of the cancer service. Under these conditions, the cancer service develops and adapts to the conditions of a changing external environment.

Key words: cancer service, cancer care, oncology, history of medicine, regulatory legal acts.

For citation: Ledovskikh Yu.A., Tishkina S. N. History of normative regulation of the organization of cancer services in the Russian Federation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):44–49. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.007.

Введение

Функционирование государственной системы здравоохранения обуславливает необходимость выстраивания единой системы организации оказания медицинской помощи на всей территории страны, что обеспечивается изданием необходимых нормативных документов, устанавливающих общие правила и требования.

Изучение истории нормативного регулирования организации оказания медицинской помощи по отдельным профилям интересно для понимания ос-

новных этапов и направлений организации медицинской помощи: в какой исторический момент и каким образом регулировались вопросы создания сети медицинских организаций и формирования их организационной структуры, как изменялись нормативные требования к оснащению оборудованием и кадрами, в какой момент в центре внимания появились вопросы доступности медицинской помощи.

Целью данной работы явился анализ исторического аспекта нормативного регулирования вопросов организации онкологической службы в Россий-

ской Федерации и оказания онкологической помощи взрослому населению.

Материалы и методы

В целях выполнения исследования в базе нормативно-справочной информации «Консультант плюс» были отобраны размещенные в свободном доступе нормативные правовые акты (НПА), которыми регулировались ранее и регулируются в настоящее время вопросы организации онкологической службы и онкологической помощи взрослому населению.

В рамках исследования были проанализированы НПА Союза Советских Социалистических Республик (СССР) — 7 НПА, Российской Советской Федеративной Социалистической Республики (РСФСР) — 1 НПА; Российской Федерации — 4 НПА (табл.1).

- Анализ НПА был направлен на определение:
- основных этапов нормативного регулирования организации онкологической службы;
 - особенностей нормативного регулирования функционирования онкологической службы, направленных на решение отдельных задач системы здравоохранения;
 - нормативно закреплённой структуры онкологической службы.

Результаты

В результате проведенного анализа НПА можно выделить пять этапов нормативного регулирования онкологической службы, обусловленных вступлением в силу ряда НПА:

I этап — с 1945 года по 1976 год, Постановление Совета Народных Комиссаров СССР от 30.04.1945 № 935 «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению» (Постановление № 935),

II этап — с 1976 года по 1986 год, приказ Минздрава СССР от 29.04.1976 № 425 «О мерах по дальнейшему улучшению и развитию онкологической помощи населению» (приказ № 425),

III этап — с 1986 года по 1997 год, приказ Минздрава СССР от 25.04.1986 № 590 «О мерах по дальнейшему улучшению профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований» (приказ № 590),

IV этап — с 1997 года по 2009 год приказ Минздрава России от 12.09.1997 № 270 «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации» (приказ № 270),

V этап — с 2009 года по настоящее время, приказ Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 № 944н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным» (приказ № 944н), с 2013 года по 2021 год приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»» (приказ № 915н), с 2022 года приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» (приказ № 116н).

Первым нормативным документом, который обозначил широкий ряд задач, направленных на создание онкологической службы, стало Постановление № 935.

В распорядительной части документа содержался значительный перечень поручений уполномоченным ведомствам по организации онкологической помощи, включая следующие направления:

- развертывание онкологической сети на всей территории страны;
- обеспечение оборудованием, инструментарием, медицинскими радиоактивными препаратами;

Таблица 1

Перечень нормативных правовых актов, включенных в анализ

№ п/п	Вид НПА и утвердивший орган	Наименование НПА	Дата и номер
Приказы, регламентирующие организацию онкологической помощи в целом			
1	Постановления Совета Народных Комиссаров СССР	О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению	30.04.1945 № 935
2	Приказ Минздрава СССР	О мерах по дальнейшему улучшению и развитию онкологической помощи населению	29.04.1976 № 425
3	Приказ Минздрава СССР	О мерах по дальнейшему улучшению профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований	25.04.1986 № 590
4	Приказ Минздрава РСФСР	О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию онкологической помощи населению РСФСР	20.11.1989 № 171
5	Приказ Минздрава России	О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации	12.09.1997 № 270
6	Приказ Минздравсоцразвития России	Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным	03.12.2009 № 944н
7	Приказ Минздрава России	Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»	15.11.2012 № 915н
8	Приказ Минздрава России	Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях	19.02.2021 № 116н
Приказы, направленные на решение отдельных задач			
1	Приказ Минздрава СССР	О проведении профилактических массовых флюорографических обследований женщин в целях раннего выявления рака молочной железы	03.12.1975 № 1082
2	Приказ Минздрава СССР	О мерах по улучшению цитологической диагностики злокачественных новообразований	30.12.1976 № 1253
3	Приказ Минздрава СССР	Об организации эндоскопических отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях	10.12.1976 № 1164
4	Приказ Минздрава СССР	О недостатках и мерах по улучшению эксплуатации гамма камер	02.01.1979 № 1

- подготовка врачей-онкологов;
- учет заболеваемости и изучение смертности от рака и других злокачественных новообразований (ЗНО);
- методическое и организационное обеспечение деятельности онкологических диспансеров.

Документ содержал приложения с планами организации в 1945—1946 гг. сети онкологических диспансеров различных уровней (республиканского, краевого, областного, городского) и общежитий (пансионатов) при них для больных, приезжающих на консультации, с развертыванием на каждом уровне установленного числа коек; ведомостями материалов и списками аппаратуры, подлежащих поставке, в том числе по импорту.

На следующем этапе изданием приказа № 425 решались организационные вопросы дальнейшего развития сети специализированных онкологических учреждений, в том числе:

- укрупнение существующих диспансеров с организацией в них радиологических отделений;
- организация в крупных онкологических диспансерах (более 200 — 250 коек) узкопрофильных отделений с функцией межобластных и специализированных кабинетов в поликлинических отделениях;
- введение должности внештатных главных онкологов в республиках, краях, областях и крупных городах.

Документ также содержал поручения о совершенствовании профилактических осмотров, направленных на раннее выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний.

В целях установление единых подходов и требований к организации деятельности приказом № 425 было утверждено четыре положения о структурных единицах онкологической службы:

- онкологическом диспансере (республиканском, краевом, областном, городском);
- организационно-методическом кабинете онкологического диспансера;
- онкологическом кабинете (отделении) поликлиники и районном онкологе;
- смотровом кабинете поликлиники.

В положениях содержались пункты, касающиеся общих организационных вопросов, задач и функции, требований к штатным единицам.

Так, в соответствии с положением онкологические диспансеры создавались на республиканском, краевой, областном и городском уровнях для оказания стационарной и поликлинической онкологической помощи населению. В структуре онкологического диспансера в первую очередь предписывалось развертывать хирургические, гинекологические, радиологические, рентгенологические и поликлинические отделения. Кроме того, предусматривалась возможность создания узкопрофильных отделений опухолей головы и шеи, урологического. Структура онкологического диспансера определялась численностью обслуживаемого населения, уровнем и структурой заболеваемости, коечной мощностью.

Приказом № 425 было положено начало нормативного регулирования деятельности структурных единиц онкологической службы.

Кроме того, в 70—80 годы прошлого столетия были изданы приказы Минздрава СССР, направленные на решение отдельных, стоящих перед онкологической службой задач: проведение профилактических массовых флюорографических обследований женщин (приказ № 1082), цитологическая диагностика ЗНО (приказ № 1253), проведение эндоскопических исследований (приказ № 1164), эксплуатация гамма-камер (приказ № 1).

В числе указанных документов только приказ Минздрава СССР от 02.01.1979 № 1 «О недостатках и мерах по улучшению эксплуатации гамма-камер» (приказ № 1) не содержал приложений, а состоял из констатирующей части с оценкой ситуации с использованием гамма-камер и перечнем поручений по их эксплуатации и обслуживанию. Остальные документы содержали приложения с инструкциями, положениями или штатными нормативами.

Так, приказом № 1082 утверждалась инструкция по проведению исследования с описанием показаний, аппаратуры, методики выполнения исследования, требований к оформляемым документам, маршрутизации в случае выявления патологических изменений. Приказом № 1253 были утверждены положение о централизованной лаборатории для цитологических исследований и инструкция о порядке получения, обработки и направления материала в централизованную лабораторию для цитологических исследований. Приказ № 1164 установил положение об эндоскопическом отделении (кабинете) и штатные нормативы медицинского персонала такого отделения.

В целом можно говорить, что на указанный период пришелся достаточно интенсивный период нормативного регулирования различных направлений организации онкологической помощи, в том числе регламентировалось создание следующих структурных единиц:

- смотровой кабинет поликлиники;
- онкологический кабинет (диспансерное отделение) поликлиники;
- централизованная цитологическая лаборатория;
- онкологический диспансер, в структуре которого предусматривалось открытие хирургического, гинекологического, радиологического, рентгенологического, поликлинического отделения, эндоскопического отделения (кабинета), а также, при необходимости, узкопрофильных отделений опухолей головы и шеи, урологического);
- эндоскопическое отделение (кабинет).

Вместе с тем, деятельность указанных подразделений регулировалась разными нормативными документами, не имеющими единообразной структуры и содержания.

В 1986 году приказ № 590 отменил действие утвержденных ранее приказов № 1253, № 1164, № 425 и впервые систематизировал в одном норма-

Таблица 3

Перечень структурных подразделений онкологической службы, регламентированный приказами Минздрава СССР, утвержденными за период с 1976 по 1986 год

Структурное подразделение	Дата утверждения положения и реквизиты приказа			
	30.12.1976 № 1253	10.12.1976 № 1164	29.04.1976 № 425	25.04.1986 № 590
Централизованная цитологическая лаборатория	√			√
Эндоскопическое отделение (кабинет)		√		√
Онкологический диспансер			√	√
Организационно-методический кабинет онкологического диспансера			√	√
Онкологический кабинет (диспансерное отделение) поликлиники			√	√
Смотровой кабинет поликлиники			√	√
Онкохимиотерапевтическое отделение онкологического диспансера (многопрофильной больницы)				√
Кабинет для амбулаторной химиотерапии онкологического диспансера				√

тивным документе принятые ранее и новые положения о структурных единицах онкологической службы (табл. 3).

В числе новых были утверждены положения об онкохимиотерапевтическом отделении онкологического диспансера (многопрофильной больницы), кабинете для амбулаторной химиотерапии онкологического диспансера.

Единственным, изданным в РСФСР нормативным документом, регулирующим вопросы онкологической помощи населению, стал приказ Минздрава РСФСР 1989 года № 171. Документ содержал перечень поручений, направленных на дальнейшее совершенствование онкологической службы, в том числе повышение уровня и качества медицинской помощи. Приказом № 171 было утверждено положение о межтерриториальном специализированном онкологическом отделении, к задачам которого было отнесено в том числе дообследование, хирургическое, лучевое, лекарственное комбинированное и комплексное лечение больных с использованием новейших научных достижений и перечень онкологических диспансеров, на базе которых должно было быть организовано лечение рака легкого, пищевода, онкоурологии, опухолей головы и шеи.

Приказы № 590 и № 171 стали последними нормативными документами советского периода, регламентирующими вопросы оказания онкологической помощи на территории СССР и РСФСР, их действие было отменено в 1997 году приказом Минздрава России № 270, которым были утверждены положения о структурных единицах онкологической службы для оказания медицинской помощи взрослому населению (смотровой кабинет и онкологический кабинет (отделение) амбулаторно-поликлинического учреждения, онкологический диспан-

сер), созданных в соответствии с принятыми ранее документами, а также в целях внедрения эффективных форм организации медицинской помощи были утверждены положения о новых структурных единицах — отделении амбулаторного лекарственного (химио-, гормоно-, и иммунотерапии) и восстановительного лечения и отделении (центре) паллиативной помощи онкологическим больным.

Впервые в нормативном документе в перечень задач онкологического диспансера было включено ведение с использованием специального программного средства территориального ракового регистра.

Следующий этап нормативного регулирования организации оказания онкологической помощи был обусловлен изданием законов в сфере охраны здоровья граждан: в 1993 году — Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Основы об охране здоровья), в 2011 году — Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Федеральный закон № 323-ФЗ), которые нормативные порядки оказания медицинской помощи.

За период с 2009 по 2021 год было утверждено с последующим пересмотром три порядка оказания медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях (приказы Минздрава России № 944н, № 915н, № 116н), отражающих изменения в организации оказания медицинской помощи.

Порядки оказания медицинской помощи (Порядки):

- разделили организацию оказания медицинской помощи взрослому населению и детям;
- регулировали оказание медицинской помощи в зависимости от ее вида, формы и условий оказания, определяли маршрутизацию пациентов с уровня первичного звена на этап специализированной помощи;
- содержали положения об организации деятельности структурных подразделений онкологической службы, стандартах их оснащения и рекомендуемых штатных нормативах.

Порядок образца 2009 года (приказ № 944н) содержал положения о структурных подразделениях, стандарты их оснащения и штатные нормативы. Но маршрутизация в документе была описана в общем. Порядок образца 2012 года, принятый во исполнение требований Федерального закона № 323-ФЗ, (приказ № 915н) детализировал правила маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание или с подтвержденным диагнозом, а с 2017 года обозначил предельные сроки проведения консультаций, обследований, начала лечения пациента при онкологических заболеваниях. Действующий Порядок (приказ № 116н) с 2022 года детализировал правила маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь при онкологических заболеваниях, сроки проведения обследования, а также регламентировал взаимодействия медицинских организаций, при оказании медицинской помощи как на региональном, так и федеральном уровнях.

В целом как в Порядке образца 2009 года, так и в Порядке образца 2012 года и действующем Порядке основной структурной единицей онкологической службы на уровне субъекта РФ обозначен онкологический диспансер. Для онкологического диспансера порядками оказания медицинской помощи определялись ранее и определяются в настоящее время наиболее широкие функции, связанные как с оказанием специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи, так и с проведением методическо-организационной работы в субъекте РФ, направленной на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи.

Вместе с тем в 2019 году в Порядок образца 2012 года были внесены изменения, направленные на предусмотренное федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями» реформирование онкологической службы путем создания новой структурной единицы для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара на базе существующих многопрофильных больниц — центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), и утверждены правила организации их деятельности. В действующем порядке положения, касающиеся ЦАОП, сохранены. При этом обозначено, что данные центры должны заменить собой первичные онкологические кабинеты (отделения).

В соответствии с утвержденными правилами организации деятельности ЦАОП к числу его основных функций относятся диагностика для подтверждения онкологического заболевания с установлением стадии заболевания и определения тактики лечения совместно с онкологическим диспансером в рамках онкологического консилиума, а также проведение противоопухолевой лекарственной терапии. Следует отметить, что ранее данные функции были определены только для онкологических диспансеров. Таким образом, принятие порядков оказания медицинской помощи и их пересмотр завершило нормативное определение моделей организации онкологической помощи взрослому населению в РФ в настоящее время.

Обсуждение

Проведенный анализ НПА, регламентирующих вопросы организации онкологической службы на всем протяжении ее развития от момента создания во времена Советского Союза до настоящего времени, позволил выделить и рассмотреть основные этапы нормативного регулирования организации онкологической службы.

В результате анализа были определены основные 5 этапов нормативного регулирования онкологической службы, обусловленные вступлением в силу ряда НПА.

Можно считать, что Постановлением № 935 были заложены нормативные основы для формирования в стране с середины 20 века онкологической службы путем создания онкологических диспансеров [1]. Несмотря на регламентацию большого чис-

ла вопросов организации онкологических диспансеров, нормативный документ скорее следует отнести к документам планирования сети, а не документам, регулирующим вопросы организации оказания онкологической медицинской помощи в современном понимании. Требования к оснащению онкологических диспансеров оборудованием, штатным нормативам в документе отсутствовали.

Вступление в 1976 году в силу приказа № 425 способствовало выстраиванию вертикальной системы организации медицинской помощи при онкологических заболеваниях от онкологического диспансера на областном уровне, краевом и республиканском, до уровня научных центров и положило основу формирования института главных внештатных специалистов [2].

По результатам проведенного анализа НПА, регулирующих деятельность онкологической службы с середины прошлого века до настоящего времени можно говорить о том, что 70-80-е годы прошлого века стали периодом структурного развития онкологической службы, что отражалось приказом № 590, который объединил нормативные требования к организации основных подразделений онкологической службы и их функциям.

В приказах советского периода были поставлены задачи, направленные на решение нескольких ключевых проблем организации онкологической помощи:

- развитие материально-технической базы, включающее строительство новых зданий онкодиспансеров, обеспечение современным оборудованием;
- повышение квалификации врачей-онкологов и решение проблем кадрового дефицита;
- внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения, в том числе применение химиотерапии и лучевой терапии.

Можно говорить, что приказы советского периода сформировали онкологическую службу и определили ее структуру. Произошедшие в постсоветский период политические и социальные изменения, а также изменения системы финансирования медицинской помощи, значительного влияния на структуру организации деятельности онкологической службы не оказали. При этом имеющийся кадровый дефицит, износ медицинского оборудования, сокращение коечного фонда требовали реализации государственной программы, направленной на совершенствование организации онкологической помощи [3].

Ограничением проведенного исследования явилось то, что ряд принятых в советский период документов содержит гриф «для служебного пользования» (ДСП) и отсутствует в свободном доступе. Например, приказ Минздрава СССР от 26.11.1982 № 1165-ДСП «О состоянии химиотерапии больных злокачественными новообразованиями и мерах по ее дальнейшему развитию и совершенствованию», приказ Минздрава РСФСР от 27.07.1984 № 565-ДСП «О дальнейшем совершенствовании мероприятий

по борьбе со злокачественными новообразованиями населения РСФСР». Также не удалось найти в свободном доступе приказ Минздрава СССР от 25.01.1956 № 19-М «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению и усилению научных исследований в области онкологии», положение об отмене которого содержится в приказе № 425, и решение коллегии Минздрава СССР от 08.02.1989 протокол № 3—1 «О состоянии и перспективах развития онкологической помощи населению», ссылка на которое содержится в приказах № 171 и № 270.

Вступление в силу порядков оказания медицинской помощи (приказы № 944н, № 915н и № 116н) обозначило новый этап в нормативном правовом регулировании организации онкологической службы и оказания медицинской помощи. В тоже время, как и в приказах советского периода онкологический диспансер обозначен в современном порядке оказания медицинской помощи в качестве основной структурной единицы онкологической службы на уровне субъекта РФ, т. е. основной медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь при онкологических заболеваниях. И в большинстве субъектов РФ в настоящее время именно онкологический диспансер является основным звеном в структуре онкологической службы [4].

Появление с 2019 года в порядках оказания медицинской помощи новой структурной единицы — ЦАОП, позволяет говорить о некоторой степени децентрализации в организации онкологической службы, в части приближения специализированной онкологической помощи, а именно противоопухолевой лекарственной терапии, к месту жительства пациента¹. В тоже время в вопросах, связанных с постановкой диагноза и выбора тактики лечения сохраняется централизация на уровне онкологического диспансера в рамках проведения онкологического консилиума.

Следует отметить, что выстроенная в течение многих лет в РФ онкологическая служба показала, что способна эффективно функционировать в условиях изменяющейся внешней среды, обусловленных как экономическими изменениями, связанными с системой финансирования медицинской помощи,

так и внедрением новых методов медицинских технологий, используемых для диагностики и лечения онкологических заболеваний. В тоже время можно отметить готовность и способность онкологической службы к структурным изменениям, как это произошло в рамках реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в части появления в структуре онкологической службы ЦАОП.

Заключение. Результаты изучения нормативных документов, регламентирующих организацию оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях, показывают, что с самого начала онкологическая служба развивалась как самостоятельная отрасль здравоохранения, главной структурной единицей которой являются онкологические диспансеры. В тоже время онкологическая служба развивается и адаптируется к условиям изменяющейся внешней среды.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ганцев Ш. Х., Беляев А. М., Старинский В. В., Иванова Э. Р., Кзыргалин Ш. Р. Становление российской онкологической службы после Великой Отечественной войны. *Креативная хирургия и онкология*. 2020;10(2):162—170. doi: 10.24060/2076-3093-2020-10-2-162-170
2. Каприн А. Д., Старинский В. В., Александрова Л. М. К 70-летию онкологической службы Российской Федерации. *Онкология. Журнал им. П. А. Герцена*. 2015;4(2):5-11. doi: 10.17116/onkolog2015425-11
3. Чиссов В. И., Старинский В. В., Александрова Л. М., Лутковский А. С., Савинов В. А., Петрова Г. В., и др. О совершенствовании онкологической службы и улучшении онкологической помощи населению Российской Федерации. *Практическая медицина*. 2009;4(36):97—101.
4. Каприн А. Д., Старинский В. В. 75 лет онкологической службе России. М.; 2020. 452.

REFERENCES

1. Gantsev S. K., Belyaev A. M., Starinsky V. V., Ivanova E. R., Kzyrgalin S. R. Establishment of the Russian Oncology Service after the Great Patriotic War. *Creative surgery and oncology. [Kreativnaja hirurgija i onkologija]*. 2020;10(2):162—170 (in Russian). doi: 10.24060/2076-3093-2020-10-2-162-170.
2. Kaprin A. D., Starinskiĭ V. V., Aleksandrova L. M. On the occasion of the 70th anniversary of oncology service of the Russian Federation. *Herzen Journal of Oncology. [Onkologija. Zhurnal im. P. A. Gercena]*. 2015;4(2):5-11 (in Russian). doi: 10.17116/onkolog2015425-11.
3. Chissov V. I., Starinsky V. V., Aleksandrova L. M., Lutkovsky A. S., Savinov V. A., G. V. Petrova, et al. About perfection of oncological service and improvement of the oncological help to the population of the Russian Federation. *Practical medicine. [Prakticheskaja medicina]*. 2009;4(36):97—101 (in Russian).
4. Kaprina A. D., Starinsky V. V. 75 years of oncological service in Russia. M.; 2020. 452 (in Russian)

¹ Письмо Минздрава России от 17.08.2021 № 17-4/3549 О направлении «Методических рекомендаций по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации». Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_393975/ (дата обращения 05.05.2023)

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

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

Статья поступила в редакцию 22.05.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 22.05.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 378.048.2, 378.2, 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.008

Некоторые аспекты повышения эффективности научной аспирантуры

Сергей Анатольевич Лившиц¹, Сиран Мануковна Смбалян^{2✉},
Марине Оганесовна Даниелян³

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

¹slmd21@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4257-9658>

²smbSiran@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1961-9458>

³m.danielyan@nriph.ru, <https://orcid.org/0009-0000-7869-1305>

Аннотация. В статье рассматриваются основные аспекты подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре. Представлены основные требования к новой концепции аспирантуры, выявлены проблемы и предложены пути совершенствования подготовки аспирантов в современных условиях. В статье анализированы актуальные нормативно-правовые документы, регулирующие вопросы приема и подготовки кадров в аспирантуре, представлен опыт Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко, и сделан вывод, что повышение требований к организации приема в аспирантуру, к процедуре назначения научного руководителя и его взаимодействия с аспирантами являются основными аспектами повышения эффективности и результативности научной аспирантуры.

Ключевые слова: научная аспирантура, федеральные государственные требования, научная деятельность, образовательная деятельность, научный руководитель.

Для цитирования: Лившиц С. А., Смбалян С. М., Даниелян М. О. Некоторые аспекты повышения эффективности научной аспирантуры // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 50–53. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.008.

Original article

Some Aspects of Improving the Efficiency of Scientific Postgraduate Studies

Sergej A. Livshitz¹, Siran M. Smbatyan², Marine O. Danielyan³

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

¹slmd21@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4257-9658>

²smbSiran@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1961-9458>

³m.danielyan@nriph.ru, <https://orcid.org/0009-0000-7869-1305>

Annotation. The article discusses the main aspects of the training of scientific and scientific-pedagogical personnel in graduate school. There are presented the main requirements for the new concept of postgraduate studies, as well as the problems are identified and the ways to improve the training of postgraduate students in modern conditions are proposed. The article analyzes the current legal documents governing the admission and training of personnel in graduate school, presents the experience of the Leading Researcher Federal Scientific State Budgetary Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», and concluded that increasing the requirements for the organization of admission to graduate school, the procedure for appointing a supervisors and their interaction with graduate students are the main aspects of increasing the efficiency and effectiveness of scientific graduate school.

Key words: scientific postgraduate study, federal state requirements, scientific activity, educational activity, supervisor

For citation: Livshitz S. A., Smbatyan S. M., Danielyan M. O. Some Aspects of Improving the Efficiency of Scientific Postgraduate Studies. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):50–53. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.008.

Введение

Потребность оптимизации системы подготовки в аспирантуре назрела достаточно давно. Действующее правовое обеспечение обучения в аспирантуре направлено на адаптацию образовательных программ аспирантуры под потребности и целевые запросы каждого обучающегося, то есть ориентировано на выстраивание индивидуальных траекторий обучения. Происходящие изменения в правовом поле, в частности, вступление в силу приказа Мини-

стерства науки и высшего образования РФ № 951 от 20.10.2021 г.¹, придают подготовке в аспирантуре

¹Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 20 октября 2021 г. № 951 «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов (адъюнктов)» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403000330/> (дата обращения 29.04.2023)

новый формат. Утверждение программ подготовки в аспирантуре теперь происходит в соответствии с федеральным государственным требованиям, а не в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, как это было ранее. Анализ того, как именно происходящие изменения отразятся на эффективности научной аспирантуры, представлен в статье.

Материалы и методы

В статье использовались различные методы исследования, в том числе системный подход, метод анализа и сопоставлений, ретроспективный исторический анализ, а также метод экспертных оценок. В качестве материалов для статьи использованы данные отдела высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко».

Результаты

Новый формат подготовки в аспирантуре нацелен на интенсификацию научно-исследовательской деятельности обучающихся, что напрямую влечет за собой повышение доли аспирантов, защитивших кандидатскую диссертацию по результатам обучения в аспирантуре, от общего количества аспирантов, а также повышение качества кандидатских диссертаций. Задача подготовки в аспирантуре также трансформировалась и теперь заключается в способности применять полученные в ходе обучения знания. Другими словами, переформатирование аспирантуры выражается в ее переориентации в сторону научной деятельности. Следовательно, образовательная инфраструктура аспирантуры должна быть направлена на подготовку специалистов по индивидуальным траекториям обучения и их последующее внедрение в научное сообщество [1].

Как правило, научная работа аспиранта по тематике сопряжена с направлениями исследований научного руководителя. Результаты своей научно-исследовательской деятельности аспиранту необходимо опубликовать в виде научных статей. Кроме того, аспирант принимает участие в научно-практических конференциях, где получает возможность представления и обсуждения итогов своего исследования с учеными, работающими по релевантной тематике.

Программы аспирантуры, в частности, программы научной деятельности в аспирантуре, разрабатываются научно-образовательными организациями, осуществляющими подготовку аспирантов по выбранным специальностям. Разработанный под руководством научного руководителя индивидуальный план подготовки аспиранта является залогом успешного освоения программы аспирантуры.

Развитие научного мышления как важнейшей основы научно-исследовательской деятельности — первоочередная цель научной работы [2]. Для достижения этой цели обучающемуся необходимо овладеть рядом навыков, среди которых — эффектив-

ная работа с научными источниками и электронными базами данных. Еще одним навыком в научно-исследовательской работе является критическая объективная оценка полученных результатов, обладающих научной новизной и практической применимостью, обеспечение достоверности этих результатов. Наконец, научное исследование должно быть оформлено в виде диссертационной работы в соответствии со всеми требованиями, предъявляемыми к данному виду научных работ.

Ключевую роль играет также публикация полученных результатов в научных журналах, рекомендованных ВАК. Хорошей рекомендацией для аспирантов станет придерживание определенной регулярности в публикациях в индексируемых научных журналах [3]. Так, некоторые аспиранты ограничиваются минимальным необходимым количеством публикаций (3—5 статей) для защиты кандидатской диссертации, но это не позволяет полноценно овладеть навыком написания научных статей, что является важным элементом самостоятельной научной работы.

Принимая во внимание актуальные изменения в требованиях, предъявляемых Министерством образования и высшей науки РФ в отношении повышения качества научных работ [4], не прогнозируется упразднения обязательной публикации научных результатов в журналах, индексируемых в базах данных Scopus и Web of Science. Эта практика уже реализуется в «Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья имени Н. А. Семашко».

Научно-исследовательская работа выполняется поэтапно и в сроки, соответствующие планам диссертационных исследований, представленным в индивидуальных планах каждого аспиранта. В завершении каждого учебного года аспирант представляет результаты проведенного этапа научно-исследовательской работы в виде отчета. Отчет утверждается и подписывается научным руководителем аспиранта. Последовательное выполнение этапов научно-исследовательской работы контролируется в ходе регулярных консультаций аспиранта со своим научным руководителем, а также выступлений на научных конференциях с целью обмена опытом и дискутирования по схожим предметам исследований.

Результаты научной работы аспиранта представляют собой оформленную в соответствии со всеми необходимыми требованиями и принятую к защите кандидатскую диссертацию. защите кандидатской диссертации предшествует полное и успешное выполнение учебного плана аспирантуры.

НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко имеет широкую экспертизу в аспекте подготовки аспирантов, научных и педагогических кадров. На сегодняшний день проходят обучение 33 аспиранта, прием 18 из которых был осуществлен в соответствии с обновленными федеральными требованиями по научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения.

Обсуждение

В течение последних 10—15 лет наблюдается устойчивая тенденция к снижению доли защит кандидатских диссертаций от общего числа обучающихся в аспирантуре, что остро ставит вопрос поиска целевой модели повышения качества подготовки в аспирантуре. Результаты предпринятого и проведенного в Институте анализа сложившейся ситуации показали, что основными причинами такой неблагоприятной тенденции являются низкое качество набора в аспирантуру, а также недостаточная эффективность научного руководства.

В целях интенсификации и повышения результативности обучения в аспирантуре в актуальных условиях остро стоит необходимость в комплексном совершенствовании приема в аспирантуру, подготовки к научно-исследовательской деятельности, вовлеченности научного руководителя в работу аспиранта, а также учебно-методического сопровождения в ходе обучения в аспирантуре.

В целях решения первой из обозначенных проблем — оптимизации процесса приема в аспирантуру — в НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко был сформирован пул молодых ученых из числа обучающихся в ординатуре, магистратуре, а также молодых и перспективных сотрудников Института.

На данный момент в Институте сформировался особый подход к вовлечению ординаторов и магистрантов к научно-исследовательской деятельности, основанный на ключевых направлениях фундаментальных и прикладных исследований Института, связанных с обеспечением общественного здоровья и здравоохранения в современных социально-экономических условиях высокой неопределенности, разработкой методологии мониторинга здоровья населения, научным нормированием в здравоохранении и пр.

По указанным направлениям исследований в Институте сформировался кластер программ организации и методического сопровождения научных исследований, активно внедряемый в других профильных научно-исследовательских институтах.

Профессорско-преподавательский состав и научные сотрудники Института эффективно привлекают обучающихся в ординатуре и магистратуре по клиническим и управленческим специальностям (в частности, по специальностям организация здравоохранения и общественного здоровья, менеджмент) к выполнению фундаментальных и прикладных научных исследований.

Сложившийся опыт работы с аспирантами позволяет нам сделать вывод о том, что без проведения предварительной работы с будущими абитуриентами-аспирантами в ходе их обучения на предыдущих ступенях образования (ординатура, магистратура) в виде вовлечения в научные кружки, кластеры, общества и пр. очень сложно погрузить аспиранта в научно-исследовательскую деятельность в очень сжатые сроки обучения в аспирантуре. Необходимо заранее дать абитуриентам четкое представ-

ление о роли и месте аспирантуры как третьего уровня высшего образования, о формате и значении кандидатской диссертации, о значимости ученой степени. Еще раз отметим, что нормативные сроки обучения в аспирантуре не позволяют в полной мере подготовить аспиранта к самостоятельной научно-исследовательской и педагогической деятельности, так как необходимо реализовать ряд обязательных требований (утверждение темы исследования, предзащиты и пр.), занимающих большую долю нагрузки в подготовке аспирантов.

Вовлечение ординаторов и магистрантов в научно-исследовательскую деятельность предполагает проведение целого ряда мероприятий, которые дают совокупный результативный эффект в виде повышения мотивированности и заинтересованности обучающихся в научной и педагогической деятельности. В качестве таких мероприятий можно назвать вовлечение в плановую научную деятельность подразделений Института, предоставление научных командировок, участие в научных конференциях. Все это позволяет обучающимся овладеть методологией научных исследований, навыками работы с научными источниками, способностью объективно и достоверно представлять результаты исследования.

Помимо образовательных целей такая заблаговременная подготовка будущих аспирантов позволяет обеспечить выполнение и вполне утилитарной цели — требования Положения о подготовке научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 30 ноября 2021 г. № 2122 о том, что тема научного исследования (и, соответственно, назначение научного руководителя) должна быть утверждена не позднее 30 дней после зачисления в аспирантуру.

Далее перейдем к рассмотрению и поиску путей решения второй из обозначенных проблем низкой результативности аспирантуры — неэффективность научного руководства. Требования к научному руководителю аспиранта четко регламентированы нормативными актами — наличие ученой степени доктора наук (в отдельных случаях — кандидата наук), наличие публикаций в рецензируемых научных изданиях в течение последних 3 лет по одному или нескольким направлениям исследований в рамках научной специальности обучающегося и др. Тем не менее, сложившийся опыт свидетельствует о том, что научные руководители не мотивированы осуществлять руководство исследованиями аспирантов, в том числе вследствие того, что на федеральном уровне не закреплены требования и ограничения по количеству аспирантов, находящихся под контролем одного научного руководителя (данный процесс регулируется локальными нормативными актами организации). Все это влечет за собой ряд негативных последствий — недостаточный контакт и уровень научного консультирования со стороны научного руководителя, недостаточное обсуждение промежуточных результатов диссертационного исследования, отсутствие помощи в подборе и поиске релевантных рецензентов для оппонирования диссертации и пр. Принимая во внимание тот факт, что

промежуточные результаты научной деятельности аспиранта оцениваются и контролируются исключительно научным руководителем, эффективное взаимодействие с ним приобретает особую важность.

В качестве одного из возможных путей решения указанной проблемы может стать введение дополнительного требования на этапе поступления в аспирантуру в виде получения официально оформленного согласия научного руководителя на осуществление руководства аспирантом. Подобное требование позволит более эффективно выстроить работу между научным руководителем и его подопечным вследствие исключения риска ситуации «кота в мешке». Особую актуальность данное требование имеет приобрести в случаях, когда абитуриент, окончив один вуз, поступает в аспирантуру в другой вуз.

Программа подготовки в аспирантуре выстроена в соответствии с принципами поэтапности и планирования научной деятельности, для чего разрабатывается и утверждается индивидуальный план работы аспиранта, а также график работы над диссертационной работой. В силу того, что оформленный текст кандидатской диссертации как результат самостоятельной, творческой и профессиональной научной деятельности является основанием для допуска к защите, аспиранты справедливо уделяют написанию и оформлению текста диссертационного исследования основную долю внимания, при этом забывая о не менее важном этапе — итоговой аттестации. Подготовка к итоговой аттестации включает в себя этапы подготовки доклада, презентации к защите, раздаточных материалов, а также подготовку к ответам на возможные вопросы со стороны членов диссертационного совета и всех присутствующих на защите.

Итоговая аттестация представляет собой оценку диссертационной работы на ее соответствие установленным в федеральном законе «О науке и государственной научно-технической политике» критериям, о чем институт дает соответствующее заключение. По итогам успешного прохождения итоговой аттестации аспиранту выдается заключение и свидетельство об окончании аспирантуры.

Заключение

Подводя итог, можно сказать, что качество обучения в аспирантуре — важный фактор конкуренто-

способности национального образования и основание для восполнения научно-преподавательских кадров для отрасли, в том числе медицинской. Происходящие изменения как во внутренней образовательной среде (вступление в силу новых федеральных государственных требований), так и во внешней среде, связанные с глобальными геополитическими и социально-экономическими вызовами, ставят вопрос переориентации современной аспирантуры в сторону новой целевой организационной модели. Практические итоги реализуемых изменений еще предстоит оценить, так как первый выпуск аспирантов, обучающихся в соответствии с новыми требованиями произойдет в 2025 г. В этих условиях особую ценность приобретает обмен опытом между вузами по совершенствованию реализации программ подготовки аспирантов, который может быть реализован посредством проведения узкоспециализированных научных конференций, семинаров и круглых столов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Самойленко Н. Б. Подготовка научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре: вызовы, перспективы. *Проблемы современного педагогического образования*. 2021;73(1):261—264.
2. Какорина Е. П., Смбалян С. М., Клевно В. А. Пути повышения качества подготовки специалистов в аспирантуре. *Судебная медицина*. 2022;8(1):67—72. DOI: 10.17816/fm686.
3. Малошенок Н. Г., Терентьев Е. А. На пути к новой модели аспирантуры: опыт совершенствования аспирантских программ в российских вузах. *Вопросы образования*. 2019;(3):8—42. DOI: 10.17323/1814-9545-2019-3-8-42.
4. Бодров А. В., Нарутто С. В., Фатхуллин Р. Р. Аспирантура: требования к программам подготовки научных и научно-педагогических кадров. *Законодательство*. 2022;(5):71—75.

REFERENCES:

1. Samoilenko N. B. Training of scientific and scientific-pedagogical staff in graduate school: challenges, prospects. *Problems of modern pedagogical education. [Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya]*. 2021;73(1):261—264. (In Russian).
2. Kakorina E. P., Smbatyan S. M., Klevno V. A. Ways to improve the quality of training of specialists in graduate school. *Forensic medicine. [Sudebnaya medicina]*. 2022;8(1):67—72. (In Russian). DOI: 10.17816/fm686.
3. Maloshonok N. G., Terentiev E. A. On the way to a new model of postgraduate studies: the experience of improving postgraduate programs in Russian universities. *Educational Issues. [Voprosy obrazovaniya]*. 2019;(3):8—42. (In Russian). DOI: 10.17323/1814-9545-2019-3-8-42.
4. Bodrov A. V., Narutto S. V., Fatkhullin R. R. Postgraduate studies: requirements for training programs for scientific and scientific-pedagogical personnel. *Legislation. [Zakonodatel'stvo]*. 2022;(5):71—75. (In Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 30.03.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 30.03.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.009

Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь пациентам с патологией брахиоцефальных артерий в целях профилактики инсульта в рамках программы «Здоровая Москва»

Андрей Викторович Старшинин¹, Алексей Сергеевич Безымянный²,
Василий Михайлович Гринин³, Эльмира Нурисламовна Мингазова^{4✉}

¹Департамент здравоохранения города Москвы, г. Москва, Российская Федерация;

²ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация;

³ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация;

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

⁴ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Российская Федерация;

⁴Медико-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.

¹starshinav@mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3565-2124>

²dkd@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3685-9111>

³grinin_v_m@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2280-8559>

⁴elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Аннотация. Мультидисциплинарный и межсекторальный подход во взаимодействии поликлиник и стационаров г. Москвы в рамках лечения атеросклероза БЦА в программе «Здоровая Москва» позволяет комплексно использовать функциональные и кадровые ресурсы задействованных медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы для реализации замкнутого цикла диагностики, лечения и дальнейшего ведения пациента с патологией БЦА. Созданные и реализованные в рамках профилактического обследования населения «Здоровая Москва» информационная база и комплексная платформа образовательных, социально-коммуникационных, медицинских и немедицинских ресурсов являются основой для разработки научно-практических подходов медико-социального планирования оздоровления населения, профилактики инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: атеросклероз, стеноз, брахиоцефальные артерии, инсульт, профилактика, Департамент здравоохранения г. Москвы, «Здоровая Москва».

Для цитирования: Старшинин А. В., Безымянный А. С., Гринин В. М., Мингазова Э. Н. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь пациентам с патологией брахиоцефальных артерий в целях профилактики инсульта в рамках программы «Здоровая Москва» // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 54—60. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.009.

Original article

Outpatient and inpatient care for patients with pathology of the brachiocephalic arteries in order to prevent stroke as part of the Healthy Moscow program

Andrey V. Starshinin¹, Alexey S. Bezmyanny², Vasily M. Grinin³, Elmira N. Mingazova^{4✉}

¹The Moscow Department of Health, Moscow, Russian Federation;

²Directorate for the coordination of the activities of medical organizations of the Moscow Department of Health, Moscow, Russian Federation;

³I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation;

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

⁴Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation;

⁴Biomedical 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.

¹starshininav@mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3565-2124>

²dkd@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3685-9111>

³grinin_v_m@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2280-8559>

⁴elmira_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

Annotation. A multidisciplinary and intersectoral approach in the interaction of polyclinics and hospitals in Moscow as part of the treatment of atherosclerosis of the BCA in the Healthy Moscow program allows the comprehensive use of the functional and human resources of the involved medical organizations of the Moscow public health system to implement a closed cycle of diagnosis, treatment and further management of a patient with BCA pathology. Created and implemented as part of the Healthy Moscow preventive survey of the population, the information base and the integrated platform of educational, social and communication, medical and non-medical resources are the basis for the development of scientific and practical approaches to medical and social planning for the improvement of the population, prevention of stroke and cardiovascular diseases.

Key words: *atherosclerosis, stenosis, brachiocephalic arteries, stroke, prevention, Moscow Department of Health, «Healthy Moscow».*

For citation: Starshinin A. V., Bezmyanny A. S., Grinin V. M., Mingazova E. N. Outpatient and inpatient care for patients with pathology of the brachiocephalic arteries in order to prevent stroke as part of the Healthy Moscow program. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):54–60. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.009.

Введение

В настоящее время благодаря техническому и социально-экономическому развитию увеличивается продолжительность жизни человека. Одно из основных направлений повышения ожидаемой продолжительности жизни населения — профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы. Инсульт считается второй по частоте причиной инвалидности среди современного населения мира. За последние 40 лет распространенность случаев инсульта удваивалась с течением каждого десятилетия [1–3].

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и транзиторная ишемическая атака являются одними из ведущих причин заболеваемости, инвалидности и смертности в Российской Федерации и мире. Ишемические инсульты составляют 70–80% всех ОНМК, при этом 20–30% из них связаны со стенозирующим атеросклерозом брахиоцефальных артерий (БЦА). Распространенность первичной инвалидности при инсульте в 2018 г. составила более 3 тыс. чел на 10 тыс. чел., из них примерно 30% нуждаются в постоянном уходе, около 20% имеют ограничения мобильности. Смертность от инсульта в трудоспособном возрасте увеличивается. В 2022 г. смертность от инсульта среди трудоспособного населения составила около 36 % в сравнении с 26,7% в 2021 г. При этом отмечается рост смертности мужчин трудоспособного возраста от геморрагического инсульта (ГИ) [4].

Цель исследования: настоящее исследование проведено в целях анализа организационного взаимодействия поликлинических и стационарных ор-

ганизаций г. Москвы в рамках лечения атеросклероза брахиоцефальных артерий как инструмент профилактики инсульта и данных зарубежных исследований на аналогичную тему.

Материалы и методы исследования

Были использованы нормативные материалы Департамента здравоохранения г. Москвы, научные данные современных статей изучаемой тематике, применены библиографический и аналитический методы:

В настоящее время значительная часть ресурсов системы здравоохранения тратится на лечение последствий ишемических нарушений мозгового кровообращения и последующую реабилитацию пациентов. В связи с этим возможность ранней диагностики наличия патологий БЦА с целью профилактики ишемических инсультов является наиболее актуальной для системы здравоохранения.

Согласно Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 22.04. 2022 г. № 399 «О проведении профилактических обследований взрослого населения в парковых зонах, скверах, зонах отдыха города Москвы в 2022 г.» и Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 16.05.2023 № 527 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 2 мая 2023 г. № 472», продолжается диспансеризация в парковых зонах для всех желающих москвичей в возрасте от 18 лет.

Программа обследований в рамках проекта «Здоровая Москва» направлена на выявление наиболее распространенных заболеваний, включая патологии

БЦА. В 2022 г. в целях профилактики ишемических нарушений мозгового кровообращения, улучшения качества жизни пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями прецеребральных сосудов, а также снижения смертности населения в г. Москве г. был реализован пилотный проект по организации хирургического лечения пациентов с установленной патологией прецеребральных артерий в ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ».

Пилотный проект был запущен на базе двух городских поликлиник Департамента здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «Городская поликлиника № 5 ДЗМ», ГБУЗ «Городская поликлиника № 64 ДЗМ»), а также двух павильонов «Здоровая Москва» (Парк «Фестивальный», ПКМО «Сокольники»). Издан Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.09.2022 № 859 «Об организации хирургического лечения пациентов с патологией прецеребральных артерий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

В рамках исполнения приказа в качестве предварительной организационной работы ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ» и ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ» проводились обучающие курсы по маршрутизации пациентов для медицинских работников, участвующих в пилотном проекте. ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» организовывал образовательные курсы для врачей ультразвуковой диагностики по определению степени стеноза экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий. В ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ» также были проведены организационные мероприятия с медицинским персоналом для первоочередного приема данных пациентов.

В 2023 г. в павильонах «Здоровая Москва» проводятся профилактические обследования при участии специалистов мобильных бригад из 45 государственных бюджетных учреждений здравоохранения (ГБУЗ) Департамента здравоохранения г. Москвы. В рамках проекта «Здоровая Москва» в павильонах врачами городских поликлиник проводится более 10 исследований (базовый и профильные чек-апы.), включая общий анализ крови; экспресс-анализ крови на сахар и холестерин; электрокардиография и измерение артериального давления; определение индекса массы тела и риска развития различных заболеваний, включая инсульт.

При выявлении отклонений пациентов направляют на дополнительные обследования. По назначению врача УЗИ брахиоцефальных артерий делается в павильоне.

Стеноз брахиоцефальной артерии встречается в 0,5—2% случаев цереброваскулярной недостаточности по экстракраниальным причинам. Результатом этого является нарушение кровотока в правой верхней конечности и цереброваскулярного кровоснабжения. Стеноз брахиоцефальной артерии часто протекает бессимптомно. Окклюзии и тяжелые стенозы БЦА проявляются широким разнообразием клинических проявлений, с полушарными, верте-

бробазилярными симптомами ишемии правой верхней конечности. Симптомами также являются зрительные изменения, транзиторные ишемические атаки (ТИА), синкопальные эпизоды или, возможно, даже цереброваскулярные нарушения (ЦВС). Кроме того, из-за локализации стенозирующей окклюзионной болезни в брахиоцефальной артерии может возникнуть подключичный синдром обкрадывания [5—9].

Исследования показывают, что пациенты часто переносят мини-инсульты или транзиторные ишемические атаки (ТИА), до того, как у них будет настоящая атака инсульта. Благодаря прогрессу, достигнутому в технологиях здравоохранения и медицинской диагностике, появились возможности для более эффективного прогнозирования инсульта с помощью ультразвукового исследования [1,10—15].

Данные дуплексного УЗИ и компьютерно-томографической ангиографии, проводимые в рамках проекта «Здоровая Москва», позволяют выявить пациентов с клиническими проявлениями атеросклероза БЦА. С пациентами, у которых наблюдаются отклонения, работают врачи городского телемедицинского центра, которые записывают их на дальнейшие обследования, а также находятся на связи до постановки диагноза и начала лечения.

При наличии показаний пациент направляется на консультацию к врачу сердечно-сосудистому хирургу или к врачу-нейрохирургу в медицинскую организацию государственной системы здравоохранения Москвы, на базе которых функционируют Межкрупные центры. Определены стационары, на базе которых функционируют Межкрупные центры хирургического лечения патологии прецеребральных артерий, а также схема территориального закрепления медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению города Москвы.

В случае выявления у пациентов стеноза брахиоцефальных артерий более 70 % пациенты проходят обследование в ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ». В 2022 г. медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь взрослому населению г. Москвы, выдано более 700 направлений пациентам, с подозрением на стеноз БЦА.

В целях выбора оптимальной тактики лечения профильными специалистами ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского» назначаются следующие виды дополнительного обследования: УЗДГ брахиоцефальных артерий; МСКТ брахиоцефальных артерий; ангиография брахиоцефальных артерий; УЗИ сосудов нижних конечностей; УЗИ брюшной полости; суточное мониторирование по холтеру; ЭхоКГ; МРТ головного мозга.

При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях Москвы, показаний для проведения вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий хирургическое лечение проводится на месте. Пациентам с острыми ишемическими цере-

бральными событиями (транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом в бассейне внутренней сонной артерии), находящимся на стационарном лечении в медицинских организациях, при отсутствии в них соответствующих профильных отделений, организуется консультация врача сердечно-сосудистого хирурга и/или врача-нейрохирурга Межкрупного центра в соответствии с территориальным принципом.

При выявлении показаний к проведению хирургического лечения на БЦА пациент переводится в Межкрупный центр, согласно территориальному принципу. Перевод пациентов между медицинскими организациями осуществляется силами Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова» Департамента здравоохранения г. Москвы.

Окклюзионные поражения могут потребовать лечения посредством срединной стертотомии и шунтирования, а неокклюзионные поражения — лечения с помощью эндоваскулярных вмешательств. Дуплексное сканирование позволяет выявить реверсию кровотока в правой позвоночной артерии, уменьшение кровотока в подключичной артерии и несколько паттернов нарушения кровотока в правой сонной артерии, включая медленный кровоток, частичное реверсирование кровотока во время сердечного цикла и даже полное реверсирование кровотока во внутренней сонной артерии, что очень важно [16—19].

Хирургическое лечение стеноза БЦА показано, когда симптомы выражены или множественны, не отвечают на консервативное лечение (лечение сопутствующих заболеваний), когда при фибробронхоскопии выявляется компрессия трахеи более 70%. Малоинвазивная эндоваскулярная терапия является более простым, безопасным и эффективным методом лечения стеноза БЦА. Однако стентирование сосудов имеет ограничения. Например, в случаях с недостаточной защитой головного мозга частота послеоперационных инфарктов головного мозга выше. Кроме того, стоимость такого лечения выше. Хотя эндоваскулярная установка стента влечет за собой значительные преимущества и меньший риск травматического воздействия на пациента, ее следует рассматривать только при наличии опыта хирурга и соответствующих ресурсов в медицинской организации. При этом техническая сложность остается существенным ограничением этой процедуры. С усовершенствованием интервенционных устройств и методов частота сопутствующих осложнений значительно снизилась, и поэтому все большее число пациентов выбирают сосудистую интервенционную терапию [5—7, 20–22].

Инсульт является заболеванием, требующим постоянного медицинского наблюдения и мониторинга из-за высокой частоты его рецидивов и смертности. Рецидив инсульта после транзиторной ишемической атаки обычно бывает через 7—90 дней. В рамках профилактической работы по предотвращению инсульта предлагаются разные подходы. Так,

алгоритм сортировки данных атак с учетом времени от появления симптомов в качестве прогностической переменной и горячая линия по транзиторным ишемическим атакам могут снизить частоту рецидивов инсульта [23]. Создание когорты пациентов с транзиторной ишемической атакой с последующим дистанционным наблюдением, а также пассивным последующим наблюдением в течение более длительного периода на основе базы данных медицинских организаций на уровне районов Москвы является важным звеном в системе профилактики инсульта, реализуемым в проекте «Здоровая Москва».

В настоящее время растет признание роли сосудов в развитии возрастных когнитивных нарушений и деменции. Выявление риска и поддержание когнитивного здоровья всегда актуально для нашего стареющего населения. Новые данные показывают, что гипоперфузия при бессимптомном заболевании может привести к значительным когнитивным нарушениям у пожилого населения, и вполне вероятно, что большинство «возрастных» когнитивных изменений могут отражать сосудистые нарушения и нейроваскулярные дисфункции. В то время как за последние 30 лет достижения в области нервно-сосудистых заболеваний, в том числе хирургии и радиологии, подтолкнули к значительному сокращению числа ишемических инсультов, наука далека от каких-либо значимых вмешательств для предотвращения сосудистых когнитивных нарушений. Новые данные, связывающие стеноз сонных артерий с когнитивными нарушениями, побуждают медиков искать новые подходы к пожилым пациентам с сосудистыми факторами риска, у которых есть риск снижения когнитивных функций [24].

В этой связи организационно-методическое взаимодействие медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с нарушениями БЦА, в том числе выявленными в рамках программы «Здоровая Москва» представляется крайне важной. Необходим анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с патологией прецеребральных артерий в медицинских организациях Москвы и своевременное представление в Департамент здравоохранения города Москвы предложений по совершенствованию организации оказания помощи данной группе пациентов.

В настоящее время ни одно рандомизированное контролируемое исследование не отражает всего преимущества двойной антитромбоцитарной терапии по сравнению с монотерапией после стентирования супраортальных атеросклеротических поражений. Моделирование риска с включением изображений головного мозга и каротидных бляшек будет приобретать все большее значение при отборе пациентов для вмешательств [25, 26]. Известно, что при атеросклерозе БЦА изменение степени и объема стеноза, эхопрозрачности бляшки, поверхности бляшки, внутривенечного кровоизлияния, богатого липидами некротического ядра, тонкой фиброзной капсулы, воспаления, неоваскуляризации, ми-

кроэмболических сигналов, цереброваскулярного резерва, внутречерепных коллатералей, немых инфарктов головного мозга, диффузионно взвешенные визуализируемые поражения и поражения белого вещества являются важными предикторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта [27—33].

Существующие оптические методы обнаружения макромолекулярных индикаторов атерогенеза в стенке БЦА плохо проникают в глубину и, следовательно, требуют визуализации уплощенных артериальных сегментов анфас. Поглощение изображения в недеформированных изогнутых и разветвленных сосудах полезно для понимания развития заболевания. Методика, устраняющая необходимость в трудоемкой подготовке образцов, связанной со стандартной визуализацией анфас, позволяет более точно сопоставить гемодинамическое напряжение сдвига стенки с проницаемостью макромолекул в областях с высокой кривизной или разветвлениями, например, в коронарных артериях [13]. В этой связи в настоящее время набирает популярность такой неинвазивный метод, как электроэнцефалограмма (ЭЭГ), которая является экономически эффективным и недорогим инструментом. Механизмы прогнозирования инсультов на основе обработанных данных ЭЭГ позволяют измерять мозговые волны, чтобы предсказать признаки инсульта на ранних стадиях [1,2,10,34]. Алгоритмы прогнозирования и процедуры обработки данных ЭЭГ требуют много времени. Методология, согласно которой можно быстро применять модели глубокого обучения к необработанным данным ЭЭГ, позволяет не использовать частотные свойства ЭЭГ. Экспериментальные результаты демонстрируют осуществимость неинвазивных методов, которые могут легко измерять только мозговые волны для прогнозирования и мониторинга инсульта в режиме реального времени в повседневной жизни. Использование методов машинного обучения позволяет разработать модели диагностики и прогнозирования в реальном времени на основе гемодинамических данных. Эти модели способны диагностировать подтип инсульта при 30-минутном наблюдении, предсказывать исход в течение первых 3 часов наблюдения и предсказывать рецидив инсульта всего за 15 минут наблюдения. Также модели диагностики ишемического инсульта на основе транскриптомики с помощью машинного обучения и искусственной нейронной сети используются для скрининга и анализа дифференциально экспрессируемых генов (ДЭГ). Так, идентифицированные 69 ДЭГ, участвующие в иммунных и воспалительных реакциях, могут быть использованы для прогнозирования инсультов [2,3].

Совместный клинический и организационный опыт работы поликлиник и стационаров в рамках проекта «Здоровая Москва» предоставляет ценный материал для дальнейших изысканий в области методологии выявления патологии БЦА, повышения эффективности лечения сосудистых патологий, создания основы для научно-практических подходов

разработки и реализации комплекса медико-профилактических мероприятий.

Таким образом, внедрение в практику комплексных программ профилактики, диагностики, отслеживания результатов анализов и лечения пациентов, а также обучения медицинского и немедицинского персонала, уникальных подходов к маршрутизации пациентов программы «Здоровая Москва» позволяет снизить заболеваемость и смертность от инсульта.

Ожидается, что современные подходы прогнозирования риска инсультов, включая измерение мозговых волн по данным ЭЭГ, приведут к значительным улучшениям в раннем выявлении инсульта с меньшими затратами и неудобствами по сравнению с другими методами, что будет значимым фактором при распространении опыта проекта «Здоровая Москва» в другие регионы с менее развитой системой здравоохранения.

Мультидисциплинарный и межсекторальный подход во взаимодействии поликлиник и стационаров г. Москвы в рамках лечения атеросклероза БЦА в программе «Здоровая Москва» позволяет комплексно использовать функциональные и кадровые ресурсы задействованных медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы для реализации замкнутого цикла диагностики, лечения и дальнейшего ведения пациента с патологией БЦА.

Созданные и реализованные в рамках профилактического обследования населения «Здоровая Москва» информационная база и комплексная платформа образовательных, социально-коммуникационных, медицинских и немедицинских ресурсов являются основой для разработки научно-практических подходов медико-социального планирования оздоровления населения, профилактику инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Kaur M., Sakhare S. R., Wanjale K., Akter F. Early Stroke Prediction Methods for Prevention of Strokes. *Behav Neurol*. 2022;2022:7725597. doi: 10.1155/2022/7725597
2. Choi Y. A., Park S. J., Jun J. A., et al. Deep Learning-Based Stroke Disease Prediction System Using Real-Time Bio Signals. *Sensors (Basel)*. 2021;21(13):4269. doi: 10.3390/s21134269
3. Yang W. X., Wang F. F., Pan Y. Y., et al. Comparison of ischemic stroke diagnosis models based on machine learning. *Front Neurol*. 2022;13:1014346. doi: 10.3389/fneur.2022.1014346
4. Копылов Ф. Ю., Быкова А. А., Щекочихин Д. Ю. и др. Бессимптомный атеросклероз брахиоцефальных артерий — современные подходы к диагностике и лечению. *Терапевтический архив*. 2017;4:95—100. doi: 10.17116/terarkh201789495-100
5. Salih M., Abdel-Hafez O., Ibrahim R., et al. Effective Management of High-Grade Left Common Carotid and Brachiocephalic Arterial Stenosis With Endovascular Stenting. *Cureus*. 2021;13(2):e13474. doi: 10.7759/cureus.13474
6. Jasso-Ramírez, N.G., Elizondo-Omaña, R.E., Garza-Rico, I.A., et al. Anatomical and positional variants of the brachiocephalic trunk in a Mexican population. *BMC Med Imaging*. 2021;21(1):126. doi: 10.1186/s12880-021-00645-w
7. Xu F., Wang F., Liu Y. S. Brachiocephalic artery stenting through the carotid artery: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases*. 2019;7(17):2644—2651. doi: 10.12998/wjcc.v7.i17.2644
8. Li C. H., Gao B. L., Wang J. W., et al. Hemodynamic Factors Affecting Carotid Sinus Atherosclerotic Stenosis. *World Neurosurg*. 2019;121:e262-e276. doi: 10.1016/j.wneu.2018.09.091

9. Han N., Ma Y., Li Y., et al. Imaging and Hemodynamic Characteristics of Vulnerable Carotid Plaques and Artificial Intelligence Applications in Plaque Classification and Segmentation. *Brain Sci.* 2023;13(1):143. doi: 10.3390/brainsci13010143
10. Soumyabrata D., Hwei W., Chidozie S. N., et al. A predictive analytics approach for stroke prediction using machine learning and neural networks. *Healthcare Analytics.* 2022;2:100032. doi: 10.1016/j.health.2022.100032
11. Epstein A., Schilter M., Vynckier J., et al. Chronic Covert Brain Infarctions and White Matter Hyperintensities in Patients With Stroke, Transient Ischemic Attack, and Stroke Mimic. *J Am Heart Assoc.* 2022;11(3):e024191. doi: 10.1161/JAHA.121.024191
12. Gać P., Poręba R. Significant Stenosis of the Brachiocephalic Trunk and Moderate Stenosis of the Left Circumflex Artery in Computed Tomography Angiography Images. *Diagnostics (Basel).* 2022;12(1):200. doi: 10.3390/diagnostics12010200
13. Dazzi M., Rowland E. M., Mohri Z., Weinberg P. D. 3D confocal microscope imaging of macromolecule uptake in the intact brachiocephalic artery. *Atherosclerosis.* 2020;310:93–101. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2020.07.002
14. Sadiq A., Goldsweig A. M., O'Leary E. L. Use of a Dual-Filter Embolic Protection Device for Brachiocephalic Artery Stenting. *Ann Vasc Surg.* 2020;65:282.e13–282.e15. doi: 10.1016/j.avsg.2019.10.065
15. Вишнякова А. Ю., Бердалин А. Б., Головин Д. А. и др. Особенности атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий при вертебрально-базиллярном ишемическом инсульте. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2020;19(5):2399. doi: 10.15829/1728-8800-2020-2399
16. Del Valle C. E., Ferreira L. F.T., Bragato P. H., et al. Total reversal of internal carotid blood flow in a patient with severe stenosis of the brachiocephalic trunk. *J Vasc Bras.* 2020;19:e20190124. doi: 10.1590/1677–5449.190124
17. George J. M., Cooke P. V., Ilonzo N., et al. Management of Innominate Artery Occlusion With Severe Left Common Carotid Artery Stenosis. *Cureus.* 2021;13(11). doi: 10.7759/cureus.19592
18. Anantha-Narayanan M., Nagpal S., Mena-Hurtado C. Carotid, Vertebral, and Brachiocephalic Interventions. *Interv Cardiol Clin.* 2020;9(2):139–152. doi: 10.1016/j.iccl.2019.12.008
19. Zacharias N., Goodney P. P., DeSimone J. P., et al. Outcomes of Innominate Artery Revascularization Through Endovascular, Hybrid, or Open Approach. *Ann Vasc Surg.* 2020;69:190–196. doi: 10.1016/j.avsg.2020.06.005
20. Patel R. A.G., White C. J. Brachiocephalic and subclavian stenosis: Current concepts for cardiovascular specialists. *Prog Cardiovasc Dis.* 2021;65:44–48. doi: 10.1016/j.pcad.2021.03.004
21. Robertson V., Poli F., Saratzis A., et al. A Systematic Review of Procedural Outcomes in Patients With Proximal Common Carotid or Innominate Artery Disease With or Without Tandem Ipsilateral Internal Carotid Artery Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020;60(6):817–827. doi: 10.1016/j.ejvs.2020.06.040
22. Kuwabara M., Sakamoto S., Okazaki T., et al. Usefulness of stent placement for innominate artery stenosis via the right brachial artery under protection by balloon guide catheter: a technical case report. *Acta Neurochir (Wien).* 2022;164(11):2875–2880. doi: 10.1007/s00701-022-05367-8
23. Jeerakathil T., Shuaib A., Majumdar S. R., et al. The Alberta Stroke Prevention in TIAs and mild strokes (ASPIRE) intervention: rationale and design for evaluating the implementation of a province-wide TIA triaging system. *Int J Stroke.* 2014;Suppl A100:135–143. doi: 10.1111/j.1747–4949.2012.00881.x
24. Lineback C. M., Stamm B., Sorond F., Caprio F. Z. Carotid disease, cognition, and aging: time to redefine asymptomatic disease? *Geroscience.* 2023;45(2):719–725. doi: 10.1007/s11357-022-00688-z
25. Hassan M., Mubarak A., Patel C., et al. Atheroma of the Innominate Artery Presenting as a Transient Ischemic Attack. *Cureus.* 2019;11(1). doi: 10.7759/cureus.3961
26. Bonati L. H., Jansen O., de Borst G. J., Brown M. M. Management of atherosclerotic extracranial carotid artery stenosis. *Lancet Neurol.* 2022;21(3):273–283. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00359–8
27. Donners S. J.A., Toorop R. J., de Kleijn D. P.V., de Borst G. J. A narrative review of plaque and brain imaging biomarkers for stroke risk stratification in patients with atherosclerotic carotid artery disease. *Ann Transl Med.* 2021;9(15):1260. doi: 10.21037/atm-21-1166
28. Li H., Xu X., Luo B., Zhang Y. The Predictive Value of Carotid Ultrasonography With Cardiovascular Risk Factors-A «SPIDER» Promoting Atherosclerosis. *Front Cardiovasc Med.* 2021;8:706490. doi: 10.3389/fcvm.2021.706490
29. Sun C., Xi N., Sun Z., et al. The Relationship between Intracarotid Plaque Neovascularization and Lp (a) and Lp-PLA2 in Elderly Patients with Carotid Plaque Stenosis. *Dis Markers.* 2022;2022:6154675. doi: 10.1155/2022/6154675
30. Wu T., Kong X., Zhong Y., Chen L. Automatic detection of abnormal EEG signals using multiscale features with ensemble learning. *Front Hum Neurosci.* 2022;16:943258. doi: 10.3389/fnhum.2022.943258
31. George S. J., Johnson J. L. Investigation of Atherosclerotic Plaque Vulnerability. *Methods Mol Biol.* 2022;2419:521–535. doi: 10.1007/978-1-0716-1924-7_32
32. Bueno A., March J. R., Garcia P., et al. Carotid Plaque Inflammation Assessed by 18F-FDG PET/CT and Lp-PLA2 Is Higher in Symptomatic Patients. *Angiology.* 2021;72(3):260–267. doi: 10.1177/0003319720965419
33. Zhang F., Guo J., Yang F., Zhou Y. Lp-PLA2 evaluates the severity of carotid artery stenosis and predicts the occurrence of cerebrovascular events in high stroke-risk populations. *J Clin Lab Anal.* 2021;35(3):e23691. doi: 10.1002/jcla.23691
34. Lv P., Yang J., Wang J., et al. Ischemic stroke prediction of patients with carotid atherosclerotic stenosis via multi-modality fused network. *Front Neurosci.* 2023;17:1118376. doi: 10.3389/fnins.2023.1118376

REFERENCES

- no-sosudistaya terapiya i profilaktika]. 2020;19(5):2399 (in Russian). doi: 10.15829/1728-8800-2020-2399
16. Del Valle C. E., Ferreira L. F.T., Bragato P. H., et al. Total reversal of internal carotid blood flow in a patient with severe stenosis of the brachiocephalic trunk. *J Vasc Bras.* 2020;19:e20190124. doi: 10.1590/1677—5449.190124
 17. George J. M., Cooke P. V., Ilonzo N., et al. Management of Innominate Artery Occlusion With Severe Left Common Carotid Artery Stenosis. *Cureus.* 2021;13(11). doi: 10.7759/cureus.19592
 18. Anantha-Narayanan M., Nagpal S., Mena-Hurtado C. Carotid, Vertebral, and Brachiocephalic Interventions. *Interv Cardiol Clin.* 2020;9(2):139—152. doi: 10.1016/j.iccl.2019.12.008
 19. Zacharias N., Goodney P. P., DeSimone J. P., et al. Outcomes of Innominate Artery Revascularization Through Endovascular, Hybrid, or Open Approach. *Ann Vasc Surg.* 2020;69:190—196. doi: 10.1016/j.avsg.2020.06.005
 20. Patel R. A.G., White C. J. Brachiocephalic and subclavian stenosis: Current concepts for cardiovascular specialists. *Prog Cardiovasc Dis.* 2021;65:44—48. doi: 10.1016/j.pcad.2021.03.004
 21. Robertson V., Poli F., Saratzis A., et al. A Systematic Review of Procedural Outcomes in Patients With Proximal Common Carotid or Innominate Artery Disease With or Without Tandem Ipsilateral Internal Carotid Artery Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020;60(6):817—827. doi: 10.1016/j.ejvs.2020.06.040
 22. Kuwabara M., Sakamoto S., Okazaki T., et al. Usefulness of stent placement for innominate artery stenosis via the right brachial artery under protection by balloon guide catheter: a technical case report. *Acta Neurochir (Wien).* 2022;164(11):2875—2880. doi: 10.1007/s00701-022-05367-8
 23. Jeerakathil T., Shuaib A., Majumdar S. R., et al. The Alberta Stroke Prevention in TIAs and mild strokes (ASPIRE) intervention: rationale and design for evaluating the implementation of a province-wide TIA triaging system. *Int J Stroke.* 2014;Suppl A100:135—143. doi: 10.1111/j.1747—4949.2012.00881.x
 24. Lineback C. M., Stamm B., Sorond F., Caprio F. Z. Carotid disease, cognition, and aging: time to redefine asymptomatic disease? *Geroscience.* 2023;45(2):719—725. doi: 10.1007/s11357-022-00688-z
 25. Hassan M., Mubarik A., Patel C., et al. Atheroma of the Innominate Artery Presenting as a Transient Ischemic Attack. *Cureus.* 2019;11(1). doi: 10.7759/cureus.3961
 26. Bonati L. H., Jansen O., de Borst G. J., Brown M. M. Management of atherosclerotic extracranial carotid artery stenosis. *Lancet Neurol.* 2022;21(3):273—283. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00359—8
 27. Donners S. J.A., Toorop R. J., de Kleijn D. P.V., de Borst G. J. A narrative review of plaque and brain imaging biomarkers for stroke risk stratification in patients with atherosclerotic carotid artery disease. *Ann Transl Med.* 2021;9(15):1260. doi: 10.21037/atm-21-1166
 28. Li H., Xu X., Luo B., Zhang Y. The Predictive Value of Carotid Ultrasonography With Cardiovascular Risk Factors-A «SPIDER» Promoting Atherosclerosis. *Front Cardiovasc Med.* 2021;8:706490. doi: 10.3389/fcvm.2021.706490
 29. Sun C., Xi N., Sun Z., et al. The Relationship between Intracarotid Plaque Neovascularization and Lp (a) and Lp-PLA2 in Elderly Patients with Carotid Plaque Stenosis. *Dis Markers.* 2022;2022:6154675. doi: 10.1155/2022/6154675
 30. Wu T., Kong X., Zhong Y., Chen L. Automatic detection of abnormal EEG signals using multiscale features with ensemble learning. *Front Hum Neurosci.* 2022;16:943258. doi: 10.3389/fnhum.2022.943258
 31. George S. J., Johnson J. L. Investigation of Atherosclerotic Plaque Vulnerability. *Methods Mol Biol.* 2022;2419:521—535. doi: 10.1007/978-1-0716-1924-7_32
 32. Bueno A., March J. R., Garcia P., et al. Carotid Plaque Inflammation Assessed by 18F-FDG PET/CT and Lp-PLA2 Is Higher in Symptomatic Patients. *Angiology.* 2021;72(3):260—267. doi: 10.1177/0003319720965419
 33. Zhang F., Guo J., Yang F., Zhou Y. Lp-PLA2 evaluates the severity of carotid artery stenosis and predicts the occurrence of cerebrovascular events in high stroke-risk populations. *J Clin Lab Anal.* 2021;35(3):e23691. doi: 10.1002/jcla.23691
 34. Lv P., Yang J., Wang J., et al. Ischemic stroke prediction of patients with carotid atherosclerotic stenosis via multi-modality fused network. *Front Neurosci.* 2023;17:1118376. doi: 10.3389/fnins.2023.1118376

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 25.07.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 25.07.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Обзорная статья

УДК 364.07

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.010

Новые подходы в организации межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи гражданам старшего поколения

Максим Александрович Королев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация.

m.korolev11@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1107-4588>

Аннотация. Для систематизации новых форм межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи отдельным категориям граждан проведен анализ действующей нормативной правовой базы, регулирующей оказание медико-социальной помощи в Российской Федерации. Показано, что для совершенствования межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи необходим поиск качественных инструментов реализации государственной социальной политики, которая будет направлена на максимальную интеграцию сфер здравоохранения и социальной защиты населения.

Ключевые слова: граждане пожилого возраста, межведомственное взаимодействие, медико-социальная помощь, социальная работа, социальные координаторы.

Для цитирования: Королев М. А. Новые подходы в организации межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи гражданам старшего поколения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 61—66. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.010.

Review article

New approaches in the organization of interdepartmental interaction in the provision of medical and social assistance to older citizens

Maxim A. Korolev

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (FSBEI HE A. I. Yevdokimov MSMSU MOH Russia), Moscow, Russian Federation.

m.korolev11@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1107-4588>

Annotation. In order to systematize new forms of interdepartmental interaction in the provision of medical and social assistance to certain categories of citizens, an analysis of the current regulatory legal framework regulating the provision of medical and social assistance in the Russian Federation was carried out. It is shown that in order to improve interdepartmental interaction in the provision of medical and social assistance, it is necessary to search for high-quality tools for the implementation of state social policy, which will be aimed at maximum integration of the spheres of health and social protection of the population.

Key words: elderly citizens, interdepartmental interaction, medical and social assistance, social work, social coordinators.

For citation: Korolev M.A. New approaches in the organization of interdepartmental interaction in the provision of medical and social assistance to older citizens. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):61–66. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.010.

Введение

Тенденция старения населения в последние годы наблюдается во всем мире. России, по данным Росстата (2023) прирост лиц старшего возраста за последние 10 лет составил более 19 процентов, если в 2013 году количество лиц старшего возраста составляло 30,192 тысячи человек, то в 2022 их количество увеличилось до 38,111 тысячи человек. По прогнозу, к 2050 году доля людей, возраст которых старше 65 лет составит до 22% от всего населения¹. Согласно А. Б. Гармаевой и А. Ш. Сененко (2020), контингент таких лиц характеризуется в том числе пробле-

мами как медицинского, так и социального характера. Что диктует необходимость совершенствования направлений взаимодействия служб здравоохранения и социальной защиты населения [1]. Сохранение здоровья, благополучия и качества жизни лиц старшего возраста, по мнению Б. А. Качмазовой и Р. Э. Кесаевой (2008) должно рассматриваться в контексте создания условий жизни, при которых возможна продуктивная социальная активность [2].

¹ Федеральная служба государственной статистики. <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

Достижение эффективного улучшения социальной активности и качества жизни пожилых людей невозможно без организации устойчивого междисциплинарного, межведомственного взаимодействия служб социальной защиты и здравоохранения.

Цель исследования — изучение новых направлений межведомственного взаимодействия в организации медико-социальной помощи пожилым людям.

Материалы и методы исследования

Выполнен анализ нормативной правовой базы, регламентирующей организацию новых форм межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи отдельным категориям граждан в Российской Федерации. Отобрано для анализа 8 нормативных правовых актов (всего проанализировано 18). Принцип отбора — документы, регламентирующие различные направления взаимодействия служб социальной защиты и здравоохранения при оказании медико-социальной помощи лицам пожилого возраста. Проанализированы нормативные правовые акты в информационно-правовом портале Гарант и публикации, имеющиеся в информационно-аналитической системе Science Index, построенной на основе российского индекса научного цитирования (РИНЦ), по следующим ключевым словам: межведомственное взаимодействие, медико-социальная помощь, социальная работа, социальные координаторы, граждане пожилого возраста.

Результаты

Анализ вопросов нормативного правового регулирования межведомственного взаимодействия институтов здравоохранения и социальной защиты населения показал, что имеющиеся нормативные правовые акты, регулирующие межведомственное взаимодействие в части оказания гражданам старшего поколения комплексной медико-социальной помощи разработаны недостаточно. Критерием качественного межведомственного взаимодействия должно стать создание федерального координационного центра межведомственного взаимодействия как главного механизма по осуществлению медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста.

Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»² раскрывает актуальные тенденции и потребности общества в предоставлении социальных услуг населению России. В статье 28 регламентированы основные направления межведомственного взаимодействия при оказании помощи лицам, нуждающимся в таких услугах.

В 2016 году в Российской Федерации утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года³ и запланированы мероприятия по последовательной

реализации этапов Стратегии. Базовой задачей Стратегии является совершенствование гериатрической службы в контексте межведомственной системы оказания индивидуальной медико-социальной помощи людям с нарушениями функционирования.

Порядок оказания геронтологической помощи населению в России регулируется приказом Минздрава России от 29 января 2016 года № 38н⁴, в котором также регламентированы штатные нормативы учреждений здравоохранения геронтологического профиля, где предусмотрены штатные должности специалистов по социальной работе.

Порядок оказания реабилитационной помощи взрослому населению регулируется приказом Минздрава России от 31 июля 2020 года № 788н⁵. В указанном нормативно-правовом акте описаны функции и деятельность мультидисциплинарных команд, в состав которых входят специалисты по социальной работе, при этом штатные нормативы специалистов, утверждены на всех этапах реабилитационного процесса (включая стационарную помощь), лицам с поражением различных органов и систем организма.

В. М. Шиповой, О. В. Миргородской, В. О. Щепиным (2022) проведен анализ нормативных правовых актов по вопросам планирования объема медицинской и социальной помощи в рамках профиля деятельности «медицинская реабилитация» [3]. Авторы рассчитали медицинские статистические показатели и определили, что в показателях специализированной медицинской помощи по медицинской реабилитации в рекомендациях Минздрава России, касающихся экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий, рекомендуемые объёмы финансирования снижены на 44%. При этом номенклатуры должностей медицинских и социальных работников свидетельствуют о наличии проблем в планировании медико-социальной реабилитации в медицинских организациях. Сам порядок организации медицинской реабилитации, с дифференцированным подходом к взрослым людям и детям, этапность проведения реабилитационных мероприятий и штатные нормативы специалистов, способны привести к повышению качества оказания медицинской реабилитации.

Приказом Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019⁶ регламентирована ор-

³ Распоряжение Правительства РФ № 164-р от 5 февраля 2016 г. «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

⁴ Приказ Минздрава России от 29 января 2016 года № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

⁵ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

⁶ Приказ Минздрава России и Минтруда России от 31 мая 2019 года № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медпомощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 № 55053).

² Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации; 2013. № 52 (часть 1): Ст. 7007.

ганизация паллиативной медицинской помощи, утвержден порядок ее оказания и штатные нормативы должностей специалистов по социальной работе в медицинских организациях Минздрава России, включая их структурные подразделения. Приказ предписывает обязанность региональных органов исполнительной власти, организовать межведомственное взаимодействие при реализации предоставления социальных услуг людям, которые не могут заботиться о себе.

Кроме того, в указанном документе четко предписана последовательность межведомственного взаимодействия не только медицинских организаций и организаций социального обслуживания населения, но и различных общественных объединений и некоммерческих организаций, которые предоставляют услуги населению в сфере охраны здоровья. Таким образом, законодательно урегулировано предоставление пациентам медико-социальной помощи, психологической поддержки; в том числе обслуживание на дому и других стационарзамещающих формах работы.

Важным направлением межведомственного взаимодействия в области медико-социальной помощи является организация преемственности в учете пациентов. Налажено информирование нуждающихся лиц и их родственников о перечне социально-медицинских услуг, которые предоставляются в конкретном субъекте Российской Федерации; а также направление информации в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти о необходимости в предоставлении мер социального обслуживания нуждающимся лицам.

Концепция системы долговременного ухода, утвержденная приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 декабря 2022 г. № 781⁷, которая регламентирует получение интегрированных социальных услуг людям, имеющим ограничения функций самообслуживания, направлена на обеспечение людей, не полностью справляющихся с самостоятельным уходом, поддержкой высокого качества жизни с наивысшим возможным уровнем независимости, автономии и самореализации. Цель — обеспечить людям, нуждающимся в уходе, социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной формах, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку родственного ухода. В комплексе мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста ставится задача организации порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания, включающая синхронизацию информационных систем в соответствующих сферах, способы и объем передачи необходимой информации о состоянии

гражданина его родственникам и организациям социального обслуживания. В Концепции систематизирован и дифференцирован процесс организации и предоставления людям с ограничениями функционирования медицинских и реабилитационных (абилитационных) услуг, основанных на межведомственном взаимодействии.

Взаимодействие организаций социального обслуживания и медицинских учреждений осуществляется с целью улучшения морально-психологического состояния больных, в том числе за счет осуществления дополнительного ухода за пациентами, организации свободного времени пациентов и их родных, улучшения социально-бытовых условий, трудовой помощи, проведения мероприятий творческой и культурной направленности, оказания юридической помощи [4].

В функции специалистов по социальной работе, при межведомственном взаимодействии включается организация по выполнению назначений лечащего врача, содействие в обеспечении лекарственными препаратами, индивидуальными средствами реабилитации. Кроме того, ими осуществляются мероприятия санитарно-гигиенического характера и содействие при прохождении процедуры медико-социальной экспертизы.

Однако до сих пор в профессиональных стандартах участкового врача терапевта и медицинской сестры не учитываются аспекты межведомственного взаимодействия с социальными службами. При этом в профессиональном стандарте специалиста по социальной работе в трудовые функции включена организация взаимодействия с лечащим врачом пациента⁸.

Е. В. Селезневой, О. В. Синявской и Е. С. Горват (2020) описаны основные проблемы, существующие во взаимодействии между службами социальной помощи и медицинскими организациями [5]. Авторами рассмотрена эффективность реализации базовых принципов и взаимного сотрудничества врачей различных специальностей и социальных работников при осуществлении помощи людям старшего возраста. В проведенном исследовании показано, что имеющееся межведомственное взаимодействие осуществляется недостаточно, имеются существенные проблемы интеграции социальной работы в систему здравоохранения. Авторами показано, что имеются разрозненные, немногочисленные попытки формирования многопрофильных реабилитационных команд, при оказании помощи людям пожилого возраста.

По мнению авторов, имеющиеся наработки по межведомственному взаимодействию состоят в следующем: медицинские работники консультируют пожилых людей в учреждениях социального обслуживания, а социальные работники оказывают содействие медицинскому персоналу учреждений при

⁷ Приказ Минтруда России от 15.12.2022 № 781 (ред. от 27.03.2023) «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

⁸ Приказ Минтруда России от 18 июня 2020 г. № 351н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по социальной работе».

проведении плановых профилактических осмотров пожилых людей [5].

Формирование межведомственных команд будет способствовать повышению качества оказания медико-социальной помощи пожилым людям, только в том случае, если каждый специалист станет частью такой команды.

Необходимость создания многопрофильных команд для оказания помощи лицам пожилого возраста; с участием специалистов социального, медицинского и других профилей озвучивается на государственном уровне. Создание мультидисциплинарных команд способствует интеграции между медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения.

Согласно публикациям И. Л. Кром (2022), многоуровневая интеграция медико-социальных услуг пациентам с хроническими расстройствами здоровья с оптимальным соотношением всех его компонентов будет способствовать комплексному решению проблемы повышения качества медицинской помощи указанному контингенту [6].

Согласно публикациям Б. А. Качмазовой и Р. Э. Кесаевой (2008), роль социальных институтов в повышении качества оказания медицинской помощи лицам с ограниченными возможностями существенно повышает качество жизни пациентов и влияет на формирование социально-позитивной мотивацией с реализацией их личностного потенциала [2].

В работах Б. Е. Романова, А. А. Фомина (2009) последовательно обоснованы функции и направления деятельности общественных социальных институтов в комплексной структуре организации оказания медико-социальной помощи лицам с ограниченными возможностями [7]. Показана эффективность деятельности указанных общественных институтов на третьем этапе медицинской реабилитации пациентов с нарушениями здоровья.

Ключевым аспектом в организации эффективно взаимодействия между системами здравоохранения и социальной защиты населения является необходимость проведения координационной работы. Она может осуществляться как уровне государства, так и региональном уровне.

Реализация данного направления социальной работы была нормативно закреплена приказом Департамента здравоохранения г. Москвы и Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы⁹ в 2021 году.

В настоящее время работу по социальной координации выполняет Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Координационный

центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы», в функции которого входят в том числе:

- выявление пожилых и маломобильных граждан, потенциально нуждающихся в социальной помощи и психологической помощи, путем проведения общения и устной оценки жизненных обстоятельств, в которых оказался пациент, и индивидуальной нуждаемости в государственной и социальной помощи;
- составление социального портрета человека с отражением особенностей физиологического характера, благополучия семейных взаимоотношений, существующих жизненных обстоятельств, функциональных и когнитивных особенностей;
- согласование с пациентом индивидуальной программы услуг, рекомендованных ему на основании заполненного социального портрета;
- взаимодействие с организациями и подразделениями, задействованными в реализации индивидуальной программы услуг;
- определение оптимальных методов и мест оказания государственной и социальной помощи гражданам, нуждающимся в социальных услугах, мерах социальной поддержки, психологической помощи, с учетом индивидуальной программы услуг и желания пациента;
- контроль своевременности и качество предоставления пациенту социальной помощи и услуг в соответствии с разработанной индивидуальной программой услуг и др.

Роль и место социальных координаторов в медико-социальном пространстве заключается в коммуникативной функции, в частности тех ее форм, которые согласуются с целями медицины [8]. Трансформация современных форм медицинской коммуникации с позиций обучения специалистов по социальной работе, должна включать социологическую методологию процесса на фоне современных глобальных вызовов [7].

Координация межведомственного взаимодействия систем здравоохранения и социальной защиты населения также помогает сократить дублирование функций и избежать противоречий в стратегии и тактике работы различных организаций и специалистов, что может негативно сказаться на качестве предоставляемых услуг и затратить лишние ресурсы. Важным аспектом координации является определение ролей и ответственности различных организаций и специалистов, а также разработка общих стандартов и процедур работы. Это может помочь повысить качество услуг и облегчить межведомственное взаимодействие.

Взаимодействие систем здравоохранения и социальной защиты населения является необходимым условием для обеспечения качественной медико-социальной помощи населению, что, в свою очередь, способствует повышению качества жизни граждан и улучшению социальной ситуации в обществе.

Необходимо уделять внимание комплексному подходу при предоставлении медицинской и соци-

⁹ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы, ДТСЗН г. Москвы от 09.06.2021 № 515/583 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при выявлении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (за исключением психиатрических) потенциально нуждающихся в социальном обслуживании совершеннолетних граждан в одной из предусмотренных форм (О внедрении проактивного подхода)».

альной помощи населению, что означает оценку ситуации недуга или проблемы пациента не только с медицинской точки зрения, но и социальной. Это поможет определить наиболее эффективные формы помощи и обеспечить соответствующие условия для быстрого выздоровления или улучшения социального положения пациента.

Для осуществления функции межведомственной координации целесообразно привлекать социальных координаторов, которые в стационаре будут помогать врачам, пациентам и родственникам пациентов, приняв на себя решение всех возникающих у пациентов немедицинских вопросов.

Осуществление вышеуказанной работы необходимо для повышения возможности возврата пациента к полноценной жизни, которую он вел до наступления болезни и, при определении функциональных дефицитов, на стадии нахождения пациента в стационарной медицинской организации, путем формирования персонального маршрута медико-социальной помощи.

В соответствии с современной концепцией социальной работы основные усилия специалистов необходимо направлять на создание условий, которые позволят гражданину самостоятельно функционировать [9]. Для реализации этих целей специалистам в области социальной работы необходимо не только осуществлять помощь и поддержку гражданам, которые уже оказались в трудной жизненной ситуации, но и обеспечивать профилактику социальных рисков [4]. Только активное взаимодействие систем социальной защиты населения и здравоохранения в решении проблем граждан, может повысить уровень их благосостояния [2].

Выводы

Анализ нормативных правовых актов регулирования межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи населению старшего возраста показал развитие новых направлений взаимодействия систем социальной защиты населения и здравоохранения. К таким направлениям, в частности, относятся:

- оказание гериатрической помощи;
- совершенствование системы долговременного ухода;
- координационная работа.

Вместе с тем необходимо совершенствование и поиск новых эффективных инструментов реализации государственной социальной политики, которая будет направлена на максимальную интеграцию сфер здравоохранения и социальной защиты населения.

По нашему мнению, основными направлениями взаимодействия между системой здравоохранения и системой социальной защиты населения являются:

- координационная работа по осуществлению организации совместной работы между системами здравоохранения и социальной защиты населения при предоставлении медико-социальной помощи;

- обмен информацией между взаимодействующими системами о состоянии здоровья и социальной ситуации населения;
- разработка и реализация совместных программ здравоохранения и социальной защиты населения;
- организация обучения и переподготовки кадров для обеспечения эффективной межведомственной работы;

Основные проблемы: отсутствие на федеральном уровне единого органа, координирующего работу медицинских организаций и организаций социального обслуживания населения, отсутствие социальных работников медицинского профиля, потребность повышения качества обслуживания лиц старше трудоспособного возраста в амбулаторно-поликлинических учреждениях; необходимость повышения объема и качества обслуживания пожилых людей; развитие соответствующей инфраструктуры и увеличение оснащенности медицинских организаций и организаций медико-социального профиля; отсутствие профессионального стандарта «Социальный координатор» или «Специалист по медико-социальной работе».

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Гармаева А. Б., Сененко А. Ш. Организация межведомственного взаимодействия при оказании медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Аналитический обзор. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(1):1—49. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-3
2. Качмазова Б. А., Кесаева Р. Э. Медико-социальная работа как поле интеракции различных социальных институтов. Владикавказ: Северо-Осетинский институт гуманитарных и социальных исследований им. В. И. Абаева Владикавказского научного центра РАН и Правительства РСО-А; 2008. 103 с.
3. Шипова В. М., Миргородская О. В., Щепин В. О. Медицинская реабилитация: планирование объема работы и численности должностей. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):448—454. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-448-454
4. Фирсов М. В., Вдовина М. В., Савинов Л. И. Цифровизация российской социальной работы: современная практика и пути развития. *Теория и практика общественного развития*. 2020;151(9):13—21.
5. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. 2020. 77 p.
6. Кром И. Л., Еремина М. Г., Сапогова М. Д., Петров Г. С. Хронические заболевания в контексте интегрированной медико-социальной помощи. *Социология медицины*. 2022;21(1):17—23. DOI: 10.17816/socm105441
7. Романов Б. Е., Фомин А. А. Общественные организации как субъект медико-социальной работы. *Ученые записки Петрозаводского государственного университета*. 2009;103(9):52—57.
8. Колесниченко М. Б. Трансформации социальных идентичностей с позиции социологии медицины. *Society and Security Insights*. 2019;2(4):108—114. DOI: 10.14258/ssi(2019)4—09
9. Серебрякова В. Ю., Григорьева М. И. Стандартизация социальных услуг: правовые и научные аспекты. *Социальная политика и социальное партнерство*. 2020;(3):24—36. DOI: 10.33920/pol-01-2003-03

REFERENCES

1. Garmayeva A. B., Senenko A. S. Developing interagency cooperation to provide social and health care to the older adults. Analytical overview. *Social Aspects of Population Health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2020;66(1):1—49 (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-3
2. Kachmazova B. A., Kesaeva R. E. Medical and social work as a field of interaction of various social institutions. Vladikavkaz: North

- Ossetian Institute of Humanities and Social Research named after V. I. Abaev, Vladikavkaz Scientific Center. V. I. Abaev Vladikavkaz Scientific Center of the Russian Academy of Sciences and the Government of RSO-A; 2008. 103 p. (in Russian).
3. Schipova V. M., Mirgorodskaja O. V., Schhepin V. O. O. The medical rehabilitation: planning work load and number of positions. *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny]*. 2022;30(3):448—454 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-448-454
 4. Firsov M. V., Vdovina M. V., Savinov L. I. Digitalization of russian social work: modern practice and ways of development. *Theory and Practice of Social Development. [Teoriya i praktika obshhestvennogo razvitiya]*. 2020;9(151):13—21 (in Russian).
 5. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. 2020. 77 p.
 6. Krom I. L., Eremina M. G., Sapogova M. D., Petrov G. S. Chronic diseases in the context of integrated health and social care. *Sociology of Medicine. [Sociologiya mediciny]*. 2022;21(1):17—23 (in Russian). DOI: 10.17816/socm105441
 7. Romanov B. E., Fomin A. A. Public organizations as a subject of medical and social work. *Scientific Notes of Petrozavodsk State University. [Uchenye zapiski Petrozavodskogo gosudarstvennogo universiteta]*. 2009;9(103):52—57 (in Russian).
 8. Kolesnichenko M. B. Transformations of social identity from position of the sociology of medicine. *Society and Security Insights*. 2019;2(4):108—114 (in Russian). DOI: 10.14258/ssi(2019)4—09
 9. Serebryakova V. Yu., Grigor'eva M. I. Standardization of social services: legal and scientific aspects. *Social Policy and Social Partnership. [Sotsial'naya politika i sotsial'noe partnerstvo]*. 2020;(3):24—36 (in Russian). DOI: 10.33920/pol-01-2003-03

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 24.07.2023; одобрена после рецензирования 02.11.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 24.07.2023; approved after reviewing 02.11.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.011

Грамотность пациентов вопросах медицинского страхования и проблемы ее формирования (обзор зарубежных исследований)

Александр Борисович Зудин¹, Андрей Султангалеевич Абубакиров²

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

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Российская Федерация

¹zudin-ab@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²asabubakirov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0546-1714>

Аннотация. В представленной работе рассматриваются вопросы страховой медицинской грамотности пациентов — функциональный подраздел понятия грамотности в вопросах здоровья. Многие граждане, имеющие полисы обязательного и/или добровольного медицинского страхования не имеют знаний для того, чтобы понимать и эффективно использовать свои страховые программы. В статье представлен обзор зарубежных социологических исследований высокой степени репрезентативности, отражающие уровень страховой медицинской грамотности пациентов и необходимость ее системного формирования.

Ключевые слова: медицинская грамотность, медицинское страхование, понимание, компетенции, влияние страховой грамотности на здоровье, пациенты, обучение.

Для цитирования: Зудин А. Б., Абубакиров А. С. Грамотность пациентов вопросах медицинского страхования и проблемы ее формирования (обзор зарубежных исследований) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 67—70. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.011.

Original article

Patient literacy in health insurance issues and the problems of its formation (review of foreign studies)

Alexander B. Zudin¹, Andrei S. Abubakirov²

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

¹Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russian Federation

¹zudin-ab@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²asabubakirov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-0546-1714>

Annotation. In the presented work, the issues of insurance medical literacy of patients are considered — a functional subsection of the concept of literacy in health issues. Many citizens who have compulsory and/or voluntary health insurance policies do not have the knowledge to understand and effectively use their insurance programs. The article presents a review of foreign sociological studies of a high degree of representativeness, reflecting the level of insurance medical literacy of patients and the need for its systematic formation.

Key words: medical literacy, health insurance, understanding, competencies, the impact of insurance literacy on health, patients, training.

For citation: Zudin A. B., Abubakirov A. S. Patient literacy in health insurance issues and the problems of its formation (review of foreign studies). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):67–70. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.011.

Введение

Отсутствие грамотности в области медицинского страхования дорого обходится как пациентам, так и поставщикам медицинских услуг. Если пациенты не понимают, что такое страховое покрытие, они могут прекратить прием необходимых лекарств или записаться на прием. А неэффективное использование пациентами своей страховки означает, что расплачиваются медицинские работники.

Страховая медицинская грамотность — это грамотность граждан в вопросах здоровья и медицинской помощи в той ее части, которая касается ис-

пользования страховых фондов для компенсации расходов на медицинские услуги. Мы определяем страховую медицинскую грамотность как знание и практическое использование информации о возможностях компенсации рисков здоровья и покрытия расходов на лечение за счет соответствующих финансовых институтов. Исследуя практику обязательного медицинского страхования (ОМС), российские ученые отмечают, что «Одним из основных принципов осуществления ОМС является создание условий для надлежащего качества медицинской помощи (КМП), оказываемой застрахованным гражданам» [1].

Понимание принципов работы страховой медицины и компетентность в вопросах медицинского страхования — значимая часть общей медицинской грамотности гражданина. В своей работе Berkman N. D. с соавт. отмечают: «Хотя грамотность в области медицинского страхования частично совпадает с медицинской грамотностью, она отличается необходимостью понимания того, как структурируются пособия по медицинскому страхованию, а также понимания и оценки ответственности за совместное несение расходов. Как грамотность в области медицинского страхования, так и грамотность в области здравоохранения требуют знания медицинских услуг и состояния здоровья человека, а также умения использовать эту информацию для принятия решений» [2].

Цель настоящей работы — провести обзор зарубежных научных исследований, отражающих уровень грамотности пациентов в вопросах медицинского страхования и сделать вывод о возможности ее системного формирования.

Материалы и методы

Работа написана на основе метода вторичной обработки данных и представляет собой обзор зарубежных репрезентативных социологических исследований, проведенных аналитическими агентствами по вопросам оценки знаний пациентов в вопросах медицинского страхования.

Результаты и обсуждение

В 2015 году Фонд семьи Кайзер (США) провел репрезентативный опрос на территории всей страны среди 1292 взрослых, задав им 10 вопросов, чтобы оценить их знания о том, как работает медицинское страхование.

68% респондентов правильно ответили более чем на половину вопросов (хотя только 4% получили максимальный балл 10). Например, 79% знали, что страховая премия по медицинскому страхованию должна выплачиваться каждый месяц, даже если вы не пользуетесь никакими медицинскими услугами, а 72% смогли дать правильное определение франшизы.

Вопросы, связанные со страховой арифметикой, оказались более сложными: только 51% смогли правильно рассчитать расходы на пребывание в больнице из собственных средств, включая франшизу и доплату, и только 16% смогли определить стоимость лабораторного теста вне сети, когда страховщик ограничивает допустимую плату.

Неудивительно, что незастрахованные лица, принявшие участие в опросе, которые по определению имеют меньший опыт работы с медицинским страхованием, столкнулись с большими трудностями. Например, только 64% незастрахованных взрослых знали, что страховая премия должна выплачиваться каждый месяц, только 53% могли правильно определить определение франшизы, и только 57% знали, что такое сеть поставщиков услуг.

Только 41% населения в целом и 29% незастрахованных знали о том, что программы страхования не

гарантируют, что хирург и анестезиолог входят в их план, если им предстоит делать операцию в больнице, входящей в сеть страховой программы.

Результаты опроса, проведенного Policygenius, ведущего американского страхового брокера в 2020 году (выборка — 3600 человек), показывают, насколько сложно для понимания многими американскими потребителями медицинское страхование¹.

В опросе Policygenius бросаются в глаза пробелы в знаниях потребителей об элементарных понятиях:

— Более 50% опрошенных людей не знали, что такое доплата или франшиза. Это примечательно, учитывая, что практически на всех влияют доплаты и франшизы.

— Более 25% респондентов указала, что они избегали медицинского обслуживания, потому что не были уверены, что покрывает их страховка. Отчасти в этом могут быть виноваты страховые компании и менеджеры по выплатам в аптеках, которые не разъясняют, что покрывается, а что нет.

Другие ключевые выводы включают следующее:

— 13% опрошенных не были уверены, есть ли у них вообще медицинская страховка. Чем больше вы думаете об этом результате опроса, тем труднее его понять.

— Почти 90% людей, не имеющих медицинской страховки, не смогли определить период открытой регистрации для участия в плане Affordable Care Act (ACA). Закон о доступном медицинском обслуживании (ACA) — это комплексная реформа здравоохранения, подписанная тогдашним президентом Бараком Обамой в марте 2010 года. Официально известный как Закон о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании и обычно называемый Обамасаре, закон включает в себя список медицинских полисов, предназначенных для расширения доступа к медицинскому страхованию миллионов незастрахованных американцев². Полученные данные говорят о том, что правительство недостаточно хорошо справляется с уведомлением незастрахованных лиц о возможности участия в плане обмена.

По данным Центров Medicare и Medicaid Services, около 87% людей, которые регистрируются в плане ACA, получают налоговый кредит премиум-класса, но только около 16% людей, у которых нет медицинской страховки, знают, что они могут получать государственные субсидии. Опять же, это указывает на то, что правительство не распространяет информацию о планах и премиальных субсидиях среди населения. В свое время Администрация Трампа со-

¹ Cohen J. Healthcare Consumers Lack Knowledge Of Basic Health Insurance Terms. URL: <https://www.forbes.com/sites/joshuacohen/2019/12/03/healthcare-consumers-lack-knowledge-of-basic-health-insurance-terms/?sh=332cc3f2e225> (accepted in 6.07.2023 г.).

² HealthCare.gov, Health Insurance Marketplace. «Affordable Care Act (ACA)». URL: <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/> (дата обращения: 12.07.2023 г.).

кратила рекламу АСА на 90%, а Администрация Байдена никак не повлияла на изменение системы.

Результаты опроса Policygenius согласуются с опросом 2017 года, проведенным UnitedHealthcare (опрос 1006 американцев, опрошенных по стационарным и мобильным телефонам), который показал, что грамотность по вопросам медицинского страхования остается проблемой, большинство американцев сталкиваются с низкой медицинской грамотностью, несмотря на планы медицинского обслуживания и усилия поставщиков медицинских услуг по расширению образовательных программ. Только 9% американцев продемонстрировали понимание всех четырех основных условий медицинского страхования: премия по медицинскому плану, франшиза по медицинскому плану, ограничение или максимум расходов из собственного кармана и совместное страхование.

Согласно опросу 2017 года, в то время как примерно две трети американцев понимали термины «премиум по медицинскому плану» или «франшиза по медицинскому плану», менее половины знали определения «максимум из собственных средств» и «совместное страхование».

Обсуждение

Здравоохранение — одна из самых больших трат, которую несут потребители. С учетом премий, франшиз и совместного несения расходов на медицинские услуги и технологии в Соединенных Штатах Америки расходы потребителей на здравоохранение составляют в среднем более 6000 долларов на человека в год.

Недостаточное понимание потребителями медицинского страхования в сочетании с неадекватными или неясными сообщениями от государственных и частных страховщиков является серьезной проблемой, когда участники плана медицинского страхования должны сравнивать поставщиков и услуги.

По данным Национального центра статистики здравоохранения США, в 2020 году 31,6 миллиона человек всех возрастов не были застрахованы. Эти люди часто являются работающими лицами или иждивенцами работающих лиц, включая 3,7 миллиона незастрахованных детей³.

Существует много причин для этой растущей тенденции. Поскольку стоимость страховки продолжает расти, многие компании больше не могут предлагать ее в качестве пособия своим сотрудникам. Покупка страховки на частном рынке часто оставляет людей с дорогостоящими полисами и планами с высокой франшизой. Для некоторых это расходы, которые они просто не могут себе позволить.

Одним из основных мероприятий по расширению страхового покрытия и доступа к медицинскому обслуживанию в США стало расширение программы Medicaid. Этот процесс, хотя и сложный, повысил доступность медицинского обслуживания

для многих. В январе 2020 года 35 штатов и округ Колумбия расширили программу Medicaid. В результате по данным Национального центра статистики здравоохранения, взрослые в возрасте от 18 до 64 лет, проживающие в штатах, расширяющих программу Medicaid, с большей вероятностью были застрахованы, чаще имели частную страховку и с большей вероятностью имели государственную страховку по сравнению со взрослыми, живущими в штатах, не расширяющих программу.

Правительственные инициативы, направленные на то, чтобы помочь незастрахованным лицам обеспечить медицинское обслуживание в рамках государственных и федеральных программ, помогают уменьшить влияние незастрахованного статуса как препятствия для медицинского обслуживания.

«Важное место в системе медицинской грамотности занимает грамотность в области медицинского страхования» [3]. Недостаток грамотности в области медицинского страхования (и умения считать) имеет важные последствия для того, насколько эффективно люди пользуются медицинскими услугами и своей страховкой. Использование врача или больницы, не входящих в сеть, может стоить пациенту тысячи долларов в виде более высоких расходов из собственных средств. Те, кто не знает, что такое сеть поставщиков услуг и что распределение расходов существенно различается между внутрисетевыми и внесетевыми клиницистами и медицинскими учреждениями, могут невольно увеличить эти расходы.

Путаница в отношении медицинского страхования также влияет на то, насколько активно люди покупают медицинскую страховку и делают ли они разумный выбор. Что актуализирует проблему страховой медицинской грамотности населения и формирование необходимых компетенций «в области охраны здоровья, умения распоряжаться собственными и страховыми ресурсами в ситуациях, когда необходимо получение соответствующих медицинских услуг» [4].

Заключение

Важность улучшения понимания потребителями основ медицинского страхования имеет первостепенное значение в свете всех разговоров законодательной и исполнительной власти о прозрачности цен на больницы и лекарства. Прозрачность программ страхования является недостаточным фактором для развития рынка медицинского страхования, если, если потребители не имеют фундаментального понимания его основных условий. Прозрачность является необходимым, но недостаточным условием для создания условий спроса, более благоприятных для конкурентного рынка. Информированный потребитель — лучший потребитель. Более образованный потребитель также будет требовать большей ответственности от страховщиков, больниц, врачей и фармацевтических компаний, при этом не оплачивать ненужные анализы, обследования. Образованный в вопросах страховой медицинской грамотности потребитель, понимающий

³ How to Improve Access to Health Care: Issues & Potential Solutions. URL: <https://healthadministrationdegree.usc.edu/blog/how-to-improve-access-to-health-care/> (дата обращения: 12.06.2023 г.)

финансовые условия страхования, будет более осознанно относиться к своему здоровью и взаимодействию с медицинским персоналом. Когда пациенты имеют доступ к медицинскому обслуживанию, они получают возможность выстраивать выгодные отношения с поставщиками медицинских услуг и в конечном итоге управлять болезнями и травмами и преодолевать их. Без такого доступа люди живут с неоправданной болью и состояниями, которые со временем имеют тенденцию ухудшаться.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Данилов А. В., Каташина Т. Б., Исаенкова Е. А. Механизмы обеспечения защиты прав и законных интересов застрахованных граждан при оказании медицинской помощи (на примере Воронежской области). В сборнике: *Исследование и практика в социально-экономической и гуманитарной сфере*. сборник избранных статей Всероссийской (национальной) научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2020. С. 34—36.
2. Berkman N. D., Sheridan S. L., Donahue K. E. et al. Low health insurance literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;(155):97—107.
3. Абубакиров А. С. Страховая грамотность как элемент медицинской грамотности населения. *Бюллетень Национального*

научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2021;(3):110—115.

4. Абубакиров А. С. Курсы страховой грамотности как инструмент повышения информированности граждан относительно программ медицинского страхования. В сборнике: *Костинские чтения*. Материалы III Международной научно-практической конференции. Под научной редакцией Н. В. Локтюхиной, С. А. Шапиро. 2020. С. 142—146.

REFERENCES

1. Danilov A. V., Katashina T. B., Isaenkova E. A. Mechanisms for ensuring the protection of the rights and legitimate interests of insured citizens in the provision of medical care (on the example of the Voronezh region). In the collection: *Research and practice in the socio-economic and humanitarian sphere. collection of selected articles of the All-Russian (national) scientific and practical conference*. St. Petersburg, 2020. pp. 34—36.
2. Berkman N. D., Sheridan S. L., Donahue K. E. et al. Low health insurance literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;(155):97—107.
3. Abubakirov A. S. Insurance literacy as an element of medical literacy of the population. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health*. 2021;(3):110—115.
4. Abubakirov A. S. Insurance literacy courses as a tool to raise awareness of citizens regarding health insurance programs. In the collection: *Kostin readings*. Materials of the III International Scientific and Practical Conference. Under the scientific editorship of N. V. Loktyukhina, S. A. Shapiro. 2020. pp. 142—146.

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 04.09.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 04.09.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.012

Тренды и приоритеты клинической науки в России в 2020—2022 годы

Алина Анатольевна Альшевская¹, Елена Ивановна Аксенова²

^{1,2}ГБУ «Научно—исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация;

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва,
Российская Федерация;

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Российская
Федерация

¹alkkina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7307-4524>

²eiak@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

Аннотация. Клиническая наука в России находится в постоянном развитии, и период с 2020 по 2022 годы характеризуется рядом важных тенденций и приоритетов. Данные направления во многом обусловлены глобальными изменениями в структуре здравоохранения, оказания медицинской помощи и фокусом внимания исследователей во всем мире в связи с пандемией COVID-19. В данном обзоре рассмотрены несколько ключевых областей, которые определяют будущее развитие медицины в мире и в стране: цифровая медицина и технологическая интеграция, персонализированная предиктивная медицина, искусственный интеллект в медицине, а также изменение понятия качества жизни и признание первичной роли психо-социальных воздействий в структуре оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: тренды в медицине; цифровизация; междисциплинарные исследования; коронавирусная инфекция; персонализированная предиктивная медицина; искусственный интеллект в медицине; пандемия; COVID-19.

Для цитирования: Альшевская А. А., Аксенова Е. И. Тренды и приоритеты клинической науки в России в 2020—2022 годы // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 71—76. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.012.

Review article

Trends and priorities of clinical science in Russia in 2020—2022

Alina A. Alshevskaya¹, Elena I. Aksenova²

^{1,2}State Budgetary Institution «Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department», Moscow, Russian Federation;

¹Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation;

²Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russian Federation

¹alkkina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7307-4524>

²eiak@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1600-1641>

Annotation. Clinical science in Russia is in constant development, and the period from 2020 to 2022 is characterized by a number of important trends and priorities. These directions are largely due to global changes in the structure of healthcare, medical care and the focus of attention of researchers around the world in connection with the COVID-19 pandemic. This review considers several key areas that determine the future development of medicine in the world and in the country: digital medicine and technological integration, personalized predictive medicine, artificial intelligence in medicine, as well as changing the concept of quality of life and recognizing the primary role of psycho-social impacts in the structure providing medical care.

Key words: trends in medicine; digitalization; interdisciplinary research; coronavirus infection; personalized predictive medicine; artificial intelligence in medicine; pandemic; COVID-19.

For citation: Alshevskaya A. A., Aksenova E. I. Trends and priorities of clinical science in Russia in 2020—2022. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):71—76. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.012.

Введение

Мировая медицинская наука, в том числе и отечественная, претерпевает в настоящий момент качественную трансформацию, следуя по стопам технологического прогресса [1]. В последние 3 года этот процесс происходил с особенной интенсивностью,

обусловленной рядом фактором, одним из которых была пандемия новой коронавирусной инфекции. Пандемия SARS-CoV-2 внесла существенные изменения не только в структуру оказания медицинской помощи и управление здравоохранением [2], но и по новому расставила исследовательские приоритеты в клинической и фундаментальной медицине, во

многим благодаря выявленным проблемам с несогласованными усилиями ученых при анализе резко нарастающего объема клинических данных [3].

Целью данного обзора было продемонстрировать текущее состояние исследовательских интересов к проблемам клинической медицины после пандемии COVID-19.

Общие тренды по положению клинической медицины в структуре публикационной активности стран

За период 2020—2022 наблюдалось резкое возрастание публикационной активности в клинической медицине. Помимо вклада огромного числа статей про COVID-19 в данный тренд, также наблюдалась общая динамика перераспределения исследовательских интересов в мире в целом и в странах-лидерах к медицине (рис. 1). В РФ последние 20 лет идет перераспределение долей научных направлений по общему объему публикационной активности. Нисходящие тренды демонстрирует физика и материаловедение, инженерия растет только последние 3 года. При этом медицина и компьютерные науки демонстрировали устойчивый рост более

10 лет, к 2022 году (по сравнению с 2012-ым) увеличив свою долю в 2 и 2.4 раза, соответственно, что является закономерным отражением больших мировых трендов. Но при этом в 2023 году доля и число статей по медицине в РФ сильно упали по сравнению с прошлым годом — а в компьютерных науках рост продолжается.

Более 6% всех статей, опубликованных в медицине за этот период (194 672 из 3 056 607 по данным Scival), относятся к тематическому кластеру «COVID-19; SARS-CoV-2; Coronavirus», что не только является наиболее крупной тематикой за период, но и по объему сопоставимо с общим объемом большинства отдельных клинических областей (рис. 2).

Такое резкое перераспределение исследовательских интересов в клинической медицине также привело к изменению позиций ряда стран в мировых рейтингах публикационной активности (табл. 1). За 10-ти летний период 2013—2022 среди 228 стран РФ занимает совокупно 19 место, с 139 662 авторами, участвовавшими в 1.4% мировых публикаций в клинической медицине. Примечательно, что среди топ-25 стран, РФ занимает первую позицию по ди-

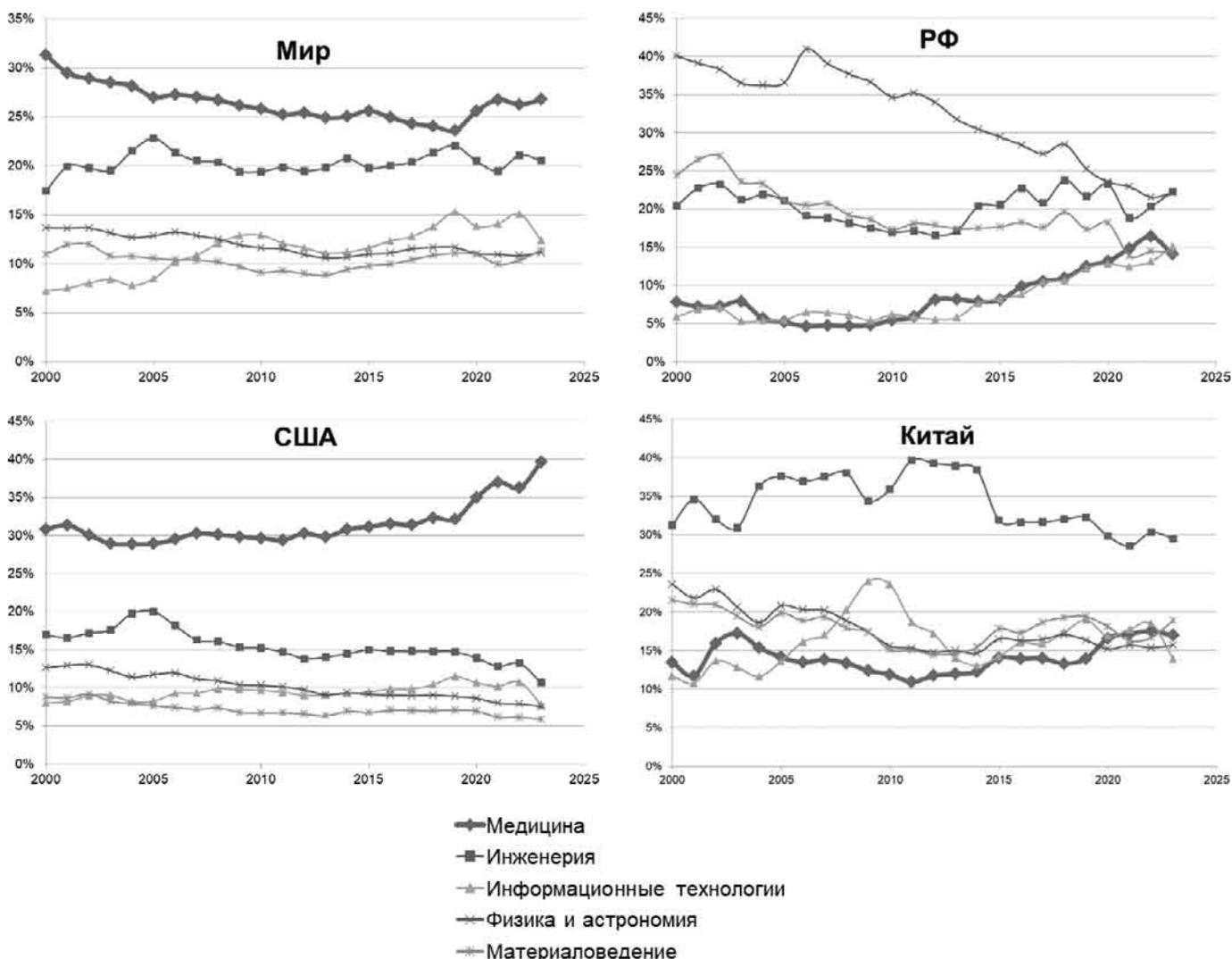


Рис. 1. Динамика изменения долей статей по топ-5 научных областям, наиболее значимых для РФ, от общего числа статей в регионе, в сравнении с динамикой в мире и двух странах-лидерах по публикационной активности (по данным Scival).

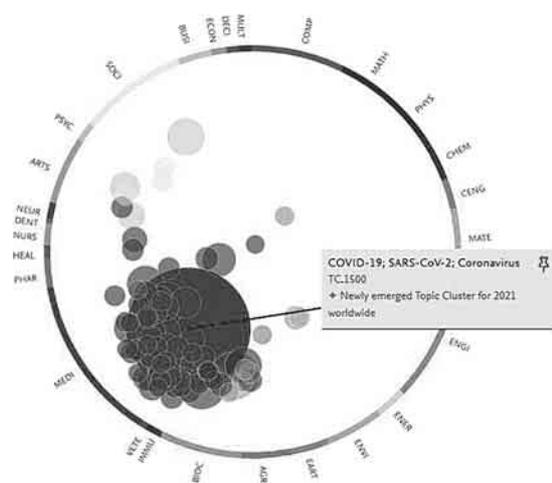


Рис. 2. Топ-100 тематических кластеров в клинической медицине (слева) и топ-15 клинических областей в мировых публикациях (справа) за период 2020—2022.

наиме рост как самих публикаций (+345% за период), так и числа новых авторов (+340% за период), опережая по этим показателям даже Китай — однако, на данный момент демонстрируя низкие показатели цитируемости публикаций.

Самый большой мировой тренд, прослеживаемый в распределении тематических кластеров, это тренд на междисциплинарность (interdisciplinary research), и появление новых перспективных направлений на стыке областей науки. 58.1% мировых статей по медицине относятся только к самой медицине, в то время как 41.9% — индексируются еще как минимум в одной области науки. В РФ данный тренд чуть менее выражен, но тоже наблюдается (59.4% vs 40.6%). К топ-3 крупных направлениям по

областям междисциплинарных стыков с медициной относятся:

- 1) фундаментальная биомедицина (Biochemistry, Genetics and Molecular Biology; Immunology and Microbiology; Neuroscience; Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutics),
- 2) социальные науки (Nursing; Health Professions; Social Sciences; Psychology),
- 3) технические науки (Engineering; Computer Science).

Исследовательские тренды в мировой клинической медицине

Непрерывное нарастания количества публикаций в основных областях клинической медицины и

Таблица 1

Сопоставление публикационной активности топ-25 стран в области клинической медицины за период 2013—2022 гг.

№	Страна	Число публикаций по клинической медицине за 2013—2022	Рост числа публикаций за период (%)	Число авторов	Среднее число авторов из страны на 1 публикацию	Динамика числа авторов за период (%)	Среднее число цитирований на публикацию	Индекс цитирования*
1	США	2360530 (27.9%)	31.5	1876384	0.79	55.3	19.4	1.43
2	Китай	973270 (11.5%)	226.9	1771701	1.82	290.5	12.4	0.99
3	Великобритания	662812 (7.8%)	35.1	458727	0.69	53.7	23.3	1.76
4	Германия	484211 (5.7%)	33	340682	0.70	49.1	20.5	1.49
5	Италия	407722 (4.8%)	59.5	291794	0.72	53.8	21	1.62
6	Япония	402291 (4.7%)	27.1	392613	0.98	29.7	13.2	0.98
7	Канада	368777 (4.4%)	53.2	249533	0.68	65.3	23.6	1.73
8	Индия	329704 (3.9%)	137.8	394420	1.20	155.7	9.1	0.87
9	Австралия	325768 (3.8%)	61	199634	0.61	76.3	23.5	1.73
10	Франция	325415 (3.8%)	24.3	257765	0.79	38.6	23	1.66
11	Испания	280761 (3.3%)	53.4	297416	1.06	62.4	19.3	1.47
12	Нидерланды	241955 (2.9%)	34.4	137384	0.57	50.4	27.8	1.94
13	Бразилия	208177 (2.5%)	55.5	317941	1.53	72.1	14.8	1.15
14	Южная Корея	207266 (2.4%)	47.1	180593	0.87	45.9	15.7	1.16
15	Турция	180945 (2.1%)	50.6	136147	0.75	55.8	9.3	0.79
16	Швейцария	168065 (2%)	66.8	98390	0.59	73.3	26.1	1.93
17	Иран	149356 (1.8%)	118.5	158047	1.06	123.5	10.5	0.87
18	Швеция	134059 (1.6%)	43.5	71760	0.54	42.3	27.5	1.96
19	Российская Федерация	116480 (1.4%)	344.6	139662	1.20	340.8	8.6	0.74
20	Бельгия	116106 (1.4%)	50.2	68535	0.59	54.1	29.5	2.12
21	Дания	103231 (1.2%)	55.4	56030	0.54	64.9	28.5	2.05
22	Польша	101056 (1.2%)	55.5	79653	0.79	54.4	17	1.31
23	Тайвань	92547 (1.1%)	56.7	88063	0.95	53.7	15.9	1.22
24	Австрия	77400 (0.9%)	56.5	44643	0.58	50.8	25.7	1.87
25	Норвегия	67819 (0.8%)	65	37261	0.55	66	27.1	1.99

* Индекс сравнивает статьи с одинаковым годом публикации, типом и из одной и той же дисциплины, используя данные о цитировании из базы данных Scopus. Значение индекса, равное 1, указывает на то, что статья находится на одном уровне со средним значением для мирового уровня статей в данной области науки за сравниваемый период.

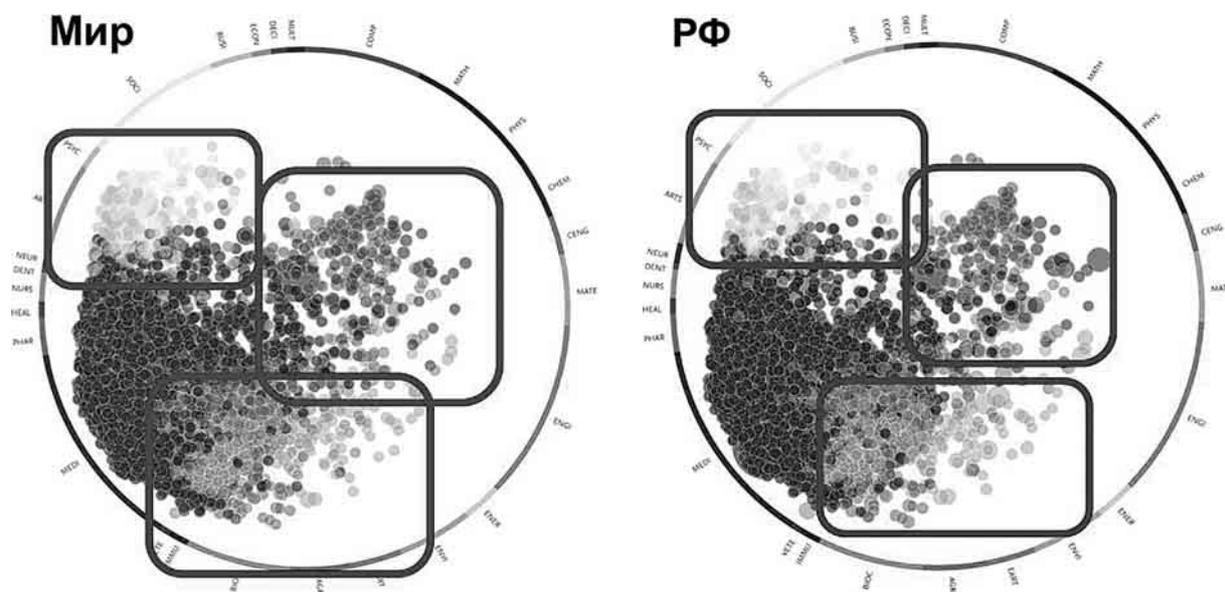


Рис. 3. Графическое распределение топ-25% мировых тематик в публикациях по клинической медицине в мире (слева) и в РФ (справа) за 2020—2023 гг.

глобальный тренд на междисциплинарность обуславливает появление новых направлений исследований [4]. При этом для клинической медицины в целом можно выделить пять больших взаимосвязанных блоков трендов: цифровая медицина и технологическая интеграция (в том числе развитие телемедицинских технологий); усиление позиций персонализированной предиктивной медицины; внедрение и развитие технологий искусственного интеллекта в медицине; изменение понятия качества жизни и признание первичной роли психосоциальных воздействий.

Цифровая медицина и технологическая интеграция

Один из ключевых трендов, который начал активно развиваться еще до пандемии, и был существенно усилен ею, это диджитализация и использование информационных технологий для ускорения и оптимизации принятия решений в здравоохранении. Данное направление включает в себя телемедицину [5—8], сыгравшую ключевую роль в ходе пандемии новой коронавирусной инфекции [9], мобильные приложения для здоровья [10], некоторые из которых разработаны в результате плодотворного сотрудничества российских и зарубежных ученых [11], электронные системы ведения госпитальных карт [12] и использование искусственного интеллекта в медицине.

Технологическая интеграция затронула не только облачные и серверные решения. Существенно возрос перечень носимых устройств для медицинского применения, среди которых:

- Носимые устройства для непрерывного мониторинга состояния [13]
- Виртуальная реальность не только в качестве терапии [14], но и как дополнительная помощь в принятии врачебного решения [15] и обучении молодых специалистов [16].

Персонализированная предиктивная медицина (5П медицина)

Целью любого лечебно-профилактического процесса становится не устранение наиболее тяжелых последствий болезни, а максимальный возврат к здоровью и целостному функционированию трудоспособного населения, в особенности в условиях нарастающего бремени хронических заболеваний [17]. Нарастает использование омиксной и мультиомиксной информации для более точной диагностики и терапии, особенно в сфере онкологических заболеваний [18]. В комплексе персонализированный подход подразумевает генетическое тестирование, фармакогеномику и терапии на основе геномной инженерии [19]. Кроме того, подключается большое число способов прогностического моделирования, что определяет ряд немаловажных трендов, в том числе развитие регенеративной медицины и иммунотерапии. Регенеративная медицина — направление, включающее исследование стволовых клеток, тканевую инженерию, а также изучение органных типов. Главная цель этого подхода — заменить или восстановить поврежденные ткани и органы [20]. Иммунотерапия как группы направлений включает в себя подходы к лечению иммунокомпетентных заболеваний (прежде всего, онкопатологии) через активацию компонентов иммунной системы пациента [21].

Искусственный интеллект в медицине

Искусственный интеллект используется для помощи в диагностике, предсказании болезней и разработке лекарств. Данный подход включает машинное обучение, нейронные сети и обработку естественного языка. Обусловлен этот тренд нарастающей потребностью в переходе от «классических» линейных моделей процессов к системному подходу: например, не реабилитация и превенция как первая и последняя стадии процесса, а преабилизация как непрерывный комплексный подход (меры, которые

нужны, чтобы в будущем снизить время-, трудо- и финансовые затраты на реабилитацию). Прогностическое моделирование широко используется для создания многоуровневых градаций риска, в частности, для:

- Разностороннего рассмотрения факторов риска (например, повседневная активность рассматривается не только как цель успешного восстановления здоровья, но и как средство достижения, и как показатель успешности реабилитационного процесса);
- Рассмотрение каждого неустранимого последствия текущего заболевания как фактора риска для ряда других;
- Использование компьютерных моделей для построения сложных систем¹.

Изменение понятия качество жизни (QoL) и признание первичной роли психосоциальных воздействий

QoL становится не дополнительным желательным условием, а одним из основных критериев эффективности диагностических, лечебных и реабилитационных процессов. Происходит непрерывное расширение арсенала метрик для непрерывного мониторинга QoL (в том числе и в рамках телемедицинских технологий). Сохранение всех возможностей обычного образа жизни «молодого» организма рассматривается как основная цель (превенция старения организма, пренебрежимое старение) [22].

Акцент на психоэмоциональное состояние как обязательный компонент благополучия происходит также за счет внедрения и развития ряда направлений:

- Внедрение расширенных психологических шкал в оценку состояния пациентов;
- Самодиагностика и самомониторинг для своевременного выявления падения работоспособности;
- Расширение возможностей социализации и роль общения в сохранении и восстановлении нормальной работы психики;
- Геймификация процессов обучения пациентов, повышения комплаентности и упрощения прохождения неприятных процедур (в т.ч. клоунотерапия) [22, 23].

Другим важным аспектом этого тренда является партисипаторность и расширение границ ответственности. Пациент становится равноправным участником процесса выздоровления, получая расширенный арсенал возможностей для этого, но и большую ответственность за результат. Данный тренд пересекается с обозначенными ранее по ряду направлений, в частности:

- Телемедицина рассматривается не как вспомогательная опция, а как медицина новых возможностей вне зависимости от местоположе-

ния с не только не меньшими, а более высокими показателями эффективности [23];

- Разовые затраты на разработку телемедицинских технологий рассматриваются как инвестиции с дальнейшим снижением затрат на организацию оказания медицинской помощи.

Заключение

Период с 2021 по 2023 годы характеризуется рядом важных тенденций в мировой клинической медицине, и процессами пересмотра приоритетов исследовательских интересов, к которым прежде всего относится междисциплинарный подход к решению практико-ориентированных задач и вызовов. Появление в различных областях медицины публикаций отечественных авторов по направлениями цифровой медицины, персонализированных предиктивных подходов, использования искусственного интеллекта в медицине и вопросам качества жизни свидетельствуют о развитии медицины в стране и передовой области исследований.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Massetti M, Chiariello GA. The metaverse in medicine. *Eur Heart J Suppl.* 2023;25(Suppl B):B104-B107. doi: 10.1093/eurheartjsupp/suad083
2. Wilmes N, Hendriks CWE, Viets CTA, Cornelissen SJWM, van Mook WNKA, Cox-Brinkman J, Celi LA, Martinez-Martin N, Gichoya JW, Watkins C, Bakhshi-Raiez F, Wynants L, van der Horst ICC, van Bussel BCT. Structural under-reporting of informed consent, data handling and sharing, ethical approval, and application of Open Science principles as proxies for study quality conduct in COVID-19 research: a systematic scoping review. *BMJ Glob Health.* 2023;8(5):e012007. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012007
3. Maxwell L, Shreedhar P, Levis B, Chavan SA, Akter S, Carabali M. Overlapping research efforts in a global pandemic: a rapid systematic review of COVID-19-related individual participant data meta-analyses. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):735. doi: 10.1186/s12913-023-09726-8
4. Liu ZY, Huang Y, Xu J, Xiang L, Su ZH, Liu YW, Zhang H. Analysis and prediction of research hotspots and trends in pediatric medicine from 2,580,642 studies published between 1940 and 2021. *World J Pediatr.* 2023;19(8):793—797. doi: 10.1007/s12519-023-00731-9
5. Almubarak H. The Potential Role of Telemedicine in Early Detection of Oral Cancer: A Literature Review. *J Pharm Bioallied Sci.* 2022;14(Suppl 1):S19-S23. doi: 10.4103/jpbs.jpbs_641_21
6. Dhediya R, Chadha M, Bhattacharya AD, Godbole S, Godbole S. Role of Telemedicine in Diabetes Management. *J Diabetes Sci Technol.* 2023;17(3):775—781. doi: 10.1177/19322968221081133
7. Khanijahani A, Akinci N, Quitiquit E. A Systematic Review of the Role of Telemedicine in Blood Pressure Control: Focus on Patient Engagement. *Curr Hypertens Rep.* 2022;24(7):247—258. doi: 10.1007/s11906-022-01186-5
8. Ma Q, Sun D, Tan Z, Li C, He X, Zhai Y, Wang L, Cui F, Li M, Gao J, Wang L, Zhao J. Usage and perceptions of telemedicine among health care professionals in China. *Int J Med Inform.* 2022;166:104856. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104856
9. Bouabida K, Lebouché B, Pomey MP. Telehealth and COVID-19 Pandemic: An Overview of the Telehealth Use, Advantages, Challenges, and Opportunities during COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel).* 2022;10(11):2293. doi: 10.3390/healthcare10112293
10. Moses JC, Adibi S, Shariful Islam SM, Wickramasinghe N, Nguyen L. Application of Smartphone Technologies in Disease Monitoring: A Systematic Review. *Healthcare (Basel).* 2021;9(7):889. doi: 10.3390/healthcare9070889
11. Becker B, Gadzhiev N, Popiolek M, Gross AJ, Netsch C. Smartphone-App für Patienten mit Nierensteinen [A mobile app for patients suffering from kidney stones]. *Urologe A.* 2018;57(5):577—582. doi: 10.1007/s00120-018-0652-0
12. Sarkies MN, Bowles KA, Skinner EH, Mitchell D, Haas R, Ho M, Salter K, May K, Markham D, O'Brien L, Plumb S, Haines TP. Data collection methods in health services research: hospital length of

¹ Justiz Vaillant AA, Nessel TA, Zito PM. Immunotherapy. [Updated 2023 Mar 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519046/>

- stay and discharge destination. *Appl Clin Inform.* 2015;6(1):96—109. doi: 10.4338/ACI-2014-10-RA-0097
13. Lu L, Zhang J, Xie Y, Gao F, Xu S, Wu X, Ye Z. Wearable Health Devices in Health Care: Narrative Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(11):e18907. doi: 10.2196/18907
 14. Appel L, Kisonas E, Appel E, Klein J, Bartlett D, Rosenberg J, Smith CN. Administering Virtual Reality Therapy to Manage Behavioral and Psychological Symptoms in Patients With Dementia Admitted to an Acute Care Hospital: Results of a Pilot Study. *JMIR Form Res.* 2021;5(2):e22406. doi: 10.2196/22406
 15. Gadzhiev N, Semeniakin I, Morshnev A, Alcaraz A, Gauhar V, Okhunov Z. Role and Utility of Mixed Reality Technology in Laparoscopic Partial Nephrectomy: Outcomes of a Prospective RCT Using an Indigenously Developed Software. *Adv Urol.* 2022;2022:8992051. doi: 10.1155/2022/8992051
 16. Barteit S, Lanfermann L, Bärnighausen T, Neuhann F, Beiersmann C. Augmented, Mixed, and Virtual Reality-Based Head-Mounted Devices for Medical Education: Systematic Review. *JMIR Serious Games.* 2021;9(3):e29080. doi: 10.2196/29080
 17. Airhihenbuwa CO, Tseng TS, Sutton VD, Price L. Global Perspectives on Improving Chronic Disease Prevention and Management in Diverse Settings. *Prev Chronic Dis.* 2021;(18):E33. doi: 10.5888/pcd18.210055
 18. Wang N, Li X, Wang R, Ding Z. Spatial transcriptomics and proteomics technologies for deconvoluting the tumor microenvironment. *Biotechnol J.* 2021;16(9):e2100041. doi: 10.1002/biot.202100041
 19. Davitte JM, Stott-Miller M, Ehm MG, Cunningham MC, Reynolds RF. Integration of Real-World Data and Genetics to Support Target Identification and Validation. *Clin Pharmacol Ther.* 2022;111(1):63—76. doi: 10.1002/cpt.2477
 20. Mousaei Ghasroldasht M, Seok J, Park HS, Liakath Ali FB, Al-Hendy A. Stem Cell Therapy: From Idea to Clinical Practice. *Int J Mol Sci.* 2022;23(5):2850. doi: 10.3390/ijms23052850
 21. Koski E, Murphy J. AI in Healthcare. *Stud Health Technol Inform.* 2021;(284):295—299. doi: 10.3233/SHTI210726
 22. Cavaliere C, Damiao J, Pizzi M, Fau L. Health, Well-Being, and Health-Related Quality of Life Following COVID-19. *OTJR (Thorofare N J).* 2023;43(2):188—193. doi: 10.1177/15394492221111733
 23. Vitorino LM, Sousa LMM, Trzesniak C, de Sousa Valentim OM, Yoshinari Júnior GH, José HMG, Lucchetti G. Mental health, quality of life and optimism during the covid-19 pandemic: a comparison between Brazil and Portugal. *Qual Life Res.* 2022;31(6):1775—1787. doi: 10.1007/s11136-021-03031-9
 6. Dhediya R, Chadha M, Bhattacharya AD, Godbole S, Godbole S. Role of Telemedicine in Diabetes Management. *J Diabetes Sci Technol.* 2023;17(3):775—781. doi: 10.1177/19322968221081133
 7. Khanijahani A, Akinci N, Quitiquit E. A Systematic Review of the Role of Telemedicine in Blood Pressure Control: Focus on Patient Engagement. *Curr Hypertens Rep.* 2022;24(7):247—258. doi: 10.1007/s11906-022-01186-5
 8. Ma Q, Sun D, Tan Z, Li C, He X, Zhai Y, Wang L, Cui F, Li M, Gao J, Wang L, Zhao J. Usage and perceptions of telemedicine among health care professionals in China. *Int J Med Inform.* 2022;(166):104856. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104856
 9. Bouabida K, Lebouché B, Pomey MP. Telehealth and COVID-19 Pandemic: An Overview of the Telehealth Use, Advantages, Challenges, and Opportunities during COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel).* 2022;10(11):2293. doi: 10.3390/healthcare10112293
 10. Moses JC, Adibi S, Shariful Islam SM, Wickramasinghe N, Nguyen L. Application of Smartphone Technologies in Disease Monitoring: A Systematic Review. *Healthcare (Basel).* 2021;9(7):889. doi: 10.3390/healthcare9070889
 11. Becker B, Gadzhiev N, Popiolek M, Gross AJ, Netsch C. Smartphone-App für Patienten mit Nierensteinen [A mobile app for patients suffering from kidney stones]. *Urologe A.* 2018;57(5):577—582. doi: 10.1007/s00120-018-0652-0
 12. Sarkies MN, Bowles KA, Skinner EH, Mitchell D, Haas R, Ho M, Salter K, May K, Markham D, O'Brien L, Plumb S, Haines TP. Data collection methods in health services research: hospital length of stay and discharge destination. *Appl Clin Inform.* 2015;6(1):96—109. doi: 10.4338/ACI-2014-10-RA-0097
 13. Lu L, Zhang J, Xie Y, Gao F, Xu S, Wu X, Ye Z. Wearable Health Devices in Health Care: Narrative Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(11):e18907. doi: 10.2196/18907
 14. Appel L, Kisonas E, Appel E, Klein J, Bartlett D, Rosenberg J, Smith CN. Administering Virtual Reality Therapy to Manage Behavioral and Psychological Symptoms in Patients With Dementia Admitted to an Acute Care Hospital: Results of a Pilot Study. *JMIR Form Res.* 2021;5(2):e22406. doi: 10.2196/22406
 15. Gadzhiev N, Semeniakin I, Morshnev A, Alcaraz A, Gauhar V, Okhunov Z. Role and Utility of Mixed Reality Technology in Laparoscopic Partial Nephrectomy: Outcomes of a Prospective RCT Using an Indigenously Developed Software. *Adv Urol.* 2022;2022:8992051. doi: 10.1155/2022/8992051
 16. Barteit S, Lanfermann L, Bärnighausen T, Neuhann F, Beiersmann C. Augmented, Mixed, and Virtual Reality-Based Head-Mounted Devices for Medical Education: Systematic Review. *JMIR Serious Games.* 2021;9(3):e29080. doi: 10.2196/29080
 17. Airhihenbuwa CO, Tseng TS, Sutton VD, Price L. Global Perspectives on Improving Chronic Disease Prevention and Management in Diverse Settings. *Prev Chronic Dis.* 2021;(18):E33. doi: 10.5888/pcd18.210055
 18. Wang N, Li X, Wang R, Ding Z. Spatial transcriptomics and proteomics technologies for deconvoluting the tumor microenvironment. *Biotechnol J.* 2021;16(9):e2100041. doi: 10.1002/biot.202100041
 19. Davitte JM, Stott-Miller M, Ehm MG, Cunningham MC, Reynolds RF. Integration of Real-World Data and Genetics to Support Target Identification and Validation. *Clin Pharmacol Ther.* 2022;111(1):63—76. doi: 10.1002/cpt.2477
 20. Mousaei Ghasroldasht M, Seok J, Park HS, Liakath Ali FB, Al-Hendy A. Stem Cell Therapy: From Idea to Clinical Practice. *Int J Mol Sci.* 2022;23(5):2850. doi: 10.3390/ijms23052850
 21. Koski E, Murphy J. AI in Healthcare. *Stud Health Technol Inform.* 2021;(284):295—299. doi: 10.3233/SHTI210726
 22. Cavaliere C, Damiao J, Pizzi M, Fau L. Health, Well-Being, and Health-Related Quality of Life Following COVID-19. *OTJR (Thorofare N J).* 2023;43(2):188—193. doi: 10.1177/15394492221111733
 23. Vitorino LM, Sousa LMM, Trzesniak C, de Sousa Valentim OM, Yoshinari Júnior GH, José HMG, Lucchetti G. Mental health, quality of life and optimism during the covid-19 pandemic: a comparison between Brazil and Portugal. *Qual Life Res.* 2022;31(6):1775—1787. doi: 10.1007/s11136-021-03031-9

REFERENCES

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 04.09.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 04.09.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.013

Проблемы льготного лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями

Сергей Александрович Линник¹, Елена Евгеньевна Туменко², Оксана Юрьевна Александрова³,
Сергей Александрович Швачко⁴

^{1–4}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;
^{1–2}АНО «Научное общество «Медицинская практика», 107031, г. Москва, Российская Федерация

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

²<https://orcid.org/0000-0001-5097-3722>

³<https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

⁴<https://orcid.org/0000-0002-9387-6479>

Аннотация. Лекарственное обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями находится в фокусе внимания федеральных и региональных органов управления здравоохранением. Обеспеченность пациентов лекарственными препаратами зависит не только от финансовых ограничений, но и от его правового регулирования и организации процесса. В статье проанализированы льготное лекарственное обеспечение пациентов с ЗНО, а также проблемы его нормативно-правового регулирования.

Ключевые слова: льготное лекарственное обеспечение, злокачественные новообразования, онкологические заболевания, региональная льгота, финансовое нормирование, лекарственные препараты

Для цитирования: Линник С. А., Туменко Е. Е., Александрова О. Ю., Швачко С. А. Проблемы льготного лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 77–82. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.013.

Original article

Problems of preferential drug provision for patients with malignant neoplasms

Sergej A. Linnik¹, Elena E. Tumenko², Oksana Y. Alexandrova³, Sergej A. Shvachko⁴

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

^{1–2}Non-government organization “Scientific medical society “Medical practice”, Moscow, Russian Federation

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

²<https://orcid.org/0000-0001-5097-3722>

³<https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

⁴<https://orcid.org/0000-0002-9387-6479>

Annotation. Drug provision of patients with oncological diseases is in the focus of attention of federal and regional health authorities. The provision of patients with drugs depends not only on financial constraints, but also on its legal regulation and organization of the process. The article analyzes preferential drug provision for patients with malignant neoplasms, as well as the problems of its legal regulation.

Key words: preferential drug provision, malignant neoplasms, oncological diseases, regional benefit, financial rationing, drugs

For citation: Linnik S. A., Tumenko E. E., Alexandrova O. Yu., Shvachko S. A. Problems of preferential drug provision for patients with malignant neoplasms. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):77–82. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.013.

Введение

Злокачественные новообразования (ЗНО), занимающая в Российской Федерации лишь 14 место по распространённости¹, в структуре смертности неизменно оказываются на втором месте, уступая лишь сердечно — сосудистым заболеваниям². Реализуемый

федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» включает в себя огромную сумму — 750 миллиардов рублей в 2019—2024 годах — на лекарственное обеспечение пациентов с ЗНО. Все средства, выделяемые в рамках указанной программы, реализуются в виде субвенций территориаль-

¹ Отчёт Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение населения по основным классам болезней» <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>

² Отчёт Федеральной службы государственной статистики «Число умерших по основным классам причин смерти» <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

ным фондам обязательного медицинского страхования (ТФОМС)³, т. е. предназначены для лечения пациентов только в условиях стационара и дневного стационара. Между тем, успехи клинической онкологии существенно снизили летальность пациентов с ЗНО, что явилось результатом не только улучшения диагностики и снижения количества впервые диагностированных пациентов с запущенными стадиями онкологических заболеваний, но и с повышением доступности медицинской помощи, внедрением современных медицинских технологий лечения и лекарственных препаратов [1—3]. Это привело к увеличению сроков лечения пациентов, многие из которых могут получать лекарственное лечение в амбулаторных условиях. Существенные суммы субъекты РФ тратят на льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) за счёт федерального (ОНЛП) и регионального (РЛО) бюджетов [4—7]. Однако, аспекты управления лекарственным обеспечением пациентов с ЗНО в амбулаторных условиях является малоизученным вопросом.

Материалы и методы

На первом этапе, используя аналитический метод, мы изучили данные поставок лекарственных препаратов (ЛП), закупленных за счёт средств РЛО и ОНЛП в 2019 — 2022 годах, на аптечные склады субъектов РФ. С помощью сравнительного метода исследования сравнили суммы средств, приходящиеся на одного впервые взятого на учёт пациента с ЗНО в ФО и некоторых субъектах. Для решения этой задачи мы использовали сайта zakupki.gov.ru. Анализировались поставки ЛП анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) групп L01, L02, а также из групп L03 и L04, т. е. ЛП, имеющие зарегистрированные показания для лечения пациентов с солидными ЗНО, но не онкогематологическими заболеваниями. Данные о количестве впервые взятых на учёт пациентов с ЗНО взяли из ежегодно издаваемых справочников «Состояние онкологической помощи населению России» [8]. Отдельно мы проанализировали поставки ЛП в отдельных субъектах РФ: ЦФО, УФО, ЮФО. Выбор этих субъектов обусловлен различным географическим положением, климатическими условиями, а также тем, что в субъектах этих ФО в 2022 году проживало 39% пациентов с впервые установленным диагнозом ЗНО и взятых на учёт, т. е. выборка является репрезентативной.

На втором этапе методом контент — анализа мы изучили нормативно-правовые акты, регулирующие лекарственное обеспечение пациентов с ЗНО в амбулаторных условиях лечения.

Результаты

Анализ поставок ЛП за счёт средств РЛО и ОНЛП для лечения пациентов с ЗНО с 2019 по 2022 го-

³ Паспорт Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями 2019 — 2024 гг.» https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/046/709/original/FP_Bor'ba_s_onkologicheskimi_zabolevaniyami.pdf?1565344164

Таблица 1

Закупки ЛП для лечения пациентов с ЗНО за счёт средств РЛО и ОНЛП по Федеральным округам в 2019 и 2022 годах

	РЛО + ОНЛП		На 1 пациента с впервые диагност. ЗНО	
	2019 г., млн руб.	2022 г., млн руб.	2019 г., руб.	2022 г., руб.
ЦФО без Москвы	6 448	14 424	59 570	148 224
г. Москва	18 046	17 205	429 007	489 366
СЗФО без Санкт-Петербурга	1 767	4 208	53 025	133 507
г. Санкт-Петербург	106	5 445	4 925	254 798
ЮФО	1 671	3 451	26 862	61 478
СКФО	667	798	28 347	32 976
ПФО	1 951	3 133	16 811	27 005
УФО	1 362	3 247	30 041	77 910
СФО	1 456	2 707	21 142	39 517
ДФО	1 026	1 441	34 558	49 247
РФ	34 563	56 092	62 596	103 816
Без гг. Москва и Санкт-Петербург	16 411	33 442	33 848	62 391

ды в Российской Федерации показал увеличение суммы затрат на 62%, достигнув в 2022 году более 56 млрд. рублей. В пересчёте на 1 пациента с вновь установленным диагнозом ЗНО и взятым на учёт сумма консолидированного бюджета РЛО и ОНЛП на закупки ЛП увеличилась с 62 595 рублей до 103 816 рублей. Детальный анализ поставок ЛП по ФО обнаружил существенную разницу между ними по сумме средств РЛО и ОНЛП в пересчёте на одного пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО. Причём, если в 2019 году разница между ФО была трёхкратной, то в 2022 году она достигла уже семикратного размера (таблица 1). При проведении анализа мы исключили из Центрального федерального округа г. Москву и из Северо-Западного федерального округа г. Санкт-Петербург. Эти города мы проанализировали отдельно, поскольку в обоих вышеупомянутых субъектах выделяются очень большие средства на ЛЛО, что может исказить результат анализа по ЦФО и СЗФО.

Анализ поставок ЛП в субъектах ЦФО обнаружил пятнадцатикратную разницу между ними как в 2019, так и в 2022 годах. Примечательно, что ряд субъектов, потративших наименьшие суммы на закупку ЛП в 2019 году в 2022, также тратили незначительные суммы в пересчёте на одного пациента впервые взятого на учёт с диагнозом ЗНО — Липецкая, Белгородская, Воронежская области. Другие субъекты, напротив, в 2022 году существенно увеличили суммы средств РЛО и ОНЛП на закупку ЛП по сравнению с 2019 годом — Рязанская, Брянская, Владимирская, Московская, Смоленская, Тверская области (таблица 2).

В субъектах Южного федерального округа в 2019 году разница в сумме средств РЛО и ОНЛП, затраченных на закупку ЛП, составила 5,5 раз. В 2022 году все субъекты, кроме Волгоградской области и Республики Калмыкия, увеличили объём средств на ЛЛО. Вместе с тем, разница между субъектами увеличилась до десятикратной (таблица 3).

В 2019 году субъекты Уральского федерального округа отличались между собой по суммам, потраченным на закупку ЛП за счёт РЛО и ОНЛП, в пе-

Таблица 2

Закупки ЛП для лечения пациентов с ЗНО за счёт средств РЛО и ОНЛП в Центральном федеральном округе в 2019 и 2022 годах

	РЛО + ОНЛП		На 1 пациента с впервые диагност. ЗНО	
	2019 г., млн. руб.	2022 г., млн. руб.	2019 г., руб.	2022 г., руб.
Белгородская обл.	51	189	8 260	30 794
Брянская обл.	234	704	41 664	137 046
Владимирская обл.	291	1 095	55 096	219 585
Воронежская обл.	129	168	13 788	20 536
Ивановская обл.	65	214	14 220	51 822
Калужская обл.	502	729	116 762	186 092
Костромская обл.	36	121	13 600	50 700
Курская обл.	119	417	22 537	93 448
Липецкая обл.	99	124	20 640	29 752
Московская обл.	3 265	7 640	129 313	324 367
Орловская обл.	180	304	50 613	108 278
Рязанская обл.	135	477	25 376	108 555
Смоленская обл.	169	609	42 307	158 560
Тамбовская обл.	72	231	17 047	59 887
Тверская обл.	294	583	54 427	129 202
Тульская обл.	299	565	47 203	107 243
Ярославская обл.	507	254	84 215	46 292
Всего...	6 448	14 424	59 570	148 224

ресчёте на одного пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО и взятым на учёт, в 59 раз с минимумом в Курганской области и максимумом в ЯНАО. Даже без учёта ЯНАО с чрезвычайно высокой суммой на одного пациента, разница между субъектами всё равно была высокой и составила 9 раз. В 2022 году разница между субъектами сократилась до 40-кратной, но без учёта данных ЯНАО, в котором по-прежнему сохранялась крайне высокая сумма средств на одного пациента, разница выросла до 14-кратной. Как в 2019, так и в 2022 годах в аутсайдерах с минимальной суммой на одного впервые диагностированного пациента были Свердловская и Курганская области. Тюменская область за 4 года увеличила сумму средств, потраченных на ЛЛО пациентов с ЗНО в 8 раз (таблица 4).

Отдельно мы проанализировали закупки ЛП с пероральным способом применения в ФО. Оказалось, что разница в сумме средств в пересчёте на одного пациента, впервые взятого на учёт с ЗНО в 2019, достигала 73-кратного размера с максимум в Москве и минимумом в Санкт-Петербурге и сократилась до 24-кратного в 2019 с максимальной суммой по-прежнему в Москве, а минимальной — в Се-

Таблица 3

Закупки ЛП для лечения пациентов с ЗНО за счёт средств РЛО и ОНЛП в Южном федеральном округе в 2019 и 2022 годах

	РЛО + ОНЛП		на 1 пациента с впервые диагност. ЗНО	
	2019 г., млн. руб.	2022 г., млн. руб.	2019 г., руб.	2022 г., руб.
Адыгея респ.	25	112	14 170	78 118
Астраханская обл.	151	433	44 100	132 968
Волгоградская обл.	174	138	17 877	14 186
Калмыкия респ.	21	9	28 817	15 589
Краснодарский кр.	1 159	2 590	50 886	132 948
Ростовская обл.	140	169	9 378	13 097
Итого...	1 671	3 451	47 991	61 478

Таблица 4

Закупки ЛП для лечения пациентов с ЗНО за счёт средств РЛО и ОНЛП в Уральском федеральном округе в 2019 и 2022 годах

	РЛО + ОНЛП		На 1 пациента с впервые диагност. ЗНО	
	2019 г., млн. руб.	2022 г., млн. руб.	2019 г., руб.	2022 г., руб.
Курганская обл.	22	37	5 764	12 706
Свердловская обл.	275	353	17 754	22 162
Тюменская обл.	117	937	18 524	185 138
Челябинская обл.	297	628	21 063	50 831
ХМАО	257	769	55 358	173 699
ЯНАО	366	523	344 574	509 688
Итого...	1 362	3 247	30 041	77 910

Таблица 5

Закупки ЛП с пероральным способом применения для лечения пациентов с ЗНО за счёт средств РЛО и ОНЛП по Федеральным округам в 2019 и 2022 годах

	РЛО + ОНЛП		На 1 пациента с впервые диагност. ЗНО	
	2019 г., млн руб.	2022 г., млн руб.	2019 г., руб.	2022 г., руб.
ЦФО без Москвы	5 681 940 440	13 831 402 196	35 448	86 290
г. Москва	12 225 483 355	14 310 234 977	347 730	407 026
СЗФО без Санкт-Петербурга	1 435 186 460	3 959 567 559	45 537	125 633
г. Санкт-Петербург	100 784 060	5 200 840 932	4 716	243 383
ЮФО	974 122 628	3 073 401 451	15 900	50 164
СКФО	300 649 243	394 461 812	12 425	16 301
ПФО	1 412 942 233	2 483 122 687	12 181	21 406
УФО	909 478 515	2 727 528 326	19 638	58 895
СФО	850 560 500	1 920 404 046	12 419	28 039
ДФО	598 755 020	1 175 186 112	20 460	40 158
РФ	24 489 902 453	49 076 150 098	45 326	90 831
Без гг. Москва и Санкт-Петербург	12 163 635 039	29 565 074 189	21 751	53 361

веро-Кавказской федеральном округе (таблица 5). При этом в среднем по РФ, без учёта Москвы и Санкт-Петербурга, средняя сумма средства на 1 пациента с 2019 года увеличилась более чем в два раза.

На втором этапе работы мы изучили действующие нормативно-правовые акты, регулирующие льготное лекарственное обеспечение пациентов с ЗНО. В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (ПГГ) все пациенты с диагнозом ЗНО должны быть обеспечены бесплатными ЛП в условиях амбулаторного лечения, причём с 2020 года не менее, чем перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП) за исключением ЛП, которые не могут применяться в амбулаторных условиях⁴.

РЛО финансируется за счёт бюджетов субъектов, ОНЛП — за счёт федерального бюджета. Программа ОНЛП регулируется Федеральным законом⁵, в соответствии с которым, при наличии группы инвалидности, пациент с ЗНО относится к федеральным

⁴ Постановление Правительства РФ № 1610 от 07 декабря 2019 года <http://government.ru/docs/38547/>

⁵ Федеральный закон Российской Федерации № 178 от 17 июля 1999 года «О государственной социальной помощи» https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/

льготникам и должен быть обеспечен за счёт средств ОНЛП. Все другие пациенты должны быть обеспечены ЛП за счёт бюджетов субъектов — программы РЛО. Следовательно, любой пациент с ЗНО должен быть обеспечен ЛП на амбулаторном этапе лечения вне зависимости от наличия или отсутствия инвалидности. Учёт пациентов, которые должны быть обеспечены льготными ЛП, осуществляется с помощью Федерального регистра лиц, имеющих право на льготные ЛП⁶.

Регулирование финансирования лекарственного обеспечения пациентов на амбулаторном этапе лечения пациентов отсутствует. Федеральным законом 178 определены категория пациентов и источник финансирования лекарственного обеспечения по программе ОНЛП. Постановлением Правительства России ежегодно определяется ежемесячная сумма на каждого льготника, перечисляемая из Федерального бюджета в бюджеты субъектов. Средства предназначены для приобретения любых ЛП из перечня ЖНВЛП для лечения пациентов с любыми нозологиями. Финансирование программы ОНЛП осуществляется за счет средств федерального бюджета в объеме, предусмотренном Федеральным законом о бюджете на текущий год. Объем субвенций определяется исходя из численности граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и не отказавшихся от получения социальной услуги. Т.е. бюджет ОНЛП субъекта зависит от количества федеральных льготников, распределение этих средств — от решения местных органов управления здравоохранением.

Обсуждение

Обнаруженные нами десятикратные различия в сумме средств, потраченных субъектами РФ на ЛЛО пациентов с ЗНО трудно объяснить только экономическим положением субъектов. Например, Свердловская область, потратившая в 2022 году только 22 162 рубля на ЛЛО пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения в пересчёте на одного пациента с впервые выявленным ЗНО и взятым на учёт, обладает не меньшим экономическим развитием, чем, например, Республика Адыгея, потратившая в том же году в 4 раза больше — 78 1148 рублей. При этом, безусловно, необходимо учесть размеры субъектов и доступность специализированной онкологической помощи в них. Свердловская область занимает площадь 194 226 квадратных километров, а Республика Адыгея только 7 792 кв. км. Очевидно, что пациентам, проживающим в Свердловской области, труднее (дольше путь, больше времени) попасть в дневной стационар для лечения, чем пациентам в Адыгее. Других же опций для получения бесплатных ЛП нет: либо ЛЛО в амбулаторных условиях, либо медицинская помощь в условиях стационаров и дневных стационаров. Конечно, получать лечение дома гораздо удобнее ежедневных ви-

зитов в дневной стационар. Если пациента не обеспечили лекарственными препаратами в амбулаторных условиях и при этом пациент проживает в населённом пункте, в котором нет дневного стационара, оказывающего медицинскую помощь по профилю «онкология», то это практически всегда означает отказ от лекарственного лечения, поскольку трудно представить ситуацию, при которой пациент будет ежедневно ездить в другой населённый пункт в течение нескольких месяцев или даже лет.

Существенная разница в сумме средств ЛЛО, в расчёте на 1 пациента с впервые диагностированным ЗНО, как между ФО, так и отдельными субъектами, выявленная в ходе нашего исследования, вызывает сомнения в приверженности клиническим рекомендациям при лечении пациентов. Между тем, Федеральным законом 323 определено, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций⁷. Т.е. лечение должно соответствовать клиническим рекомендациям.

Постановлением Правительства РФ № 890 от 1994⁸ года онкологические заболевания включены в перечень заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛП отпускаются по рецептам врачей бесплатно. Возникает вопрос: могут ли субъекты РФ, реализуя свои полномочия за счёт бюджетов субъектов, формировать собственные перечни ЛП или же субъекты должны руководствоваться нормами ПГГ и обеспечивать пациентов ЛП не менее перечня ЖНВЛП [9, 10]? Разница в перечне ЛП для льготного лекарственного обеспечения за счёт средств РЛО обусловлена отсутствием единых требований к их формированию, а также разным уровнем благосостояния регионов [10—12]. Бюджет программ РЛО формируется субъектами РФ самостоятельно из собственных средства, принимая закон о бюджете субъекта. Этот бюджет, также, как и бюджет программы ОНЛП, планируется без учёта реальной потребности пациентов в ЛП [13].

Основная проблема ОНЛП — возможность монетизации льгот, поскольку основная идея программы — выделение средств на всех льготников вне зависимости от того, нуждаются они в лекарственном лечении или нет, т. е. подобие страхового принципа [14—16].

Таким образом, действующие нормативно-правовые акты определяют бесплатное лекарственное обеспечение пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения, равно как и источники бюджетов для закупки ЛП. Однако, ни один из них не учитывает реальную потребность в ЛП пациентов с ЗНО. В этом алгоритме отсутствует расчёт потребности в ЛП, а закупки ЛП ведутся исходя из размера бюджета программы ОНЛП в каждом субъекте. Ещё одна

⁶ Федеральный закон от 13 июля 2020 г. № 206-ФЗ <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007130048>

⁷ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/

⁸ Постановление Правительства РФ № 890 от 1994 <https://base.garant.ru/101268/>

проблема — отсутствие на законодательном уровне разделения обязанностей по ЛЛО между субъектами и Федерацией [14, 16]. Федеральные льготники, в случае отказа от набора социальных услуг в виде льготного лекарственного обеспечения, не лишаются льготного лекарственного обеспечения: они могут и должны быть обеспечены за счёт бюджета субъекта, т. е. программы РЛО [15, 17]. Это существенно увеличивает нагрузку на бюджеты субъектов в части льготного лекарственного обеспечения.

Отсутствие регулирования финансового обеспечения ЛЛО приводит к недостаточному лекарственному обеспечению пациентов с ЗНО на амбулаторном этапе лечения [13] и высокой межтерриториальной дифференциации в доступности ЛП [18]. Об этом свидетельствуют о серьёзные различия средних объёмов фактических затрат на одного обратившегося льготополучателя [19, 20], что и подтвердило наше исследование.

Заключение

Существенная разница в сумме, выделяемой на одного пациента как из средств федерального бюджета, так и региональных бюджетов с впервые установленным диагнозом ЗНО в Федеральных округах, создаёт неравные условия для лечения пациентов с онкологическими заболеваниями в амбулаторных условиях, живущим в разных Федеральных округах. Несмотря на то, что законодательно определены источники финансирования ЛЛО пациентов с ЗНО в амбулаторных условиях лечения, не урегулированы вопросы расчёта реальной потребности пациентов в лекарственных препаратах, а объём закупок ЛП определяется не реальной потребностью, а выделенным бюджетом.

Мы считаем, что введение единой методики расчёта планируемой потребности в лекарственных препаратах для лечения пациентов с ЗНО, а также финансового нормирования льготного лекарственного обеспечения пациентов в амбулаторных условиях во-первых, приблизит лечение пациентов в амбулаторных условиях к действующим клиническим рекомендациям, а во-вторых, создаст равные условия лекарственного обеспечения и доступности специализированной медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Hashim D., Boffetta P., Vecchia C. La [et al.]. The global decrease in cancer mortality: trends and disparities. *Annals of Oncology*. 2016;27(5):926—933.
2. Кагония Л. М., Асташов В. Л., Минаков С. Н. Динамика заболеваемости раком молочной железы в Московской области (2011—2018 гг.). *Медицинский совет*. 2020;(20):166—173.
3. Ларичева И. В., Ястребова Е. С., Простов М. Ю. [и др.]. Возможности по снижению смертности от рака предстательной железы в России: анализ данных государственного ракового регистра за 2018—2020 гг. *Менеджер здравоохранения*. 2022;(4):31—38.
4. Петрухина И. К., Ягудина Р. И., Рязанова Т. К. [и др.]. О реализации региональных программ льготного лекарственного обеспечения в субъектах Российской Федерации. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022;66(2):108—115.
5. Пильщикова В. В., Шильцова Т. А., Васильев Ю. А. Анализ стратегии лекарственного обеспечения отдельных категорий

- населения Краснодарского края. *Новые технологии*. 2021;17(4):94—102.
6. Корабельникова Н. Ю., Кузнецов Д. А. Изучение реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами на территории Тамбовской области. *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2021;8(1):49—52.
 7. Линник С. А. Информационные технологии управления лекарственным обеспечением пациентов со злокачественными новообразованиями. дис. ... доктора. мед. наук: 3.2.3. Москва: ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»; 2023. 267 с.
 8. А. Д. Каприн, В. В. Старинский, А. О. Шахзадова Состояние онкологической помощи населению России в 2019 / 2020 / 2020 / 2021 / 2022 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ; 2022. 239 с.
 9. Феоктистова Ю. В., Поддубный Е. А., Манеева Е. С., Елисева Е. В. Нормативно-правовые и организационные основы льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан. *Таврический медико-биологический вестник*. 2018;(4):120—127.
 10. Нагибин О. А., Селявина О. Н., Караушева Л. Е. Анализ нормативно-правовых актов по организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на меры социальной поддержки. *Лечебное дело*. 2020;(2):128—136.
 11. Нагибин О. А., Манухина Е. В., Караушева Л. Е. Льготное лекарственное обеспечение: современное состояние нормативно-правового регулирования. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2021;(3):18—23.
 12. Александрова О. Ю., Нагибин О. А. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов — значение понятий для конкретизации госгарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2015;(4):25—32.
 13. Зубарева Л. В., Широкоярд М. Г. Организационно-экономические аспекты управления льготным лекарственным обеспечением. *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2019;(2):4—7.
 14. Щепин В. О., Тельнова Е. А., Проклова Т. Н. Состояние и проблемы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(2):108—112.
 15. Тельнова Е. А., А. А. Загрудченко О состоянии льготного лекарственного обеспечения. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2021;(2):72—81.
 16. Комаров И. А., Александрова О. Ю., Нагибин О. А. Современная организация лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Федеральные и региональные особенности. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(5):53—60.
 17. Капустин Н. В. Проблемы координации вопросов здравоохранения, находящихся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. *Актуальные проблемы правоведения*. 2016;51(3):27—29.
 18. Авксентьев Н. А., Назаров В. С. Лекарственное обеспечение в России: состояние и перспективы. *Экономическое развитие России*. 2019;25(11):63—67.
 19. Петрухина И. К., Егорова А. В., Логинова Л. В., Бубнова А. А. Анализ особенностей реализации региональных программ льготного лекарственного обеспечения в отдельных субъектах РФ. *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2019;6(2):62—63.
 20. Петрухина И. К., Рязанова Т. К., Егорова А. В. [и др.]. Особенности реализации программ региональной лекарственной поддержки федеральных льготополучателей в субъектах РФ. *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2020;7(1):72—74.

REFERENCES

1. Hashim D., Boffetta P., Vecchia C. La [et al.]. The global decrease in cancer mortality: trends and disparities. *Annals of Oncology*. 2016;27(5):926—933.
2. Kogoniya L. M., Astashov V. I., Minakov S. N. The dynamics of the incidence of breast cancer in the Moscow region (2011—2018). *Meditsinskiy sovet = Medical Council. [Meditsinskiy sovet]*. 2020;(20):166—173 (in Russian).
3. Laricheva I. V., Yastrebova E. S., Prostov M. U., Nushko K. M., Murashko R. A. Opportunities for reducing mortality from prostate cancer in Russia: analysis of data from the state cancer registry for

- 2018—2020. *Health care manager. [Manager Zdravooohranenia]*. 2022;(4):31—38 (in Russian).
4. Petrukhnina I. K., Yagudina R. I., Ryazanova et al. The implementation of regional programs of subsidized drug provision in the subjects of the Russian Federation. *Health care of the Russian Federation. [Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii]*. 2022;66(2):108—115 (in Russian).
 5. Pilshchikova V. V., Shiltsova T. A., Vasiliev Yu. A. Analysis of the strategy of drug provision of certain categories of the population of the Krasnodar region. *New technologies. [Novye tekhnologii]*. 2021;17(4):94—102 (in Russian).
 6. Korabelnikova N. Yu., Kuznetsov D. A. Study of the implementation of the program for providing necessary medicines in the Tambov region. *Modern drug supply organization. [Sovremennaya organizatsiya lekarstvennogo obespecheniya]*. 2021;8(1):49—52 (in Russian).
 7. Linnik S. A. Information technologies of management of medicinal provision of patients with malignant neoplasms. disc. ... Doctor of medical sciences: 3.2.3. Moscow: FGBNU «National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko»; 2023. 267 p. (in Russian).
 8. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Schakhbazova A. O. The state of cancer for the Russia's population in 2019, 2022. Moscow: MNI OI named after P. A. Gercen — branch of National Radiology center Ministry of Health of the Russian Federation; 2022. 239 p. (in Russian).
 9. Feoktistova Yu. V., Poddubny E. A., Maneeva E. S., Eliseeva E. V. Legislative and organizational fundamentals of preferential medicinal provision of certain categories of citizens. *Tavricheskiy mediko-biological bulletin. [Tavricheskiy mediko-biologicheskii vestnik]*. 2018;(4):120—127 (in Russian).
 10. Nagibin O. A., Selyavina O. N., Karasheva L. E. The Analysis of Legal Acts on Organization of Drug Provision for Certain Categories of Citizens Entitled to Social Support Measures. *The Journal of General Medicine. [Lechebnoe delo]*. 2020;(2):128 —136 (in Russian).
 11. Nagibin O. A., Manukhnina E. V., Karasheva L. E. Preferential medicine provision: the current state of legal regulation. *Public Health and Health Care. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie]*. 2021;(3):18—23 (in Russian).
 12. Aleksandrova O. Yu., Nagibin O. A. The list of vital and essential drugs — the meaning of concepts for specifying state guarantees of free drug medical care. *Health care manager. [Manager Zdravooohranenia]*. 2015;(4):25—32 (in Russian).
 13. Zubareva L. V., Shirokioryad M. G. Organizational and economic aspects of management of preferential drug provision. *Health care of Yugra: experience and innovations. [Zdravookhranenie Yugry: opyt i innovatsii]*. 2019;19(2):4—7 (in Russian).
 14. Shchepin V. O., Telnova E. A., Proklova T. N. The state and problems of pharmaceutical support of preferential categories of citizens. *The problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2019;27(2):108—112 (in Russian).
 15. Telnova E. A., Zagoruychenko A. A. About the state of preferred medicinal provision. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2021;(2):72—81 (in Russian).
 16. Komarov I. A., Aleksandrova O. Yu., Nagibin O. A. Current organization of drug maintenance for certain patient groups. Role of drug lists. *Health care manager. [Manager Zdravooohranenia]*. 2019;(5):53—60 (in Russian).
 17. Kapustin N. V. the problem of coordination of health issues, which is in the joint jurisdiction of the Russian Federation and subjects of the Russian Federation. *Current problems of law. [Aktual'nye problemy pravovedeniya]*. 2016;51(3):27—29 (in Russian).
 18. Avksentev N. A., Nazarov V. S. provision of pharmaceuticals in Russia: current situation and prospects for the future. *Russian economic development. [Ekonomicheskoe razvitie Rossii]*. 2019;25(11):63—67 (in Russian).
 19. Egorova A. V., Loginova L. V., Bubnova A. A. The analysis of features of realization of regional programs of preferential provision of medicines in some territorial subjects of the Russian Federation depending on categories of diseases. *Modern organization and drug supply. [Sovremennaya organizatsiya lekarstvennogo obespecheniya]*. 2019;6(2):62—63 (in Russian).
 20. Petrukhnina I. K., Ryazanova T. K., Egorova A. V. et al. Features of the implementation of regional medicine support programs of federal benefit recipients in the constituent entities of the Russian Federation. *Modern organization and drug supply. [Sovremennaya organizatsiya lekarstvennogo obespecheniya]*. 2020;7(1):72—74 (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 04.09.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 04.09.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.014

Анализ состояния информатизации здравоохранения и практики применения информационных систем и технологий в Российской Федерации

Реваз Ревазович Харчилава¹, Денис Николаевич Шимановский²,
Рустам Русланович Мухамедиев³, Марина Михайловна Шегай⁴

^{1–3}ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация;

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

¹dr.revaz@gmail.com; <http://orcid.org/0009-0001-6149-6041>

²mailalamow@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-8211-8138>

³rustammukhamediev@gmail.com; <http://orcid.org/0009-0000-2935-840X>

⁴mshegai@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0003-4054-1998>

Аннотация. Рассмотрены имеющиеся сведения о применении информационных технологий в здравоохранении РФ. Описана реализация ряда крупных федеральных проектов в сфере информатизации здравоохранения, которые позволили обеспечить инфраструктурное и базовое обеспечение оборудованием, каналами связи и программным обеспечением большую долю медицинских организаций, соединить их в единую защищенную информационную сеть и обеспечить обмен и накопление данных о работе системы здравоохранения РФ. Обсуждаются проблемы и возможности развития информатизации отрасли здравоохранения в том числе с помощью искусственного интеллекта.

Ключевые слова: информатизация здравоохранения; цифровое здравоохранение; искусственный интеллект; большие данные; системы поддержки принятия решений; электронные медицинские карты

Для цитирования: Харчилава Р. Р., Шимановский Д. Н., Мухамедиев Р. Р., Шегай М. М. Анализ состояния информатизации здравоохранения и практики применения информационных систем и технологий в Российской Федерации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 83–89. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.014.

Review article

Analysis of the state of health informatization and the practice of using information systems and technologies in the Russian Federation

Revaz R. Kharchilava¹, Denis N. Shimanovskiy², Rustam R. Mukhamediev³, Marina M. Shegay⁴

^{1–3}Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation;

⁴N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

¹dr.revaz@gmail.com; <http://orcid.org/0009-0001-6149-6041>

²mailalamow@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-8211-8138>

³rustammukhamediev@gmail.com; <http://orcid.org/0009-0000-2935-840X>

⁴mshegai@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0003-4054-1998>

Annotation. The available information on the use of information technologies in healthcare of the Russian Federation is considered. The article describes the implementation of a number of major federal projects in the field of healthcare informatization, which made it possible to provide infrastructure and basic equipment, communication channels and software to a large proportion of medical organizations, connect them into a single secure information network and ensure the exchange and accumulation of data on the work of the healthcare system of the Russian Federation. The problems and possibilities of the development of informatization of the healthcare industry, including with the help of artificial intelligence, are discussed.

Key words: healthcare informatization; digital healthcare; artificial intelligence; big data; decision support systems; electronic medical records

For citation: Kharchilava R. R., Shimanovskiy D. N., Mukhametdiev R. R., Shegay M. M. Analysis of the state of health informatization and the practice of using information systems and technologies in the Russian Federation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):83–89. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.014.

Введение

Как известно выполнение национального проекта «Здравоохранение» в РФ предусматривает реали-

зацию федерального проекта «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» [1].

Распоряжением Правительства Российской Федерации № 3980-р от 29 декабря 2021 г. утверждено Стратегическое направление в области цифровой трансформации здравоохранения, которым определены цели, проблемы и вызовы цифровой трансформации.

Стратегическое направление цифровой трансформации здравоохранения предполагает реализацию следующих межведомственных проектов и стратегических инициатив.

1. Проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
2. Проект «Медицинские платформенные решения федерального уровня» направлен на внедрение специализированных вертикально интегрированных медицинских информационных систем (ВИМИС).
3. Инициатива «Национальная цифровая платформа «Здоровье».
4. Инициатива «Персональные медицинские помощники».

1. Проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» нацелен на повышение эффективности Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и предполагает следующие направления реализации:

- развитие инфраструктуры в сфере здравоохранения (оснащение медицинских работников автоматизированными рабочими местами (АРМ), подключение медицинских организаций к защищённой сети передачи данных (ЗСПД), внедрение и использование медицинских информационных систем (МИС) в поликлиниках и в стационарах);
- формирование «незаметного для граждан» — удобного межведомственного взаимодействия;
- обеспечение работы сервиса «Мое здоровье» на едином портале государственных услуг (ЕПГУ) (создание и развитие сервисов для граждан);
- формирование системы единых регистров (развитие взаимодействия медицинских организаций с подсистемами единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ); между подсистемами ЕГИСЗ и ЗСПД субъектов РФ, МИС медицинских организаций для обеспечения работы регистров);
- управление потоками пациентов и лекарственным обеспечением (обеспечение работы медицинских организаций по профилям и видам медпомощи: электронная регистратура, льготное лекарственное обеспечение, скорая медицинская помощь и т. д.).

Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения — это национальная информационная система, создаваемая для обеспечения эффективной информационной поддержки

органов и организаций системы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного получения¹.

Существует 3 уровня системы ЕГИСЗ:

- 1) федеральный — ЕГИСЗ МЗ РФ;
- 2) региональный — это государственные информационные системы субъектов РФ (РЕГИЗ, РС ЕГИСЗ);
- 3) уровень медучреждения — это медицинские, лабораторные информационные системы, установленные в медицинских организациях всех форм собственности, используемые для автоматизации процессов оказания пациенту медпомощи.

Общее количество подсистем инфраструктуры ЕГИСЗ в 2023 году насчитывает 16, среди которых:

1. Электронная медицинская карта — подсистема создана с целью сбора обезличенной информации по отдельным нозологиям и профилям оказания медпомощи.
2. Регистр медицинских работников — подсистема создана для учета кадровой информации на региональном и федеральном уровне.
3. Электронная регистратура федерального уровня — сервис позволяет создавать электронную версию графика работы врачей, а также в удобной форме принимать записи.
4. Высокотехнологичная медицинская помощь — с помощью сервиса врачи могут создать карту, заявку на оказание медицинских услуг для пациентов, которые нуждаются в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).
5. Мониторинг санаторно-курортного лечения — подсистема позволяет создавать карты пациентов и заявки на санаторно-курортное лечение в дистанционном режиме.
6. Реестр медицинских организаций РФ — база данных с детальным описанием количества медицинских организаций в конкретном регионе и паспортом организации.

В рамках проекта широкое распространение получил сервис «Мое здоровье» — сервис для граждан на Едином портале государственных услуг (<https://www.gosuslugi.ru/category/health>). В личном кабинете портала пользователи могут воспользоваться различными услугами:

- 1) запись на прием;
- 2) вызов врача;
- 3) получение сведений о медицинской организации;
- 4) запись на вакцинацию;
- 5) получение сведений о полисе ОМС;
- 6) просмотр информации о медицинской помощи;
- 7) запрос сведений по листкам нетрудоспособности;
- 8) получение доступа к электронным медицинским документам.

¹<https://egisz-rosminzdrav.ru>

Таблица 1

IT-подсистемы Минздрава России и доля электронных документов



Важным направлением проекта является развитие технологий искусственного интеллекта в здравоохранении.

Целью внедрения искусственного интеллекта является повышение эффективности системы здравоохранения путем создания интеллектуальных инструментов поддержки клинического пути пациента, систем поддержки принятия врачебных решений².

С июля 2020 года Минздрав России приступил к разработке стандартов в сфере применения искусственного интеллекта в здравоохранении.

С осени 2020 года при поддержке Минздрава России стартовал проект «Цифровая диагностика». В эксперименте приняли участие 13 медицинских учреждений Ханты-Мансийского автономного округа.

Также Минздрав России совместно с корпорацией «Ростех» инициировал проект по созданию площадки, которая предоставляет информационную поддержку разработчикам программ помощи точной лучевой диагностики. Результатом стала первая версия федеральной платформы искусственного и интеллекта (ИИ), созданная в июле 2021 года. Для машинного обучения и проверки алгоритма необходимы верифицированные базы данных. При разработке была использована информация, интегрированная из электронных медицинских карт.

В ноябре 2022 года Минздрав России объявило о запуске платформы ИИ в медицине для коммуникации и взаимодействия медицинского сообщества и разработчиков ИИ-продуктов (решений). Основной проблемой при разработке ИИ-решений был недо-

статок определенных задач, которые должны решать ИИ-решения, и отсутствие унифицированных баз данных для обучения ИИ. Цель платформы — нивелировать разрыв между разработчиками и медицинским персоналом, которые будут использовать продукты первых.

Первые структурированные наборы данных (дата сет) были созданы и размещены на платформе Национальными медицинскими исследовательскими центрами Минздрава России (НМИЦ) — НМИЦ колопроктологии им. А. Н. Рыжих Минздрава России, НМИЦ им. В. А. Алмазова Минздрава России и НМИЦсердечно-сосудистойхирургииим. А. Н. Бакулева Минздрава России.

Осенью 2022 года Владимир Путин поручил Минздраву России совместно с Минэкономразвития России и Минцифры России обеспечить:

- использование результатов исследования применения технологий на основе ИИ;
- формирование открытых баз больших данных (дата-сетов) обезличенных медицинских данных пациентов в целях развития технологий ИИ в здравоохранении.

В начале 2023 года мероприятия по внедрению медицинских изделий с технологией искусственного интеллекта в регионах России были включены в федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении». В соглашения Минздрава России с регионами на 2023 год было включено требование о том, чтобы как минимум в одной централизованной системе в здравоохранении (из 11) использовалось изделие с ИИ, в 2024 году в региональной системе здравоохранения должно использоваться как минимум три таких медицинских изделия, а также сервисы голосового ввода, видеоаналитики.

² https://files.data-economy.ru/Docs/Effectivnye_practiki_vndreniya_II_v_zdravoohranenii.pdf

Таблица 2

Примеры использования изделий с ИИ в здравоохранении

Примеры использования медицинских изделий с технологией искусственного интеллекта



<p>● 2019 год</p> <p>Повышение эффективности выявления рака молочной железы с помощью программы «Цельс»</p> <p>Заказчик: ГБУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер»</p> <p>Задача: анализ 4 852 маммографических исследований для выявления признаков рака молочной железы</p>	<p>Результат:</p> <p>на 33% повысилась скорость анализа исследований с помощью «Цельс» (с 7.15 мин. врачом до 4.50 мин.)</p> <p>на 30% выросла производительность рентгенологического кабинета</p>
<p>● 2020 год</p> <p>Оценка рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний программой Webiomed</p> <p>Заказчик: Министерство здравоохранения Кировской области</p> <p>Задача: проверка 29 641 обезличенных данных электронных медкарт жителей региона, прошедших диспансеризацию, для оценки рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний</p>	<p>Результат:</p> <p>в 50% случаев программа на основе данных электронных медкарт выявляет факторы риска</p> <p>в 52% случаев программа дает более точную оценку сердечно-сосудистого риска</p> <p>в 64% случаев программа более точно определяет группу риска пациента по клиническим рекомендациям</p> <p>в 82% пациентам, прошедшим диспансеризацию, программа более корректно определяет абсолютный риск смерти от сердечно-сосудистого заболевания</p>
<p>● 2022-2025 года</p> <p>Повышение качества описания исследований в мед. учреждениях Республики Татарстан за счёт использования сервисов с технологией искусственного интеллекта «Третье Мнение»</p> <p>Заказчик: государственное автономное учреждение Республики Татарстан «Диспансерский центр Минздрава Республики Татарстан»</p> <p>Задача: повысить качество и скорость интерпретации флюорограмм, рентгенограмм, КТ органов грудной клетки и маммограмм, снизить количество направлений на повторные исследования, повысить раннюю выявляемость двух распространенных видов рака</p>	<p>Результат:</p> <p>от 17% до 30% сокращено время на прочтение и описание исследования в зависимости от удаленности</p> <p>≈1,5 млн. обработанных исследований с декабря 2022 года</p> <p>37 больниц в республике Татарстан подключено к сервисам «Третье мнение»</p>

Всего в России к 2023 году зарегистрировано 21 медицинское изделие с применением технологий ИИ, 17 от российских разработчиков, 4 — от иностранных. Основные направления этой техники — анализ медицинских изображений и снимков, поддержка принятия врачебных решений, автоматизация отчётности.

За три года количество электронной документации в медучреждениях значительно выросло, что как раз означает создание массива данных для обучения ИИ. Планируется разработка постановления правительства о равных условиях доступа компаний к структурированным данным (табл. 1, 2)³.

2. Проект «Медицинские платформенные решения федерального уровня» направлен на внедрение специализированных вертикально интегрированных медицинских информационных систем.

На основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) была создана вертикальная интегрированная медицинская информационная система (ВИМИС)⁴.

Она призвана осуществлять взаимосвязь между региональным здравоохранением и национальными медицинскими исследовательскими центрами (НМИЦ).

В целом ВИМИС представляет собой платформенное решение, которое формулирует требования, обеспечивает информационное взаимодействие с подсистемой ЕГИСЗ, межведомственное взаимодействие, взаимодействие с иными системами. Если обобщить, то ВИМИС — это клиническая часть

ЕГИСЗ, она агрегирует информацию и о пациенте, и о враче, подсказывает, где в маршруте больного произошел сбой, чтобы ему своевременно была оказана медицинская помощь.

Компоненты «Платформы ВИМИС»:

- ВИМИС «Онкология»;
- ВИМИС «Сердечно-сосудистые заболевания»;
- ВИМИС «Инфекционные заболевания»;
- ВИМИС «Профилактическая медицина»;
- ВИМИС «Акушерство и гинекология» и «Неонатология».

3. Персональные медицинские помощники. В рамках инициативы социально-экономического развития «Персональные медицинские помощники», в конце 2022 — начале 2023 года Минздравом России был запущен пилотный проект по обеспечению мониторинга состояния здоровья пациентов с использованием дистанционных высокотехнологичных устройств и сервисов — персональных медицинских помощников. Одной из важных задач проекта является формирование нормативной и методической базы для работы с данными дистанционного мониторинга⁵.

В рамках проекта, людям, страдающим диабетом или гипертонией, выдаются диагностические устройства, данные с которых поступают на цифровую платформу для дальнейшей обработки врачами-специалистами из двух крупнейших медицинских центров НМИЦ кардиологии им. академика Е. И. Чазова Минздрава России и НМИЦ эндокринологии Минздрава России.

³ URL:<https://d-russia.ru/zanglavyy-minzdrava-soobdhhil-o-zakljuchenii-s-bolshistvom-regionov-soglashenij-o-vnedrenii-ii-v-meducherezhdzenijah.html>

⁴ URL:<https://vimis.ncagp.ru/>

⁵ URL:<https://xn--80adbvdrrdn3buj1grakh.xn--p1ai/storage/filemanager/presentatin/ctgy/pugachev-p-strategiya-tsfirovoy-transformatsii-sfery-zdravookhraneniya.pdf>

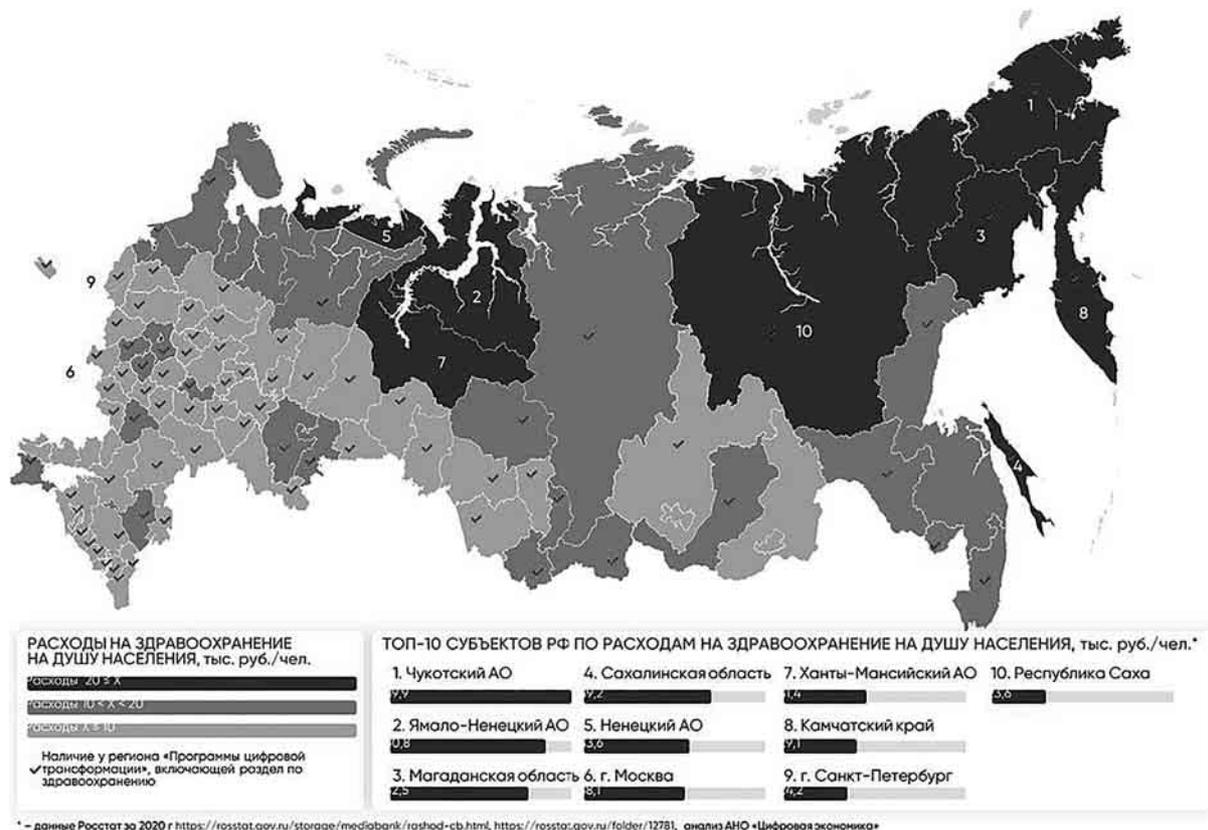


Рис. 1. Расходы субъектов РФ на здравоохранение в расчете на душу населения по состоянию на 2020 год, тыс. руб./чел.

Для обеспечения сохранности персональных данных компанией «Ростех» создана специальная информационная платформа для безопасного сбора данных. Для обеспечения эксплуатации платформы был введен специальный экспериментально-правовой режим.

Всего к концу 2024 года в рамках пилотного проекта «Персональные медицинские помощники» планируется обеспечить дистанционный мониторинг состояния здоровья у 25 тысяч пациентов.

4. «Национальная цифровая платформа «Здоровье» — это общая инфраструктура цифровой информации о здоровье, на которой создаются приложения для поддержки согласованного и эффективного предоставления медицинских услуг.

В рамках инициативы в 2022 году:

- сформирована рабочая группа;
- разработан проект концепции цифрового двойника медицинской организации.

К концу 2023 года запланировано завершение работ по созданию цифрового двойника медицинской организации. Планируется создание цифрового профиля медицинского работника.

Уровень цифровой зрелости

Основной целью реализации перечисленных проектов и стратегических инициатив является достижение высокой цифровой зрелости здравоохранения, характеризуемой следующими показателями:

- медицинские организации используют медицинские информационные системы;

- граждане, пользуются услугами сервиса «Мое здоровье» и имеют доступ к своим электронным медицинским документам;
- населения, использует устройства мониторинга и диагностики состояния здоровья;
- отчетность формируется на основе данных электронных медицинских документов.
- создан цифровой двойник медицинской организации;
- создан цифровой профиль медицинского работника;
- организовано межведомственное взаимодействие.

Минздрав России осуществляет мониторинг цифровой зрелости здравоохранения, отслеживая развитие федеральных и региональных информационных систем здравоохранения.

По данным Минздрава России⁶ [2] средние показатели рейтинга развития цифровой зрелости субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения по итогам реализации Федерального проекта в 2021 года составили 29%. Ниже данного значения располагаются результаты 60% регионов, причём итоги «ниже среднего» имеют такие развитые в цифровом отношении регионы как Москва (23%), Татарстан (25%), Новосибирская область (27%), большинство регионов Центрального федерального округа. Учитывая распределение субъектов Феде-

⁶ URL:https://itportal.ru/upload/iblock/b93/mtmwhbptwpc88p4a9nly4mhe0p3j3xkd/2021_10_14_Vankov_V_V_ITM.pdf

рации по шкале достижения развития цифровой зрелости, можно говорить о том, что техническая сторона обеспечения проекта не имеет прямой корреляции с итоговой позицией субъекта в итоговом рейтинге достижений.

Результаты цифровой трансформации

Планы и результаты внедрения информационных технологий на региональном уровне отражены в программах цифровой трансформации регионов. При этом в программах трансформации большинства регионов Российской Федерации содержится раздел по здравоохранению. На рисунке 1 представлен уровень расходов регионов РФ на здравоохранение в расчёте на душу населения и наличие у региона программы цифровой трансформации, включающей раздел по здравоохранению.

В ТОП-10 субъектов РФ по расходам на здравоохранение на душу населения вошли следующие регионы: Чукотский АО, Ямало-ненецкий АО, Магаданская область, Сахалинская область, Ненецкий АО, г. Москва, Ханты-Мансийский АО, Камчатский край, г. Санкт-Петербург, Республика Саха.

По данным Минздрава России по состоянию на I квартал 2022 года⁷:

- 1,002 млн автоматизированных рабочих мест, подключены к медицинским информационным системам в субъектах Российской Федерации;
- более 9,7 млн граждан в I квартале и более 20 млн на конец IV квартала 2022 года воспользовались онлайн-услугами в Личном кабинете пациента «Моё здоровье» на Едином портале государственных услуг и функций;
- 97,6% территориально-выделенных структурных подразделений медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения субъектов Российской Федерации подключены защищенной сети передачи данных;
- 40,4% записей на прием к врачу совершается гражданами дистанционно;
- 34,3% медицинских организаций обеспечивают для граждан доступ к юридически значимым электронным медицинским документам посредством Личного кабинета пациента «Моё здоровье».

Проблемы и ограничения

Несмотря на превышение плановых отчётных показателей, Счетной палатой Российской Федерации были выявлены факторы, сдерживающих цифровую трансформацию отрасли⁹. Так, большинство процессов в системе здравоохранения не имеет формализованного описания и не оптимизировано для



* В части формализации и оптимизации процессов для их последующей автоматизации посредством информационных систем

** По данным на конец 2021 года

Рис. 2. Состояние цифровой трансформации системы здравоохранения.

дальнейшей автоматизации посредством информационных технологий (рисунок 2).

Информационный обмен характеризуется недостаточной полнотой информации, передаваемой в ЕГИСЗ (41% предусмотренных документов).

Большинство опрошенных врачей уверены, что цифровизация нужна. Однако эффект от цифровой трансформации заметила только треть опрошенных, данный эффект выражается в сокращении временных затрат на выполнение определенных трудовых функций.

Меньше половины негосударственных организаций передают в ЕГИСЗ сведения о медработниках. А подключенные к ЕГИСЗ государственные учреждения направляют в систему лишь часть протоколов телемедицинских консультаций. Такой уровень информационного взаимодействия не позволяет обеспечить целостность и полноту данных, поступающих в ЕГИСЗ.

Такая ситуация не позволяет полностью перейти на формирование статистической отчетности в электронном виде, а также затрудняет создание цифрового профиля пациента и развитие информационных систем по контролю качества оказываемой ему медпомощи

Выделены следующие основные проблемы информатизации здравоохранения в РФ¹⁰:

- 1) сложности со сбором, анализом, обменом данными в связи с отсутствием единых стандартов подготовки электронных документов, отсутствием единого ресурса справочной и нормативной информации;
- 2) различия в работе информационных систем разных регионов, что усложняет обмен данными и препятствует созданию единого цифрового контура;

⁷ URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/055/642/original/MZRF_2021_AI_08-04-2021-Preview.pdf

⁸ URL: <https://www.garant.ru/article/1605871/>

⁹ URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/a1c/ygyhwc502ubudozudfb6bp73i684e132.pdf>

¹⁰ URL: <https://ach.gov.ru/checks/>

- 3) более длительные сроки выстраивания внутренних бизнес-процессов организаций здравоохранения в связи с одновременным внедрением большого количества систем и сервисов, возникновение расхождений в предоставляемых отчетных документах;
- 4) недостаточная связанность показателей, установленных в нормативно-правовых документах, характеризующих результаты цифровизации здравоохранения с ожидаемыми результатами этого процесса;
- 5) нагрузка на работников здравоохранения, в связи с одновременным внедрением электронных форм документов без отказа от бумажного документооборота и необходимостью внесения одних и тех же данных различные информационные системы;
- 6) низкий уровень вовлеченности и мотивации участников информационного взаимодействия для обеспечения полноты передаваемых данных.

Заключение

За последние годы отечественная система здравоохранения прошла большой путь на пути к цифровой трансформации: создана единая государственная информационная система в сфере здравоохранения; внедрены медицинские платформенные решения федерального уровня; реализуются проекты, связанные с внедрением искусственного интеллекта и персональных медицинских помощников.

Однако существует ряд ограничений, среди которых следующие:

- отсутствие единых стандартов подготовки электронных документов;
- реализация различных подходов к функционалу систем на уровне субъектов РФ и медицинских учреждений;
- недостаточная связанность целевых показателей, представленных в нормативных докумен-

тах, с результатами цифровой трансформации отрасли;

- нагрузка на работников здравоохранения и низкий уровень мотивации к использованию информационных систем и сервисов.

Таким образом, для успешной реализации программы цифровой трансформации здравоохранения необходимо:

- предусмотреть мероприятия по синхронизации систем, используемых для информационного обмена в сфере здравоохранения;
- предусмотреть меры по стандартизации электронных документов и систем, осуществляющих их сбор и обработку;
- проанализировать и скорректировать показатели и методологию оценки показателей, представленных в стратегических нормативно-правовых документах федерального уровня;
- разработать систему мер по снижению нагрузки и повышению мотивации медицинских работников к использованию информационных систем и сервисов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Гусев А. В., Владимирский А. В., Голубев Н. А., Зарубина Т. В. Информатизация здравоохранения Российской Федерации: история и результаты развития. *Национальное здравоохранение*. 2021;2(3):5—17. DOI: 10.47093/2713-069X.2021.2.3.5—17
2. А. И. Афан, Д. В. Полозова, А. А. Гордеева. Цифровая трансформация государственной системы здравоохранения России: возможности и противоречия. *Цифровое право*. 2021;2(4):30—39.

REFERENCES

1. A. V. Gusev, A. V. Vladimirsky, N. A. Golubev, T. V. Zarubina. Informatization of healthcare in the Russian Federation: history and development results. *National health care. [Natsional'noe zdravookhranenie]*. 2021;2(3):5—17 (in Russian). DOI: 10.47093/2713-069X.2021.2.3.5—17
2. A. I. Afyan, D. V. Polozova, A. A. Gordeeva. Digital transformation of the state healthcare system of Russia: opportunities and contradictions. *Digital Law. [Tsifrovoe pravo]*. 2021;2(4):30—39 (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 17.07.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 17.07.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 616.379—008.64-053.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.015

Помповая инсулиноterapia в клинической практике: результаты трехлетнего наблюдения

Илья Алексеевич Барсуков¹, Анна Александровна Демина², Александр Васильевич Древал³

^{1–3}ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

¹palantirr@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1889-8555>

²annagalitskova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7742-5782>

³endocrinolog-cab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3135-9003>

Аннотация. Введение: Стремление повысить эффективность терапии у пациентов с сахарным диабетом (СД) легло в основу разработки инсулиновой помпы. Тем не менее, имеется ограниченное количество публикаций относительно длительности и причин прекращения использования инсулиновой помпы.

Цель: оценить результаты перевода пациентов с СД на помповую инсулиноterapia (ПИ), включая оценку состояния углеводного обмена, частоту и причины прекращения использования инсулиновой помпы.

Материалы и методы: взрослые (18 лет и старше) пациенты с СД, которые были переведены на ПИ в Московской области с 2015 г по 2019 г. Длительность наблюдения составила 36 месяцев

Результаты: из 455 пациентов с СД 275 пациентов (60,4%) продолжали ПИ через 6 месяцев, через 36 месяцев количество пациентов на ПИ снизилось до 171 (37,6%). Основными причинами прекращения ПИ являлись высокая стоимость расходных материалов (57,6%) и неудобство использования инсулиновой помпы (29,7%). Выявлена взаимосвязь с обеспечением расходными материалами, наличием пролиферативной ретинопатии и прекращением ПИ. Средняя длительность использования инсулиновой помпы у пациентов, обеспеченных расходными материалами, составила $30 \pm 1,1$ месяцев, без расходных материалов — $16,4 \pm 0,9$ месяцев ($p < 0,01$). Средний срок использования инсулиновой помпы у пациентов с пролиферативной ретинопатией составил 14 месяцев, без пролиферативной ретинопатии — 18 месяцев ($p = 0,031$). Выявлено статистически значимое снижение уровня гликированного гемоглобина на 0,6% за 3 года наблюдения ($p < 0,01$) в группе больных на ПИ.

Выводы: несмотря на расширяющуюся доступность инсулиновых помп в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, имеющиеся регламентирующие документы не совпадают в ряде принципиальных аспектов, что снижает эффективность проводимых терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: сахарный диабет; помповая инсулиноterapia; гликированный гемоглобин; прекращение использования инсулиновой помпы

Для цитирования: Барсуков И. А., Демина А. А., Древал А. В. Помповая инсулиноterapia в клинической практике: результаты трехлетнего наблюдения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 90—95. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.015.

Original article

Insulin pump therapy in clinical practice: the results of a three-year follow-up

Iliia A. Barsukov¹, Anna A. Demina², Aleksandr V. Dreval³

^{1–3}Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, Russian Federation

¹palantirr@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1889-8555>

²annagalitskova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7742-5782>

³endocrinolog-cab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3135-9003>

Annotation. Introduction: The attempts to improve the treatment efficacy of diabetes mellitus have led to the development of continuous subcutaneous insulin infusion systems (CSII). Nevertheless, the data on the duration as well as on the discontinuation rate of CSII is limited.

Aim: to evaluate the outcomes of insulin pump therapy including the effects on diabetes management and discontinuation rates.

Materials and methods: Adults with diabetes mellitus who were switched on insulin pump therapy in Moscow Region in 2015—2019 years. The data about the carbohydrate state and pump therapy discontinuation was received by personal visits, by phone calls or from medical records. The follow-up period was 36 months.

Results: Data from 455 patients were received. About 275 (60,4%) patients continued CSII therapy during the first 6 months, but in 36 months only 171 (37,6%) continued the treatment. The main reasons reported were the high cost of monthly consumables (57,6% of patients) and not feeling comfortable wearing the device (29,7%). There was a correlation between monthly consumables supply, diabetic proliferative retinopathy (DPR), and insulin pump discontinuation. Thus, the duration of pump use in patients who were supplied with monthly consumables within state guarantee was $30 \pm 1,1$ months, in those without supplementation — $16,4 \pm 0,9$ months ($p < 0,01$). The mean duration of pump use in patients with DPR was 14 months, in those without DPR — 18 months ($p = 0,031$). The level of glycosylated hemoglobin decreased on almost 0,6% in insulin pump users during 36 months follow-up ($p < 0,01$).

Conclusion: Despite the increasing accessibility of insulin pumps the current regulatory documents don't match in several essential aspects, that may lead to the decrease in the effectiveness of therapeutic interventions.

Key words: *diabetes mellitus, insulin pump therapy, glycosylated hemoglobin, insulin pump discontinuation*

For citation: Barsukov I. A., Demina A. A., Dreval A. V. Insulin pump therapy in clinical practice: the results of a three-year follow-up. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):90–95. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.015.

Введение

Поддержание целевых показателей углеводного обмена является основной терапевтической целью при ведении больных с сахарным диабетом (СД). Стремление повысить эффективность проводимой терапии легло в основу разработки систем постоянной подкожной инфузии инсулина (ППИИ), роль которых в управлении сахарным диабетом повышается с каждым годом [1,2]. Технологические преимущества ППИИ заключаются в имитации физиологической секреции инсулина и возможности незамедлительно корректировать дозу вводимого инсулина в зависимости от питания и физической активности [3]. По данным ряда авторов, в сравнении с режимом множественных инъекций инсулина (МИИ) использование инсулиновой помпы позволяет снизить уровень гликированного гемоглобина [4,5], уменьшить риск развития микрососудистых осложнений [6] и улучшить качество жизни пациентов [7]. ППИИ также имеет определенные преимущества в профилактике развития тяжелых гипогликемических реакций, ночных гипогликемий и диабетического кетоацидоза [8,9]. Также в наблюдательном исследовании когорты из 18168 пациентов с СД 1 типа было показано значимое снижение сердечно-сосудистой смертности среди пациентов на ППИИ в сравнении с режимом множественных инъекций инсулина (МИИ). При этом у пациентов на ПИ отмечалось снижение смертности от острого коронарного синдрома на 45%, от других сердечно-сосудистых заболеваний на 42% и на 27% от иных заболеваний в сравнении с режимом МИИ [10].

Несмотря на очевидные преимущества ППИИ, использование инсулиновой помпы сопряжено с определенными неудобствами. Среди наиболее часто встречающихся можно выделить закупорку/выпадение канюли инсулиновой помпы, развитие липогипертрофий или воспалительных изменений в местах установки канюли [11,12]. В некоторых случаях возникает техническая неисправность инсулиновой помпы, которая в моменте может привести к резкому повышению уровня глюкозы крови и возврату на инсулинотерапию шприц-ручками на период диагностики/замены устройства. Имеется ограниченное количество публикаций, описывающих частоту и причины прекращения использования инсулиновой помпы. Так, в исследовании когорты из 8935 пациентов с СД 1 типа 3% (240 пациентов) отказались от данного вида лечения в течение года в связи со сложностями в использовании (проблемы с установкой канюли инсулиновой помпы, изменения в местах установки канюли — 57%), неудобством использования (44%) и неудовлетворительной компенсацией углеводного обмена (30%) [13].

Основные показания к переводу пациентов на ППИИ перечислены в клинических рекомендациях по ведению больных с СД 1 типа¹ и алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом [14]. При этом процесс выдачи и установки инсулиновой помпы регламентирован Постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505, в соответствии с которым обеспечение инсулиновой помпой показано пациентам, имеющим микро- и/или макрососудистые осложнения сахарного диабета (E10.2, E10.4, E10.5, E10.7, E11.2, E1014, E11.5, E11.7). Механизм дальнейшего обеспечения расходными материалами определен распоряжением Правительства РФ от 31.12.2018 N 3053-р. Согласно этому документу, предоставление расходных материалов в рамках государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи показано гражданам, имеющим федеральную льготу (а именно, лицам с инвалидностью).

Цель

Оценить результаты перевода пациентов с сахарным диабетом (СД) на помповую инсулинотерапию (ПИ), включая оценку состояния углеводного обмена, частоту и причины прекращения использования инсулиновой помпы.

Материал и методы

Дизайн исследования

Проведено сплошное обсервационное исследование взрослых (18 лет и старше) пациентов с сахарным диабетом, переведенных на ППИИ в условиях отделения терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского в период с 2015 по 2019 год.

Для оценки динамики углеводного обмена проанализированы данные Регистра больных сахарным диабетом Московской области и интегрированные электронные медицинские карты пациентов (ИЭМК) в системе ЕМИАС по следующим параметрам: уровень гликированного гемоглобина, суточная доза инсулина на помпе, количество легких гипогликемий в неделю, количество тяжелых гипогликемий/диабетических кетоацидозов с момента установки инсулиновой помпы. Информация, которая отсутствовала в Регистре, была получена в ходе телефонного опроса пациентов по разработанной форме (Приложение 1), включавшей в себя следующие параметры: факт использования инсулиновой помпы, причина снятия инсулиновой помпы, факт

¹ Клинические рекомендации «Сахарный диабет 1 типа у взрослых». Российская ассоциация эндокринологов. Год утверждения: 2022. Одобренны Научно-практическим Советом Минздрава России. [Интернет] Ссылка активна на 16.06.2023: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/286_2

Основные характеристики исследуемой группы

Показатель		Значение
Сахарный диабет, <i>n</i>	1 тип, <i>n</i> (%)	410 (90,1%)
	2 тип, <i>n</i> (%)	45 (9,9%)
Пол	Муж, <i>n</i> (%)	205 (45,1%)
	Жен, <i>n</i> (%)	250 (54,9%)
Возраст, лет ± SD		34,9 ± 11,5
Индекс массы тела, кг/кв.м ± SD		25,06 ± 4,51
Длительность диабета ± SD		13,2 ± 9,1
HbA1c (%) ± SD		8,3 ± 1,7
Ретинопатия, <i>n</i> (%)	Нет	235 (51,6%)
	Непролиферативная	135 (29,7%)
	Препролиферативная	22 (4,8%)
	Проллиферативная	63 (13,8%)
Нефропатия, <i>n</i> (%)		338 (76,3%)
Нейропатия, <i>n</i> (%)		420 (92,7%)
Суточная доза инсулина, Ед ± SD		50,0 ± 19
Липогипертрофии, <i>n</i> (%)		210 (47,3%)
Инвалидность, <i>n</i> (%)	Нет	226 (59,3%)
	I группа	3 (0,8%)
	II группа	37 (9,7%)
	III группа	115 (30,2%)

получения расходных материалов в поликлинике по месту жительства, причина, по которой расходные материалы не предоставляются. Оценка вышеуказанных параметров проводилась через 6, 12, 24 и 36 месяцев.

Критерии соответствия

В исследование включались все пациенты с сахарным диабетом, переведенные на ППИИ в условиях отделения терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского.

Критерии исключения

Основным критерием исключения являлось отсутствие обратной связи от пациента для оценки необходимых параметров.

Суррогатные конечные точки

Оценка результатов перевода пациентов на помповую инсулинотерапию проводилась на основании анализа факта использования инсулиновой помпы через 6, 12, 24 и 36 месяцев, а также причины прекращения ПИ. Вторичной конечной точкой был уровень гликированного гемоглобина.

Этическая экспертиза

Исследование одобрено этическим комитетом ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского» (129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация), выписка из протокола заседания № 10 от 10.02.2022.

Статистический анализ

Оценка изучаемых параметров проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics v.25 (IBM corp., USA). Статистически значимым для проверяемых гипотез принимался уровень зна-

чимости $p < 0,05$. Расчет необходимого объема выборки проводился исходя из пороговых значений ошибок первого и второго рода, равных 0,05 и 0,2, соответственно (уровень мощности — 80%). Описательные статистические данные представлены в виде среднего значения (М) и стандартного отклонения (SD). Гипотеза о равенстве распределений количественных переменных в сравниваемых группах исследовалась с помощью t-критерия Стьюдента для связанных выборок. Оценка рисков и сроков прекращения использования инсулиновой помпы определялась методом Каплана—Мейера.

Результаты

Участники исследования

Проведен анализ данных 455 пациентов сахарным диабетом (205 мужчин и 250 женщин со средним возрастом $34,9 \pm 11,5$ лет и длительностью заболевания $13,2 \pm 9,1$ лет). Основные характеристики исследуемой группы представлены в таблице 1.

Основные результаты исследования

В ходе анализа полученных данных было выявлено постепенное снижение частоты использования ППИИ с течением времени (Рисунок 1). Так, если через 6 месяцев после перевода на помповую инсулинотерапию 275 пациентов (60,4%) продолжали данный вид лечения, то через 36 месяцев количество пациентов на ППИИ снизилось до 171 (37,6%).

Основной причиной прекращения ПИ опрошенные указывали отсутствие финансовой возможности в самостоятельном приобретении расходных материалов (высокую стоимость расходных материалов) — 57,6 %. Среди других причин можно выделить неудобство использования инсулиновой помпы (29,7%), недостижение целевых показателей углеводного обмена (6,7%), частая закупорка канюли (3,5%), частое воспаление в местах установки канюли (1,4%) и техническая неисправность помпы (1,1%) (Рисунок 2).

Отдельно проведен анализ использования инсулиновой помпы среди пациентов с инвалидностью, которым в соответствии с действующим распоряжением Правительства РФ от 31.12.2018 N 3053-р пре-

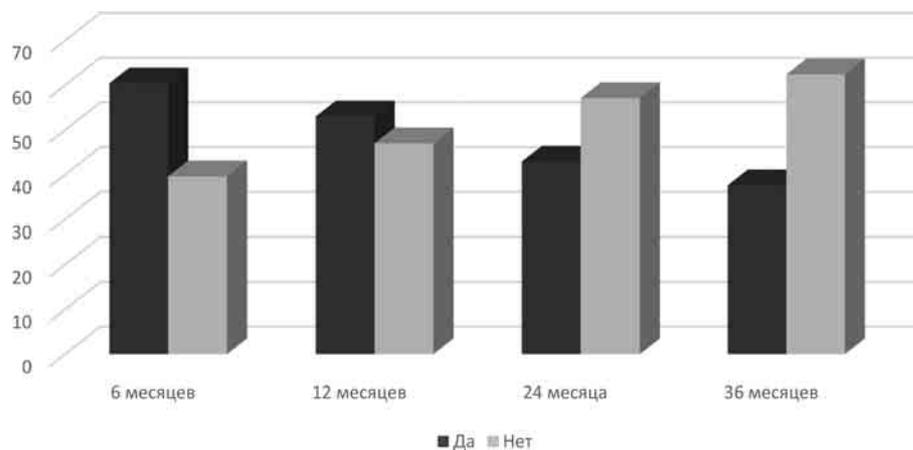


Рис. 1. Динамика использования инсулиновой помпы, % (n=455)

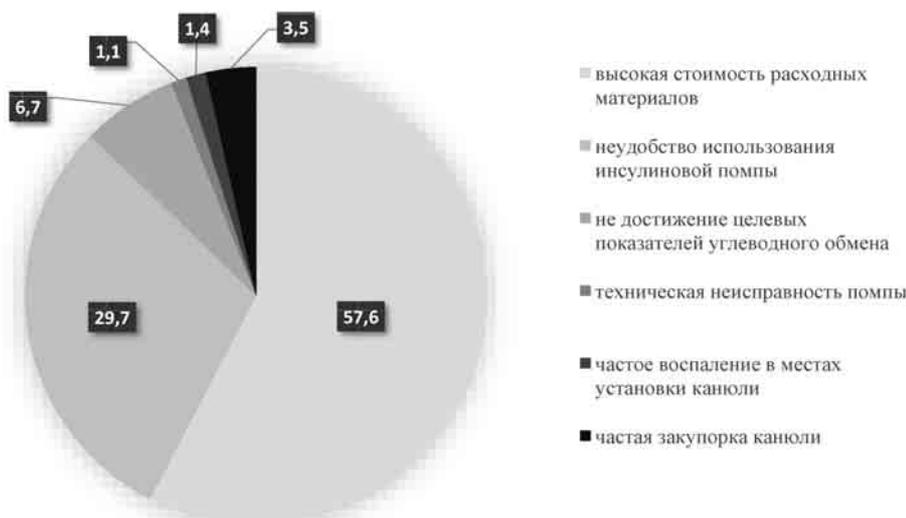


Рис. 2. Основные причины прекращения помповой инсулинотерапии (n=283)

сутствии обеспечения показатель был значительно ниже и составлял 31,3% (Рисунок 3).

Была выявлена корреляция между наличием у пациента пролиферативной стадии ретинопатии и длительностью использования инсулиновой помпы. Так, средний срок использования инсулиновой помпы у пациентов с пролиферативной ретинопатией составил 14 месяцев, без пролиферативной ретинопатии — 18 месяцев ($p=0,031$). При этом через 3 года 26,6% с пролиферативной ретинопатией продолжали ПИ, без пролиферативной ретинопатии — 39,4%.

Нежелательные явления

Дизайн исследования не предполагал развитие нежелательных явлений

Обсуждение

В настоящее время порядок отбора и перевода пациентов с сахарным диабетом на ППИИ и их последующего обеспечения расходными материалами регулируется несколькими нормативно-правовыми актами. При этом соответствие пациента клиническим критериям для перевода на помповую инсулинотерапию и предоставление ему инсулиновой помпы в рамках ВМП не гарантирует последующее обеспечение расходными материалами. Так, в случае отсутствия у пациента инвалидности и, как следствие, федеральной льготы, обеспечение расходными материалами в большинстве случаев не проводится. Подобное обстоятельство приводит к снижению длительности использования инсулиновой помпы и высокой частоте прекращения ПИ, что было продемонстрировано в текущем исследовании.

Отдельно отметим среднюю длительность использования инсулиновой помпы больными с тяже-

доставляются расходные материалы по федеральной льготе. Из 135 человек, обеспеченных расходными материалами, 26 (19,3%) прекратили ППИИ преимущественно за счет неудобства использования (69,2%) и недостижения целевых показателей углеводного обмена (15,4%).

Оценка динамики углеводного обмена

Анализ был проведен на выборке из 176 пациентов с сахарным диабетом на основании данных, отраженных в Регистре больных сахарным диабетом Московской области и в ИЭМК. Из 176 пациентов 124 (70,5%) продолжали использование инсулиновой помпы. Было выявлено статистически значимое снижение уровня гликированного гемоглобина на 0,6% за 3 года наблюдения ($HbA1c$ исходно $7,9 \pm 1,6\%$; через 3 года — $7,3 \pm 1,4\%$, $p < 0,01$) в группе больных на ПИ. У пациентов, прекративших использование инсулиновой помпы ($n=52$), средний уровень гликированного гемоглобина был исходно выше и составил $8,4 \pm 1,7\%$; через 3 года — $8,2 \pm 2,2\%$, $p < 0,01$).

Анализ факторов, влияющих на длительность использования инсулиновой помпы

При анализе факторов, влияющих на длительность использования инсулиновой помпы, была выявлена взаимосвязь с обеспечением расходными материалами. Так, средняя длительность использования инсулиновой помпы у пациентов, обеспеченных расходными материалами, составила $30 \pm 1,1$ месяцев [ДИ 27,9; 32,1], без расходных материалов — $16,4 \pm 0,9$ месяцев [ДИ 14,6; 18,2] ($p < 0,01$). Через 3 года 75% пациентов, обеспеченных расходными материалами, продолжали ПИ, в то время как в от-

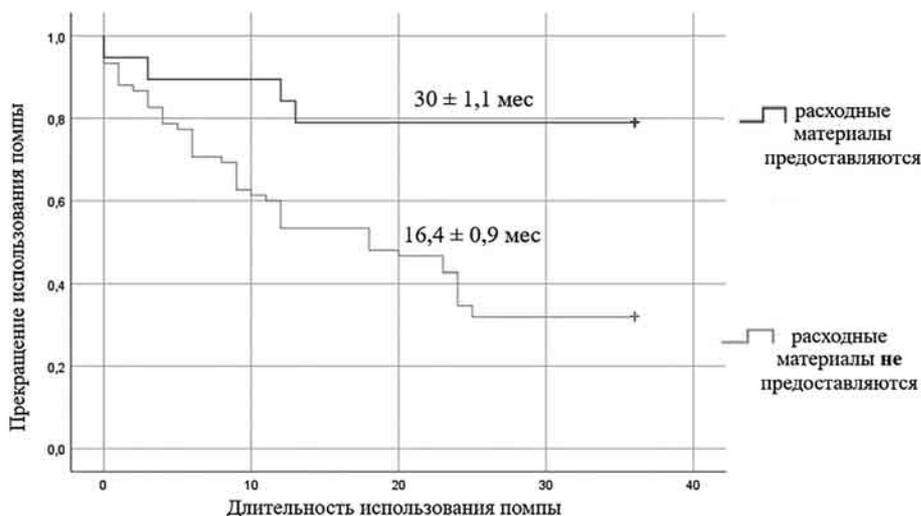


Рис. 3. Длительность использования инсулиновой помпы в зависимости от обеспечения расходными материалами, $n=455$ ($p < 0,01$)

лыми микрососудистыми осложнениями сахарного диабета. Согласно проведенному анализу, пациенты, исходно имеющие более тяжелые осложнения сахарного диабета (пролиферативная стадия диабетической ретинопатии), быстрее прекращают данный вид лечения. Данное обстоятельство является дополнительным фактором в пользу пересмотра текущей формулировки показаний к ПИ в действующем Постановлении, так как факт наличия поздних осложнений СД не должен быть определяющим для принятия клинического решения.

Полученные данные подтверждают результаты ранее проведенных наблюдательных исследований о положительном влиянии помповой инсулинотерапии на состояние углеводного обмена [4,5].

Ограничения исследования

Дизайн представленного исследования не предполагал активного участия в лечебном процессе. Наблюдение и коррекция терапии проводилась лечащими врачами по месту жительства, что могло исказить результаты исследования в виду некоторых различий в терапевтическом подходе каждого конкретного врача. Обучение пациентов принципам работы инсулиновой помпы и коррекции терапии было ограничено сроком госпитализации, который составлял в среднем 7 дней. Объективная оценка уровня знаний о заболевании и освоении нюансов использования инсулиновой помпы при выписке в рутинной практике, как правило, не проводится. Исследователи также не обладают информацией об исходном уровне комплаентности пациентов вне стационарных условий. В совокупности подобные обстоятельства могли повлиять на результаты настоящего исследования.

Заключение

Постоянная подкожная инфузия инсулина является эффективным способом коррекции углеводного обмена у пациентов с сахарным диабетом. Несмотря на расширяющуюся доступность инсулиновых помп в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, имеющиеся регламентирующие документы не совпадают в ряде принципиальных аспектов. В свою очередь это снижает эффективность проводимых терапевтических мероприятий.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. McKergow E, Parkin L, Barson DJ, Sharples KJ, Wheeler BJ. Geographic and regional disparities in insulin pump utilization in a setting of universal funding: a New Zealand nationwide study. *Acta Diabetol.* 2017;54(1):63—71. doi: 10.1007/s00592-016-0912-7
2. Bonfanti R, Lepore G, Bozzetto L, Corsi A, Di Blasi V, Girelli A, et al. Survey on the use of insulin pumps in Italy: comparison between pediatric and adult age groups (IMITA study). *Acta Diabetol.* 2016;53(3):403—12. doi: 10.1007/s00592-015-0810-4
3. Milburn J, de Lange M, Wiltshire E, Ross P, Rayns J, Tomlinson P, Wu F, Kumarasamy IM, Armishaw J, Wheeler BJ. Evaluating the impact of an insulin pump discontinuation action plan on patient or caregiver confidence and anxiety. *J Diabetes Metab Disord.* 2019;18(1):81—88. doi: 10.1007/s40200-019-00393-3
4. Almgogbel E. Impact of insulin pump therapy on glycemic control among adult Saudi type-1 diabetic patients. An interview-based

- case-control study. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(2):1013—1019. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_869_19
5. Evans M, Ceriello A, Danne T, De Block C, DeVries JH, Lind M, Mathieu C, Nørgaard K, Renard E, Wilmot EG. Use of fast-acting insulin aspart in insulin pump therapy in clinical practice. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(9): 2039—2047. doi: 10.1111/dom.13798
6. Fullerton B, Jeitler K, Seitz M, Horvath K, Berghold A, Siebenhofer A. Intensive glucose control versus conventional glucose control for type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):CD009122. doi: 10.1002/14651858.CD009122.pub2
7. REPOSE Study Group. Relative effectiveness of insulin pump treatment over multiple daily injections and structured education during flexible intensive insulin treatment for type 1 diabetes: cluster randomised trial (REPOSE). *BMJ.* 2017;356:j1285. doi: 10.1136/bmj.j1285
8. Karges B, Schwandt A, Heidtmann B, Kordonouri O, Binder E, Schierloh U, et al. Association of insulin pump therapy vs insulin injection therapy with severe hypoglycemia, ketoacidosis, and glycaemic control among children, adolescents, and young adults with type 1 diabetes. *JAMA.* 2017;318(14):1358—66 doi: 10.1001/jama.2017.13994
9. Benkhadra K, Alahdab F, Tamhane SU, McCoy RG, Prokop LJ, Murad MH. Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections in individuals with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine.* 2017;55(1):77—84 doi: 10.1007/s12020-016-1039-x
10. Steineck I, Cederholm J, Eliasson B, et al. Insulin pump therapy, multiple daily injections, and cardiovascular mortality in 18,168 people with type 1 diabetes: observational study. *BMJ.* 2015;350:h3234 doi: 10.1136/bmj.h3234
11. Ross PL, Milburn J, Reith DM, Wiltshire E, Wheeler BJ. Clinical review: insulin pump-associated adverse events in adults and children. *Acta Diabetol.* 2015;52(6):1017—24. doi: 10.1007/s00592-015-0784-2
12. Ross P, Gray AR, Milburn J, Kumarasamy IM, Wu F, Farrand S, et al. Insulin pump-associated adverse events are common, but not associated with glycemic control, socio-economic status, or pump/infusion set type. *Acta Diabetol.* 2016;53(6):991—8 doi: 10.1007/s00592-016-0897-2
13. Wong JC, Boyle C, DiMeglio LA, Mastrandrea LD, Abel KL, Cengiz E, Cemeroglu PA, Aleppo G, Largay JF, Foster NC, Beck RW, Adi S; T1D Exchange Clinic Network. Evaluation of Pump Discontinuation and Associated Factors in the T1D Exchange Clinic Registry. *J Diabetes Sci Technol.* 2017;11(2):224—232. doi: 10.1177/1932296816663963
14. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова. 11-й выпуск. М.; 2023. doi: https://doi.org/10.14341/DM13042

REFERENCES

1. McKergow E, Parkin L, Barson DJ, Sharples KJ, Wheeler BJ. Geographic and regional disparities in insulin pump utilization in a setting of universal funding: a New Zealand nationwide study. *Acta Diabetol.* 2017;54(1):63—71. doi: 10.1007/s00592-016-0912-7
2. Bonfanti R, Lepore G, Bozzetto L, Corsi A, Di Blasi V, Girelli A, et al. Survey on the use of insulin pumps in Italy: comparison between pediatric and adult age groups (IMITA study). *Acta Diabetol.* 2016;53(3):403—12. doi: 10.1007/s00592-015-0810-4
3. Milburn J, de Lange M, Wiltshire E, Ross P, Rayns J, Tomlinson P, Wu F, Kumarasamy IM, Armishaw J, Wheeler BJ. Evaluating the impact of an insulin pump discontinuation action plan on patient or caregiver confidence and anxiety. *J Diabetes Metab Disord.* 2019;18(1):81—88. doi: 10.1007/s40200-019-00393-3
4. Almgogbel E. Impact of insulin pump therapy on glycemic control among adult Saudi type-1 diabetic patients. An interview-based case-control study. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(2):1013—1019. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_869_19
5. Evans M, Ceriello A, Danne T, De Block C, DeVries JH, Lind M, Mathieu C, Nørgaard K, Renard E, Wilmot EG. Use of fast-acting insulin aspart in insulin pump therapy in clinical practice. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(9): 2039—2047. doi: 10.1111/dom.13798
6. Fullerton B, Jeitler K, Seitz M, Horvath K, Berghold A, Siebenhofer A. Intensive glucose control versus conventional glucose control for type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):CD009122. doi: 10.1002/14651858.CD009122.pub2
7. REPOSE Study Group. Relative effectiveness of insulin pump treatment over multiple daily injections and structured educa-

- tion during flexible intensive insulin treatment for type 1 diabetes: cluster randomised trial (REPOSE). *BMJ*. 2017;356:j1285. doi: 10.1136/bmj.j1285
8. Karges B, Schwandt A, Heidtmann B, Kordonouri O, Binder E, Schierloh U, et al. Association of insulin pump therapy vs insulin injection therapy with severe hypoglycemia, ketoacidosis, and glycemic control among children, adolescents, and young adults with type 1 diabetes. *JAMA*. 2017;318(14):1358—66 doi: 10.1001/jama.2017.13994
 9. Benkhadra K, Alahdab F, Tamhane SU, McCoy RG, Prokop LJ, Murad MH. Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections in individuals with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2017;55(1):77—84 doi: 10.1007/s12020-016-1039-x
 10. Steineck I, Cederholm J, Eliasson B, et al. Insulin pump therapy, multiple daily injections, and cardiovascular mortality in 18,168 people with type 1 diabetes: observational study. *BMJ*. 2015;350:h3234 doi: 10.1136/bmj.h3234
 11. Ross PL, Milburn J, Reith DM, Wiltshire E, Wheeler BJ. Clinical review: insulin pump-associated adverse events in adults and children. *Acta Diabetol*. 2015;52(6):1017—24. doi: 10.1007/s00592-015-0784-2
 12. Ross P, Gray AR, Milburn J, Kumarasamy IM, Wu F, Farrand S, et al. Insulin pump-associated adverse events are common, but not associated with glycemic control, socio-economic status, or pump/infusion set type. *Acta Diabetol*. 2016;53(6):991—8 doi: 10.1007/s00592-016-0897-2
 13. Wong JC, Boyle C, DiMeglio LA, Mastrandrea LD, Abel KL, Cengiz E, Cemeroglu PA, Aleppo G, Largay JF, Foster NC, Beck RW, Adi S; T1D Exchange Clinic Network. Evaluation of Pump Discontinuation and Associated Factors in the T1D Exchange Clinic Registry. *J Diabetes Sci Technol*. 2017;11(2):224—232. doi: 10.1177/1932296816663963
 14. Algorithms of specialized medical care in people with diabetes mellitus / Dedov I. I., Shestakova M. V., Majorov A. Yu. ditors. 11 edition. M.; 2023 (in Russian). doi: <https://doi.org/10.14341/DM13042>

Исследование выполнено в рамках диссертационного исследования «Эффективность различных режимов помповой инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа»

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 09.08.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.

The article was submitted 09.08.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Вопросы демографии

Научная статья

УДК 316.36

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.016

Демографическое образование в России: исторический ракурс

Тамара Керимовна Ростовская

Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, заместитель директора по научной работе,
г. Москва, Российская Федерация.

rostovskaya.tamara@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1629-7780>

Аннотация: В статье представлен анализ, отражающий исторический путь становления и развития демографического образования. Описаны основные исторические этапы продвижения демографических знаний в современной России (в том числе в Советском Союзе), связанные с зарождением системы демографического образования и ее становлением (1940—1960 гг.), расцветом или эпохой яркого и плодотворного развития системы демографического образования (1960—1990 гг.) и стагнацией системы демографического образования (1990—2021 гг.). При этом сегодня можно говорить о новом этапе развития — восстановления демографического образования в России, который связывают с формированием современной модели подготовки кадров в области демографии, основанной на принятии важнейших документов на национальном уровне: профессионального стандарта «Демограф» (утвержден Минтрудом России в 2022 году); квалификаций «Специалист в области демографии» (демограф), «Аналитик в демографической сфере» (утверждены Национальным агентством развития квалификаций в 2022 году); программы образовательного модуля «Основы демографии» (письмо Минобрнауки России, 2023 год).

Ключевые слова: Демография, демографическое образование, исторические этапы продвижения, демографических знаний в современной России, современная модель подготовки кадров в области демографии.

Для цитирования: Ростовская Т. К. Демографическое образование в России: исторический ракурс // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 96—102. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.016.

Demographic issues

Original article

Demographic education in Russia: a historical perspective

Tamara K. Rostovskaya

Institute for Demographic Research of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation

rostovskaya.tamara@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1629-7780>

Annotation. The article presents an analysis reflecting the historical path of formation and development of demographic education. It describes the main historical stages in the promotion of demographic knowledge in modern Russia (including the Soviet Union) related to the origin of the demographic education system and its formation (1940—1960), the blossom or the epoch of bright and fruitful development of the demographic education system (1960—1990) and stagnation of the demographic education system (1990—2021). At the same time today we can talk about a new stage of development — the restoration of demographic education in Russia, which is associated with the formation of a modern model of training in demography, based on the adoption of major documents at the national level: professional standard «Demographer» (approved by the Russian Ministry of Labor in 2022); qualifications «Specialist in Demography» (demographer), «Analyst in Demography» (approved by the National Agency for Qualifications Development in 2022); educational module program

Key words: Demography, demographic education, historical stages of promotion, demographic knowledge in modern Russia, modern model of training in demography.

For citation: Rostovskaya T. K. Demographic education in Russia: a historical perspective. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):96–102. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.016.

Введение

В современных условиях демография становится неотъемлемым направлением формирования научного знания. Важность развития демографиче-

ского образования в России определяется не только теми демографическими вызовами, с которыми сталкивается страна, но и ее географической протяженностью и культурным разнообразием, а также исторической преемственностью. Для комплексно-

го решения демографических проблем и эффективного решения задач, поставленных в национальных проектах и региональных программах, требуются специалисты, которые умеют определять демографическую конъюнктуру, формировать демографические базы данных, моделировать и разрабатывать сценарии развития демографических процессов, формировать информационно-аналитическое обеспечение и проводить экспертизу программ и проектов развития общества. Все это актуализирует значимость появления новой профессии — демографа и привлечения данных специалистов в команды по разработке и реализации общественно значимых проектов в области демографии. Формирование системы кадрового потенциала в области демографии является в настоящее время одной из ключевых задач государственной социальной политики. В связи с этим очевидна актуальность и важность создания в 2023 году Координационного центра развития кадрового потенциала в области демографии в структуре ФНИСЦ РАН (ИДИ ФНИСЦ РАН). Основная цель созданного центра — «...координация деятельности по формированию и развитию системы подготовки специалистов демографов в образовательных организациях высшего образования, повышения квалификации и профессиональной переподготовки государственных и муниципальных служащих, руководителей и специалистов органов и организаций, действующих во всех сферах социально-демографического развития»¹.

В рамках исследуемой темы актуальным является вопрос о рассмотрении основных исторических этапов становления и развития демографического образования в России, (в том числе в Советском Союзе), связанные с зарождением системы демографического образования и ее становлением (1940—1960 гг.), расцветом или эпохой яркого и плодотворного развития системы демографического образования (1960—1990 гг.) и стагнацией системы демографического образования (1990—2021 гг.).

Материалы и методы

В основу методологии представленного исследования положен системный подход, как наиболее конструктивный, позволяющий всесторонне рассмотреть процесс становления демографического образования в России с позиций упорядоченности и последовательности этапов его развития. Также использован ретроспективный анализ, сбор и обобщение информации об основных исторических этапах продвижения демографических знаний в современной России (в том числе в Советском Союзе).

Результаты и обсуждение. Проблема подготовки кадров в сфере демографического развития в научной литературе освещена крайне скупо. Для понимания современного состояния демографического

образования мы использовали ретроспективный анализ [1].

С нашей точки зрения, история развития демографического образования в России (в том числе в Советском Союзе) определяется тремя основными вехами: зарождением системы демографического образования и ее становлением (1940—1960 гг.); расцветом или эпохой яркого и плодотворного развития системы демографического образования (1960—1990 гг.); и стагнацией системы демографического образования (1990—2021 гг.). При этом сегодня можно говорить о новой эре развития — восстановления демографического образования (ее мы серьезно и полно охватим далее в следующих разделах).

Рассмотрим каждый из этих периодов в отдельности.

1940—1960 гг.

Зарождение и становление системы демографического образования в России пришлось на период восстановления СССР после Второй мировой войны. И это не случайно. Потери численности военных и гражданского населения за 1942—1945 годы были огромными, отложенная рождаемость оказалась бумом рождений во второй половине 40-х — начале 50-х годов, но довоенный уровень рождаемости равный 31,2 рождений на 1000 человек, так и не удалось достигнуть. Основной причиной явилось наследие войны — малочисленность мужского населения в послевоенные годы.

Сложившаяся ситуация противоречила советской идеи о расширенном характере воспроизводства населения, как элементе благополучного развития советского общества. В 1944 году Указом Президиума Верховного совета СССР в 1944 году было учреждено почетное звание «Мать-героиня», как высшая степень отличия для женщин за заслуги в рождении и воспитании 10 и более детей. Указом Президиума Верховного Совета СССР были учреждены ордена «Мать-героиня», «Материнская слава» и медаль «Медаль материнства», а семья, воспитывающая пятерых и более детей, получала статус многодетной и пользовалась соответствующими льготами. И все же это не решило проблему, демографический переход неблагоприятно сказывался на показателях рождаемости населения. Демографические проблемы требовали развития научной и образовательной составляющей для принятия эффективных управленческих решений.

В 1942 году в Московском экономико-статистическом институте — МЭСИ (бывший московский институт Нархозучета)² в городе Энгельс, куда во время войны эвакуировали часть преподавательского состава института, была создана многоотраслевая кафедра статистики. В нее вошли четыре направле-

¹ Приказ ФНИСЦ РАН от 28 февраля 2023 г. № 52-Ф «О создании Координационного Центра развития кадрового потенциала в области демографии <https://cloud.idgras.ru/wp-content/uploads/2023/03/Приказ-о-создании-ЦК-28.02.2023.pdf> (дата посещения 23.06.2023 г.)

² В 1932 г. по распоряжению правительства на базе статистического отделения Планового института был создан самостоятельный Московский институт народно-хозяйственного учета (МИНХУ), в марте 1941 г. по приказу № 174 по Государственной Плановой Комиссии при СНХ СССР он стал именоваться Московским экономико-статистическим институтом (МЭСИ)

ния: общая статистика — руководитель доцент С. Б. Ошерова; экономическая статистика — руководитель профессор В. С. Новиков; статистика сельского хозяйства — руководитель старший преподаватель — В. Н. Максимова; демография — руководитель профессор А. Я. Боярский. Арон Яковлевич в 1945 году инициирует создание кафедры статистики и демографии и возглавляет ее практически около 20 лет, до 1963 года [2, с. 7].

Для продвижения демографического образования требовалась учебно-методическая база. А. Я. Боярский вносит большой вклад в ее разработку и развитие. Признавая важность количественных методов исследования, он в 1930 году выпускает учебник «Теория математической статистики», в 1937 году — работу «Статистика населения». В 1945 году А. Я. Боярский издает первый в стране учебник по демографии «Курс демографической статистики», который до сих пор пользуется большой популярностью и выдерживает несколько изданий. А. Я. Боярский уделял большое внимание подготовке научных кадров, в частности, под его руководством защитились более 70 кандидатов и докторов наук. За многолетний труд в 1967 году А. Я. Боярскому присвоено звание заслуженный деятель науки РСФСР [3, 4].

Еще одной знаменательной личностью того времени является доцент кафедры статистики и демографии МЭСИ *Александра Сергеевна Семенова*. В 1955 году ею была опубликована знаменитая статья «Демографические потери в Первой мировой войне», где впервые была произведена количественная оценка сокращения численности населения, проживающего на российской территории в результате Первой мировой войны.³

Занимаясь учебно-методической работой, в 1957 году А. С. Семенова выпускает первый и широко известный, и знакомый практически каждому демографу, сборник задач по статистике населения и демографии, который был переиздан в 1978 году. В 1970 году она опубликует статью, посвященную построению таблиц дожития [5].

В целом, можно отметить, что в период с 1940 по 1960 годы закладываются основы для развития демографической науки и демографического образования в России.

1960—1990 гг.

В рассматриваемый период, связанный с образованием и развитием кафедр по демографии и центров по изучению демографических проблем населения, наблюдается подъем и процветание демографического образования. В частности, до начала 1990-х годов как минимум два университета МЭСИ и МГУ имени М. В. Ломоносова осуществляли подготовку специалистов демографов. В МЭСИ в начале 60-х годов путем слияния двух кафедр создается кафедра статистики населения и народного благосостояния, бессменным руководителем которой на протяжении 15 лет являлся ведущий ученый в области статистики, профессор *Давид Львович Бронер*⁴. С 1979 года по 1993 год кафедру возглавил талантливый демограф *Григорий Семенович Кильдишев*, под его руководством коллективом кафедры был подготовлен и издан учебник «Статистика населения с основами демографии» [6]. Следует отметить, что в 1989 г. кафедра статистики населения и народного благосостояния была переименована в кафедру социальной и демографической статистики.

Еще одним очагом развития демографического образования становится Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, где в 1967 году создается кафедра народонаселения, которую до 1991 года возглавляет профессор *Дмитрий Игнатьевич Валентей*. Позже, отмечая междисциплинарный характер демографической науки, Д. И. Валентей напишет: «Признание тесной связи воспроизводства населения с условиями его жизни, труда, есть одновременное признание множества зависимостей между процессами воспроизводства населения и другими социальными процессами»⁵. Эти зависимости и связи невозможно исследовать только приемами и методами демографии при самом широком толковании ее предмета. Отсюда вытекает связь демографии с общеметодологическими, а также другими общественными науками в системе наук о народонаселении, расширяется сфера приложения демографических знаний, создается реальная основа изучения населения комплексом наук» [7].

Рассматриваемый период совпал с расцветом творчества еще одного знаменитого соотечественника — доктора экономических наук, профессора *Борис Цезаревича Урланиса*, автора более 20 монографий и более 10 различных научных работ, в том числе ставшими бестселлерами: «Рождаемость и продолжительность жизни в СССР» (1963 г.), «Динамика и структура населения СССР и США» (1964 г.), «История одного поколения (Социально-демографический очерк)» (1968 г.), «Проблемы динамики населения СССР» (1974 г.), «Проблемы народонаселения в русской марксистской мысли», написанная совместно с А. Т. Казаковым (1975 г.), «Народонаселение: исследования, публицистика» (1976 г.), «Эволюция продолжительности жизни» (1978 г.) и др.⁶

На протяжении многих лет Б. Ц. Урланис работает над большой монографией «Войны и народонаселение Европы», которая выходит в свет в 1960 году. Она пользуется большой популярностью, как на родине автора, так и за рубежом, ее переводят на

на

⁴ К столетию со дня рождения Давида Львовича Бронера (1906-1982) // Демоскоп Weekly. 2006. № 247-248. [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0247/nauka01.php>

⁵ Калабихина И. Е. История кафедры народонаселения Экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова. [Электронный ресурс]. — URL: <https://demography.econ.msu.ru/about/history/>

⁶ Борис Цезаревич Урланис, демограф: штрихи к портрету. // Демоскоп Weekly. 2001. № 31-32. [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/031/nauka01.php>

³ 85 лет со дня рождения Александры Сергеевны Семеновой (1919-1985) // Демоскоп Weekly. 2004. № 171-172. [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0171/nauka01.php>

многие европейские языки. Б. Ц. Урланис — автор и других известных монографий [8].

Нельзя не упомянуть *Андрея Гавриловича Волкова*, который многие годы возглавлял Научный совет по проблемам демографии и трудовых ресурсов АН СССР, а затем Российской академии [9].

Таким образом, можно констатировать, что период с 1960 года по 1990 год ознаменовался значительным рывком в системе демографического образования страны, развитии статистической базы для проведения научных исследований, формирования научных демографических центров.

1990—2021 гг

Период стагнации системы демографического образования в России связан, в первую очередь, с неблагоприятной экономической ситуацией в стране в период проведения рыночных реформ и структурной модернизации. Так, на фоне всеобщей экономики в 90-е годы XX в. происходило сокращение финансирования системы образования. В 2010 году из-за демографической ямы и вследствие ее уменьшения контингента потенциальных абитуриентов, многими выпускающими кафедрами российских вузов начался процесс пересмотра учебных планов в сторону сокращения дисциплин, читаемых сторонними кафедрами. Тем самым выпускающие кафедры пытались сохранить ставки, уровень кафедральной нагрузки и профессорско-преподавательский состав. Одновременно с этим явлением появляется тенденция к пересмотру образовательных программ в пользу узкопрофильного и практикоориентированного образования для повышения конкурентоспособности на рынке образовательных услуг. Из многих учебных планов, особенно региональных вузов, исключается курс «демография» и прочие дисциплины демографического профиля.

Таким образом, был заложен фундамент, который в последующем провоцировал кадровый голод. Возникла ситуация, когда лучшие специалисты в области демографии оказались не востребованными в регионах и, в лучшем случае, сосредоточились в столичных университетах и научных учреждениях городов Москва и Санкт-Петербург, в худшем — эмигрировали из страны, найдя себе занятость за рубежом.

Кроме того, система ЕГЭ, введенная в России с целью создания больших возможностей для поступления абитуриентов, оказала негативное влияние на ситуацию в области демографического образования, а именно, предмет «география», на котором школьники впервые знакомилась с основами демографии, оказалась невостребованной, и перешел в разряд «второстепенных» предметов. Например, в России в 2019 году географию для сдачи ЕГЭ выбрали всего 2% выпускников, из них 4,8% написали его на неудовлетворительную оценку [10].

Озабоченность состоянием демографической науки и практики высказана ныне действующим директором Института демографии имени А. Г. Вишневского НИУ ВШЭ М. Б. Денисенко⁷ в интервью десятилетней давности, которое не теряет своей ак-

туальности и сегодня: «Учитывая возрастной состав ученых, может получиться так, что лет через 5—10 демографов придется сравнивать не с египтологами, а с исчезающими видами из Красной книги...».⁸ Институт демографии НИУ ВШЭ, созданный ведущим ученым-демографом *Анатолием Григорьевичем Вишневским* в феврале 2007 г., считает себя идейным правопреемником Центра демографии и экологии человека (был создан в 1988 году в стенах АН СССР), целью которого было проведение фундаментальных научных исследований, совершенствование их методологии, подготовка научных кадров⁹.

В исследуемом периоде МЭСИ до 2015 года продолжает оставаться ведущим вузом в системе демографического образования (в 2015 году МЭСИ в результате объединения с Российским экономическим университетом им. Г. В. Плеханова прекратил свое существование). Созданная кафедра социальной и демографической статистики активно развивается под руководством *Владислава Михайловича Петропавловского* (с 1993 года по 1999 год), а с 1999 года по 2015 год кафедру, переименованную в кафедру социально-экономической и отраслевой статистики, возглавил *Михаил Владимирович Карманов*.

Также вехой этого периода стало то, что впервые в общероссийском классификаторе профессий появилась профессия экономист-демограф. Однако, отсутствие профессионального¹⁰ и образовательного стандарта по демографии негативно повлияло на подготовку дипломированных специалистов демографов в образовательных организациях высшего образования.

К сожалению, несмотря на существование в МГУ имени М. В. Ломоносова трех кафедр демографической направленности (народонаселения; социологии семьи и демографии; демографии), нельзя говорить о том, что в стране сложилась эффективная система демографического образования. Во-первых, демографическое образование носит «элитарный характер», т. е. предоставляется ограниченным числом столичных вузов. Во-вторых, наблюдается вариативность демографического образования (элементы демографического образования в вузах зачастую растворяются в непрофильных направлениях).

В-третьих, имеющийся потенциал возможностей развития демографического образования используется не всегда эффективно. Например, на кафедре народонаселения экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова как на бакалавриате,

⁷ Михаил Денисенко назначен директором Института демографии НИУ ВШЭ. // Сайт Института демографии имени А. Г. Вишневского НИУ ВШЭ [Электронный ресурс]. — URL: <https://www.hse.ru/demo/news/442376741.html>

⁸ Профессия: демограф // Сайт Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» [Электронный ресурс]. — URL: — URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/33438808>

⁹ Об Институте демографии имени А. Г. Вишневского НИУ ВШЭ / Сайт Института демографии имени А. Г. Вишневского НИУ ВШЭ. [Электронный ресурс]. — URL: <https://www.hse.ru/demo/about>

¹⁰ Только в 2021 г. в инициативном порядке ИДИ ФНИСЦ РАН разработан проект профессиональный стандарт «Демограф» / Сайт ИДИ ФНИСЦ РВН [Электронный ресурс]. — URL: <https://idrras.ru/professional-standart-demographer/>

так и в магистратуре (по направлениям: экономическая политика, фундаментальная экономика и мировая экономика) читается ограниченное количество демографических дисциплин.¹¹

В то же время, говоря об историческом развитии демографического образования в МГУ имени М. В. Ломоносова, нельзя не отметить ряд значимых фактов в развитии кафедры народонаселения и весомых фигур, стоящих у ее руководства¹². Бесменным руководителем на протяжении четверти века, созданной в 1965 году проблемной лаборатории по вопросам изучения народонаселения и кафедры народонаселения (создана в 1967 году) был профессор *Дмитрий Игнатъевич Валентей* (1922—1994 гг.). Далее в течение трех лет с 1991 года по 1993 год кафедру возглавлял его соратник профессор, д.э.н. *Александр Яковлевич Кваша*. В течение чуть менее десяти лет, с сентября 1993 по 2015 год, кафедру возглавляет профессор, доктор экономических наук, *Владимир Алексеевич Ионцев* (выпускник кафедры); с 2016 года кафедрой руководит профессор, доктор экономических наук, *Ирина Евгеньевна Калабихина* (также выпускница кафедры); а научную лабораторию с 1991 года по 2017 год возглавлял к.э.н. *Елизаров Валерий Владимирович* (выпускник кафедры), в настоящее время ее возглавляет к.э.н. *Чудиновских Ольга Сергеевна* (выпускница кафедры). За долгие годы на кафедре и в научной лаборатории трудилось много выдающихся ученых и профессоров мирового уровня, замечательных преподавателей — А. А. Авдеев, А. И. Антонов, В. Н. Архангельский, Н. Б. Баркалов, Г. Ш. Бахметова, М. Б. Денисенко, Б. П. Денисов, Н. В. Зверева, Н. М. Калмыкова, А. Я. Кваша, В. М. Медков, В. М. Мойсеенко, Р. С. Ротова, Н. Е. Русанова, А. А. Саградов, А. П. Судоплатов, И. А. Троицкая, Д. К. Шелестов, С. Я. Щербов, Б. С. Хорев, В. Х. Эченикэ и многие другие. Выпускники кафедры возглавляют отделы, институты, кафедры, магистерские программы по демографической проблематике (М. Б. Денисенко, В. А. Козлов, Е. С. Красинец, А. О. Макаренцева, В. И. Мукомель, А. А. Ткаченко и многие другие); работали, работают в ведущих мировых университетах, в правительственных структурах, являются ведущими экспертами в области демографии.

Руководство центрального ВУЗа страны МГУ имени М. В. Ломоносова (наверное, благодаря вниманию великого русского ученого М. В. Ломоносова к демографическому развитию России) приняло решение расширить подготовку специалистов-демографов для страны. В дополнение к кафедре народонаселения экономического факультета, была организована кафедра демографии на факультете Высшая школа современных социальных наук. Возглавить её доверили д.э.н., профессору, профессору

МГУ, выпускнику кафедры народонаселения 1970-х годов, ученому с мировым именем, которому удалось сохранить в тяжелые 1990-е годы демографию на экономическом факультете, *Владимиру Алексеевичу Ионцеву*. В течение нескольких месяцев он собрал солидный состав преподавателей кафедры (Ананьева Г. Е. — к. э. н., доцент; Алешковский И. А. — к. э. н., доцент; Воробьева О. Д. — д. э. н., профессор; Узкая Ю. А. — к. э. н. и др.) были выделены бюджетные места, осуществлен первый набор в группу магистратуры и с 2016 года кафедра приступила к работе. Уже пять выпусков магистратуры по профилю Социальная демография трудятся в данной области в различных российских структурах. Выпускник первого набора, Субботин Александр Алексеевич, закончил аспирантуру, защитил диссертацию на степень кандидата наук и трудится в аналитической структуре Правительства Москвы.

Развитие демографического образования в Московской школе экономики МГУ имени М. В. Ломоносова тесно связано с именем заслуженного деятеля науки РФ, доктора экономических наук, профессора, академика РАН, член-корреспондента РАН, советника РАН *Натальи Михайловны Римашевской*. Н. М. Римашевская является признанным специалистом в области социальной демографии и экономической социологии, инициатором создания нового в России научного направления — гендерных исследований. Большое внимание в своей научной деятельности она посвятила вопросам уровня и качества жизни населения. С момента создания Института социально-экономических проблем народонаселения (ИСЭПН) РАН (с 1988 года по 2004 год) Н. М. Римашевская занимала должность директора Института. 29 марта 2022 года, к юбилею выдающегося ученого-экономиста, ИСЭПН РАН было присвоено имя Н. М. Римашевской. Под руководством Н. М. Римашевской была создана и развивалась российская научная социо-демографическая школа, подготовлена плеяда специалистов в области социо-демографических исследований.

Огромная роль в развитии демографического образования в МГУ имени М. В. Ломоносова принадлежит ведущему ученому, доктору философских наук, профессору, заслуженному профессору МГУ им. М. В. Ломоносова, Анатолию Ивановичу Антонову, который с 1991 года является бессменным заведующим кафедрой социологии семьи и демографии на социологическом факультете.

С МГУ имени М. В. Ломоносова и Институтом демографических исследований ФНИСЦ РАН связано имя легендарного ученого доктора экономических наук, профессора *Леонида Леонидовича Рыбаковского*,¹³ лекции которого пользуются большой популярностью среди научно-образовательного сообщества. Научная школа нашего Учителя и Наставника, Л. Л. Рыбаковского, выходит далеко за

¹¹ Учебные программы / Сайт кафедры народонаселения Экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова. [Электронный ресурс]. — URL: <https://demography.econ.msu.ru/>

¹² Материал об университетской демографической школе экономического факультета МГУ подготовлен И. Е. Калабихиной.

¹³ Цикл публичных лекций на социологическом факультете [Сайт МГУ имени М. В. Ломоносова]. — [Электронный ресурс]. — URL: <https://www.msu.ru/news/pub-lectures/sociology/ribakovski.html>

рамки отечественного направления.¹⁴ Им подготовлено свыше 100 докторов и кандидатов наук, работающих в России и за рубежом. Основные научные идеи, разработанные автором, относятся к теории миграции населения, демографии и региональным исследованиям народонаселения.

Существенный вклад в развитие демографического образования принадлежит российскому демографу, экономисту, социологу, член-корреспонденту РАН по специальности «Социология и демография», директору ИДИ ФНИСЦ РАН, *Сергею Васильевичу Рязанцеву*, который в 2017 году возглавил кафедру демографической и миграционной политики МГИМО (МИД России). Помимо учебного процесса и научной деятельности, кафедра занимается практическими вопросами совершенствования демографической и миграционной политики России путем широкой имплементации результатов научных исследований в деятельность российских агентств и международных организаций. Разработал теорию миграционных мостов, обосновал понятия «внешняя миграционная политика» и «русскоязычная экономика за рубежом». Первоначально кафедра была организована в составе факультета Международных экономических отношений, но в настоящее время она входит в состав Факультета управления и политики. Дисциплины, которые вошли в учебные планы различных направлений и профилей подготовки имеют широкий спектр — от фундаментальных теоретических дисциплин, до прикладных, практически ориентированных.

В рассматриваемый период огромная роль в развитии демографического образования принадлежит также Российскому государственному социальному университету. По инициативе ректора вуза, В. И. Жукова, в сентябре 2003 года на экономическом факультете была создана кафедра социальной статистики и демографии, возглавить которую был приглашен д.э.н., профессор, виднейший российский ученый-демограф Рыбаковский Л. Л. В качестве преподавателей были приглашены д.э.н. Воробьева О. Д. (возглавлявшая кафедру с 2004 по 2013 год). Выпускники кафедры пополняли кадровый состав государственных учреждений, в сферу деятельности которых входило решение демографических проблем: Федеральной службы статистики (Росстат) и его территориальных подразделений, Министерства труда, Министерства экономики, Аналитические службы правительства РФ. К сожалению, в 2013 году кафедра была упразднена по чисто коммерческим, а не государственным соображениям. Несмотря на то, что страна крайне нуждалась в специалистах-демографах, доход, приносимый контрактной формой обучения на этой специальности, был минимальным. Соображения бизнеса одержали верх над соображениями общественной значимости и пользы.

¹⁴ Поздравляем Леонида Леонидовича Рыбаковского с 90-летним юбилеем! Демоскоп Weekly. 2021. № 899-900. [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2021/0899/nauka02.php>

Заключение

В настоящее время наблюдается «точечное» развитие демографического образования. В российской демографической науке сформировался «разрыв поколений», когда плеяда замечательных российских ученых-демографов не может полноценно передать свои накопленные знания последующему поколению. В этой связи возникла острая необходимость формирования системы развития кадрового потенциала в области демографии, где особая роль отводится подготовке специалистов демографов в образовательных организациях высшего образования. Ключевая роль в организации деятельности и решении приоритетных задач в области демографического образования, формировании новой модели подготовки кадров на национальном уровне, принадлежит Институту демографических исследований ФНИСЦ РАН (далее- ИДИ ФНИСЦ РАН) и Координационному центру развития кадрового потенциала в области демографии ИДИ ФНИСЦ РАН (далее- Координационный центр).

На это указывают следующие важнейшие документы, разработанные по инициативе ИДИ ФНИСЦ РАН и Координационного центра:

- профессиональный стандарт «Демограф» (ПС «Демограф»), утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 8 июня 2022 г. № 346н¹⁵;
- наименование квалификаций «Специалист в области демографии» (демограф); «Аналитик в демографической сфере»¹⁶;
- разработанная программа образовательного модуля «Основы демографии» (письмо Минобрнауки России от 04.04.2023 г., № МН-5/168663);
- разработанный проект ФГОС ВО нового поколения по специальности «Демография».

Утверждение на федеральном уровне ФГОС ВО нового поколения по специальности «Демография» позволит начать системный процесс подготовки высококвалифицированных специалистов демографов, деятельность которых будет направлена на развитие демографической безопасности в соответ-

¹⁵ Приказ Минтруда России № 346н от 8 июня 2022 г. Об утверждении профессионального стандарта «Демограф» // Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации : [сайт]. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/2368> (дата обращения: 15.05.2023).

¹⁶ Приказ АНО НАРК от 14.11.2022 N 129/22-ПП «Об утверждении наименований квалификаций и требований к квалификациям в сфере безопасности труда, социальной защиты и занятости населения» (вместе с «Наименованиями квалификаций и требованиями к квалификациям, на соответствие которым проводится независимая оценка квалификации, представленными Советом по профессиональным квалификациям в сфере безопасности труда, социальной защиты и занятости населения», «Наименованиями квалификаций и требованиями к квалификациям, на соответствие которым проводится независимая оценка квалификации, представленными Советом по профессиональным квалификациям в сфере безопасности труда, социальной защиты и занятости населения» <https://online11.consultant.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=nPyt0iTTQqPXW0245&cacheid=C81CC809CF39BA681B755DF8B1402728&mode=splus&rnd=trsEHg&base=LAW&n=431456#ta0u0iTec8V3uALr1> (дата посещения 23.06.2023)

ствии с утвержденной в 2021 году Стратегией национальной безопасности Российской Федерации¹⁷.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

REFERENCES

1. Ростовская Т. К., Шабунова А. А., Давлетшина Л. А. Демографическое образование в современной России: противоречия потребностей и возможностей. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2022;15(2):55—72. DOI: 10.15838/esc.2022.2.80.4
2. Божко В. П. История становления МЭСИ (к 80-летию МЭСИ). *Экономика, статистика и информатика*. 2012;(5):3—7.
3. Боярский А. Я. Курс демографической статистики Москва: Госпланиздат; 1945. 264с.
4. Громько Г. Л., Матюхина И. Н. К 100-летию со дня рождения Арона Яковлевича Боярского. *Вестн. Моск. ун-та Серия 5. Экономика*. 2007;(2):115—120.
5. Семенова А. С. Из опыта построения советских таблиц дожития. Вопросы демографии (исследование, проблемы, методы). Сб. статей под ред. Волкова А. Г., Дарского Л. Е., Кваша А. Я. М.: Статистика. 1970. С. 86—96
6. Статистика населения с основами демографии : [Учеб. для вузов по спец. «Статистика» / Г. С. Кильдишев, Л. Л. Козлова, С. П. Ананьева и др.]. — Москва : Финансы и статистика, 1990. — 310,[2] с.
7. Валентей Д. И. О системе демографических знаний. *Вестн. Моск. ун-та. Серия 6. Экономика*. 2016;(4):134—148.
8. Войны и народонаселение Европы: Людские потери вооруженных сил европ. стран в войнах XVII-XX вв.: (Ист.-стат. исследование). Москва: Соцэкгиз; 1960. 567 с.
9. Волков А. Г. Избранные демографические труды: сб. науч. ст. / сост. и науч. ред. А. Г. Вишневский; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики; 2014. 567с.
10. Лобжанидзе, А. А. Методические рекомендации для учителей, подготовленные на основе анализа типичных ошибок участников ЕГЭ 2019 года по географии / А. А. Лобжанидзе, Э. М. Амбарцумова, В. В. Барабанов, С. Е. Дюкова. Москва: Федеральный институт педагогических измерений; 2019. 27 с.

¹⁷ Указ Президента РФ от 02.07.2021 N 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» «Собрание законодательства РФ», 05.07.2021, N 27 (часть II), ст. 5351 <https://online11.consultant.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=389271&dst=0&edition=etD&rnd=trsEHg#5dGt0iTNOfQ9aAx8> (дата обращения 23.06.2023)

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 14.06.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 14.06.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.017

Репродуктивные потери населения: обзор литературы 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. Актуальность. Репродуктивное здоровье является одним из важных показателей здоровья населения, интегральным показателем здоровья нации и важнейшим показателем общественного здравоохранения. Цель: предоставить актуальную и обобщенную информацию о понятии репродуктивных потерь населения региона и связанных с ними факторами риска. Материал и методы. Исследование основывается на официальных данных Международной организации здравоохранения, клинических рекомендаций и данных систематических обзоров, размещенных в базах данных PubMed, Google Scholar, Elibrary.ru и библиотеки Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Анализ осуществлялся по ключевым словам «понятие репродуктивных потерь», «репродуктивные потери населения» для выявления противоречий в имеющихся подходах. Кроме того, для систематического обзора в исследовании отбирались работы на английском и русском языках, которые содержат описание рисков репродуктивных потерь. Результаты. В результате исследования было проанализировано 3 международных медицинских документов и протоколов и 19 статей, к которым определено понятие репродуктивных потерь и их классификация. Кроме того, данные исследования включали в себя медицинские, социальные и психологические факторы возникновения риска репродуктивных потерь населения в общей выборке 6919 женщин. В ходе отдельных исследований было выявлено в общей сложности ассоциированных фактора риска. Выводы. Понятие репродуктивных потерь населения предложено расширить с учетом младенческой смертности и медицинских аборт, а также включать в систему контроля рисков репродуктивных потерь факторы медицинского (включая генетический фактор), социального и психологического профиля на стадии планирования беременности. Область применения результатов. Центры планирования семьи, родильные дома, центр планирования семьи.

Ключевые слова: репродуктивные потери, риск репродуктивных потерь населения, аборт, выкидыш, младенческая смертность.

Для цитирования: Павлов Я. Н., Саввина Н. В. Репродуктивные потери населения: обзор литературы // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 103—108. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.017.

Original research

Reproductive losses of the population: literature review

Yaroslav N. Pavlov¹, Nadezhda V. Savvina²

^{1,2}M. K. Ammosov North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russian Federation

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

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

Abstract. Significance. Reproductive health is one of the most important indicators of public health, an integral indicator of the health of the nation and the most important indicator of public health. The purpose of study is to provide up-to-date and generalized information about the concept of reproductive losses of the population of the region and related risk factors. Material and Methods. The study is based on official data of the International Health Organization, clinical recommendations and data from systematic reviews published in the databases PubMed, Google Scholar, Elibrary.ru and the libraries of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. The analysis was carried out using the keywords «the concept of reproductive losses», «reproductive losses of the population» to identify contradictions in existing approaches. In addition, for a systematic review, the study selected papers in English and Russian that contain a description of the risks of reproductive losses. Results. As a result of the study, 3 international medical documents and protocols and 19 articles were analyzed, to which the concept of reproductive losses and their classification were defined. In addition, these studies included medical, social and psychological risk factors for reproductive losses of the population in a total of 6919 women. In the course of individual studies, a total of 12 associated risk factors were identified. Conclusion. It is proposed to expand the concept of reproductive losses of the population taking into account infant mortality and medical abortions, as well as to include medical (including genetic factor), social and psychological factors at the stage of pregnancy planning in the system of risk control of reproductive losses. Scope of application. Family planning centers, maternity hospitals, family planning centers.

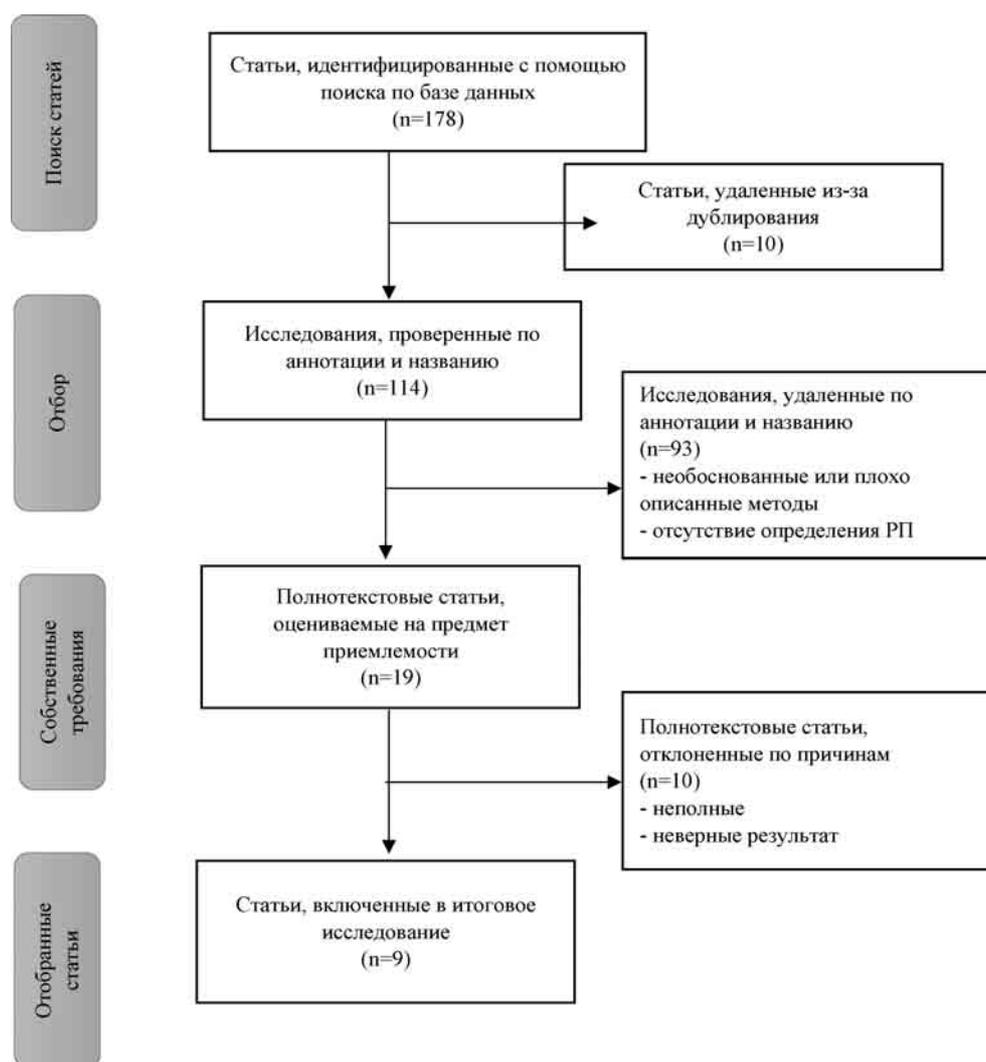
Key words: reproductive losses, the risk of reproductive losses of the population, abortion, miscarriage, infant mortality.

For citation: Pavlov Y. N., Savvina N. V. Reproductive losses of the population: literature review. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):103–108. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.017.

Введение

Репродуктивное здоровье является одним из важных показателей здоровья населения, инте-

гральным показателем здоровья в РФ [1, С. 27] и соответствует приоритетам ООН [2, С. 424]. Согласно МКБ-10, к репродуктивным потерям (РП) относят



Блок-схема ППОСМА процесса отбора исследований

только спонтанные аборты, замершие и внематочные беременности¹. РП является достаточно серьезной социальной и медицинской проблемой, ведь по статистике 15—25% беременностей заканчиваются самопроизвольным выкидышем: диагноз угрозы прерывания беременности ставится каждой 3-й женщине, а показатель мертворождаемости в этой группе составляет 6,3% [3].

Актуальность и обоснование этого вопроса связаны с тем, что в последние четыре десятилетия активно развивался и широко внедрялся в клиническую практику такой метод преодоления бесплодия, как вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) — методики лечения или процедуры, включающие в себя манипуляции *in vitro* [4]. Поскольку ранние этапы эмбриогенеза при ВРТ физически проходят вне репродуктивной системы женщины, это вызывает определенный когнитивный диссонанс между понятиями «беременность» и «оплодотворение». Кроме того, в практике оценки репро-

дуктивных потерь используются специфические термины и понятия, большинство из которых имеют англоязычное происхождение и не всегда удачный и адекватный перевод. Например, в англоязычной научной медицинской литературе широко применяются такие словосочетания, как *early pregnancy loss* или *recurrent pregnancy loss*, которые, на наш взгляд, не удачно переводятся и применяются в понимании как ранняя потеря плода и выкидыш. Смысловая разница между прерыванием беременности (особого состояния женщины) и потерей плода (нового организма вследствие оплодотворения) все же существенна. Особенно эти лексические нюансы наблюдаются при определении таких понятий, как «биохимическая беременность» и «исчезающее плодное яйцо/плодные яйца или эмбрион/эмбрионы», и связанных с ними производных понятий, о которых речь пойдет далее.

Во избежание путаницы при применении классических акушерских понятий и терминологии, на наш взгляд, существует настоятельная потребность в уточнении некоторых основных и дискуссионных понятий репродуктологии и определении пределов их применения для дальнейшей оценки репродуктивных потерь. Прежде всего, это связано с дефини-

¹ См. Методику расчетов в: Рождаемость по федеральным округам РФ. — [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/for_miac/LP_Suhanova_Rodovspomozhenie.pdf

цией таких основополагающих терминов, как «беременность», «эмбрион» и «плод». Такого же мнения придерживаются специалисты Специальной группы особых интересов Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE), которые в консенсусном заявлении по поводу определения ранней потери беременности также констатируют противоречивость применения терминологии в научной литературе [5].

Материал и методы

Источники данных и стратегия поиска

В базах данных PubMed, Google Scholar, Elibrary.ru и библиотеки Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко были найдены публикации, которые формируют понятийный аппарат репродуктивных потерь населения и факторов возникновения их рисков. Контент-анализ и систематизация данных проводились по следующим ключевым словам: (i) репродуктивные потери (женщины >18 лет); (ii) риски репродуктивных потерь (генетический, медицинский, социальный, психологический); и (iii) дизайн исследования (рандомизированное исследование, распространенность, наблюдение, факторы демографического риска, ассоциированные факторы риска).

Выбор исследования

Критерии включения

Данное исследование основывается на систематическом обзоре исследований, выборка в которых составляет от 300 человек и региональные факторы распределения участниц (> 18 лет).

Дизайн исследования: кросс-секционные исследования, в которых сообщалось о факторах, влияющих на риски репродуктивных потерь населения среди женщин фертильного возраста.

Язык: английский и русский язык.

Условие отбора статей по дате публикации: в исследование включены статьи, опубликованные с 2010 года по 30 ноября 2022 года.

Критерии исключения

Из данного систематического обзора были исключены статьи с недостаточным объемом выборки и без прямого определения репродуктивных потерь.

Основные результаты

Основными результатами этого обзора были значимость факторов и классификация рисков и компонентов репродуктивных потерь населения.

Извлечение данных

После применения стратегии поиска и критериев включения в базы данных все статьи были рассмотрены и извлечены сначала по названию, затем по аннотации и полному тексту. Извлеченные данные включают: автора, страну, год публикации, год исследования, методику выборки, размер выборки,

оценку качества, распространенность и связанные с ней факторы риска.

Отчетность и представление результатов

Для представления результатов этого систематического обзора было использовано Руководство по предпочтительным пунктам отчетности для систематических обзоров и мета-анализов (ППОСМА) [6] (рис. 1).

Результаты

Результаты поиска и выбор исследования

Первоначально из электронных баз данных было извлечено в общей сложности 187 потенциально релевантных статей. Среди статей, отобранных для полного изучения, 160 статей были исключены из-за дублирования информации одного или нескольких авторов, не соответствия аннотации к определению и раскрытию ключевых слов, отсутствия определения факторного анализа и компонентов репродуктивных потерь населения. В результате, в данный систематический обзор были включены двадцать семь исследований (рис. 1).

Характеристики включенных исследований

Этот систематический обзор включал в общей сложности 19 исследований с участием 6919 субъектов исследования для оценки общей распространенности недостаточного, избыточного веса и ожирения среди студентов университетов. Все включенные исследования были поперечными по дизайну и публиковались с 2005 по 2021 год.

Качество каждого включенного исследования оценивалось с использованием критериев оценки качества ИДБ. Основываясь на этих критериях, все включенные исследования не показали значительного риска, поскольку они набрали более 50% баллов (табл. 1).

На основе проведенного обзора видно, что проблеме определения репродуктивных потерь уделяется мало внимания и выявлено всего 10 фундамен-

Таблица 1

Характеристика включенных когортных исследований

Источник	Страна	Год публикации	Методика отбора	Объем выборки
Гамзаев М. А. [7]	Азербайджанская Республика	2014	ПСВ	2674
Игитова М. Б. [8]	РФ	2005	УВ	1500
Калачикова О. Н. [9]	РФ (Вологодская обл.)	2016	ПСВ	1500
Кашапова, Р. Т. [10]	РФ	2005	ПСВ	1500
Матейкович Е. А. [11]	РФ (Западная Сибирь)	2021	УВ	102
Вознесенская Н. В. [12]	РФ	2014	ПСВ	40
Андронов С. В. [13]	Арктическая зона РФ	2018	Стратифицированный	879
Сафина К. Р. [14]	РФ	2020	ПСВ	—
Торубаров С. Ф. [15]	РФ	2013	ПСВ	—
Уткельбаев Р. И. [16]	Татарстан	2009	ПСВ	1500

* ПСВ — Простая случайная выборка, УВ — Удобная выборка.

Таблица 2

Диссоциативные определения репродуктивных потерь по фактору включенности аборт и выкидышей

Источник	Страна	Объем выборки	Включение абортов в РП	Включение перинатальной смертности в РП
Гамзаев М. А. [7]	Азербайджанская Республика	2674	–	–
Игитова М. Б. [8]	РФ	1500	+	+
Калачикова О. Н. [9]	РФ (Вологодская обл.)	1500	–	–
Кашапова, Р. Т. [10]	РФ	1500	+	+
Матейкович Е. А. [11]	РФ (Западная Сибирь)	102	+	+
Вознесенская Н. В. [12]	РФ	40	+	+
Андронов С. В. [13]	Арктическая зона РФ	879	+	+
Сафина К. Р. [14]	РФ	–	+	+
Торубаров С. Ф. [15]	РФ	–	+	+
Уткельбаев Р. И. [16]	Татарстан	1500	–	+

тальных кагортных исследований и проблема рассматривается без учета четкой детерминации в определении РП (Табл. 2).

Таким образом, в российских исследованиях авторы на придерживаются классификации репродуктивных потерь и выборки исследований не равномерны, так как не включают или аборты, или выкидыши. Кроме того, фактор перинатальной смертности остается спорным и не содержится фундаментальных исследований по доказательству включения данного фактора к перечню РП,

Факторы риска РП

Причины возникновения РП с учетом обоснованности в исследовании именно определения репродуктивных потерь, а не самопроизвольных абортов / выкидышей, является несистематическим, так как отсутствуют комплексные методологии исследования всех 4 групп рисков (Табл. 3)

Ассоцирование факторов по результатам исследования нельзя представить в графическом виде из-за отсутствия коррелятивных связей между методами в исследованиях.

Обсуждение

По нашему мнению, репродуктивные потери — потеря продуктов зачатия на всех этапах развития

плода в результате самопроизвольного [17] и вынужденного прерывания беременности [18], мертворождаемости [19], а также смерти детей первого года жизни. Фактор невключения — искусственные аборты [20].

Что касается факторов риска РП, то невынашивание беременности может возникнуть как вследствие физического, так и психологического и социального неблагополучия. Все эти факторы связаны друг с другом и могут взаимно влиять, усиливая друг друга. Поэтому необходимо их учитывать при выработке тактики ведения женщин в группе риска [21].

В. М. Сидельникова и Г. Т. Сухих проблему невынашивания беременности напрямую связывают с социально-психологическими стрессами: «тревога за будущего ребенка, неудовлетворенность материальным положением, неудовлетворительные условия проживания, проблемные взаимоотношения с членами семьи повышают риск возникновения нервно-психических и психосоматических заболеваний у беременной и плода» [22].

Наличие в анамнезе неринатальных потерь является фактором риска не только в аспекте физического здоровья и вынашивания последующих беременностей, но и в аспекте психического здоровья как матери, так и последующих родившихся детей. При последующих беременностях женщины имеют тенденцию хронически испытывать повышенную тревожность, что особенно обостряется в преддверии очередных визитов к врачам. Состояние хронического стресса является существенным осложнением хода последующей беременности и требует особого врачебного и психологического сопровождения. Несмотря на то, что шансы благополучного вынашивания последующих беременностей, безусловно, велики, существует опасность преждевременного рождения ребенка [23].

Утрата беременности наблюдается в 10% случаев всех клинически признанных беременностей [24]. Приблизительно 80% случаев потерь беременности приходится на I триместр [25]. Частота потерь во II триместре до 20 недель беременности составляет менее 1% [26]. Это представляет особый интерес к определению причин, факторов риска и патогенеза ранней потери беременности (РПВ).

Таблица 3

Ассоциированные факторы риска

Источник	Объем выборки	Медицинские	Социальные	Генетические	Психологические
Гамзаев М. А. [7]	2674	+	+	–	питание, избыточная масса тела
Игитова М. Б. [8]	1500	аборт / выкидыш	–	+	+
Калачикова О. Н. [9]	1500	+	в вопросах контрацепции, инфекций, передающихся половым путем, о последствиях аборта, о родах	–	–
Кашапова, Р. Т. [10]	1500	аборт и выкидыш	–	–	–
Матейкович Е. А. [11]	102	аборт и выкидыш	социальные программы поддержки	–	–
Вознесенская Н. В. [12]	40	аборт и выкидыш	–	–	психологический фактор реабилитации при повторном риске
Андронов С. В. [13]	879	аборт и выкидыш	–	–	финансовые, социальные
Сафина К. Р. [14]	–	аборт и выкидыш	аутоиммунные факторы	+	–
Торубаров С. Ф. [15]	–	аборт и выкидыш	+	–	+
Уткельбаев Р. И. [16]	1500	+	аборт и выкидыш	–	+

Сильные и слабые стороны исследования

Этот систематический обзор имеет как сильные, так и слабые стороны. Основными преимуществами этого систематического обзора были использование различных электронных баз данных для поиска подходящих исследований и включение исследований из разных стран мира. Однако этот систематический обзор был ограничен статьями, которые содержат четкое определение РП и имеют соответствующую методологическую базу. При расширении спектра наблюдения и включения в обзор смежных понятий (факторов риска абортов и выкидышей в отдельности), объем исследования был бы неприемлемым.

Выводы

Полученные результаты подтверждают отсутствие единого протокола определения сущности, компонентов понятия РП и методологии его исследования как полифакторного явления.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Олина А. А., Садыкова Г. К. Есть ли влияние невынашивания беременности на демографическую ситуацию? *Фарматека*. 2019;26(6):26—30.
- Пушкарева Н. Л., Мицюк Н. А. Зарождение биополитической модели контроля рождаемости в XIX — начале XX вв. *Журнал исследований социальной политики*. 2021;19(3):421—436.
- Калдыбекова А. К., Аширбекова А. М., Алимбекова А. Невынашивание беременности. *Молодой ученый*. 2016;112(8):394—396.
- Page J. M., Silver R. M. Genetic Causes of Recurrent Pregnancy Loss. *Clin Obstet Gynecol*. 2016;59(3):498—508.
- Jena M. K., Nayak N., Chen K., Nayak N. R. Role of Macrophages in Pregnancy and Related Complications. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2019;67(5):295—309.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006—12.
- Гамзаев М. А. Социально-гигиенические аспекты питания женщин репродуктивного возраста. *Российский медицинский журнал*. 2014;20(5):9—12.
- Игитова М. Б., Сафарова Г. А., Ремнева О. В. Перинатальные исходы у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе. *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения*. 2018;20(2):64—70.
- Калачикова О. Н., Шабунова А. А. Репродуктивное здоровье и поведенческие факторы его формирования (на материалах социологического исследования в Вологодской области). *Проблемы развития территории*. 2016;81(1):115—129.
- Кашапова, Р. Т. Современные подходы к оказанию медицинской помощи женщинам с репродуктивными потерями в анамнезе: специальность 14.00.0114.00.18: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Уфа; 2005. 21 с.
- Матейкович Е. А., Кукарская И. И., Леголова Т. В. Клинико-статистическая оценка репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста Тюменской области и риски невынашивания беременности в условиях Западной Сибири. *Медицинский совет*. 2021;21(1):198—204.
- Вознесенская Н. В., Козырева Е. В., Касьмова Д. Р. О необходимости психологической реабилитации женщин с репродуктивными потерями в анамнезе. *Актуальные направления научных исследований XXI века: теория и практика*. 2014;2(3—1(8-1)):33—37.
- 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: Сборник трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Архангельск, 24—25 мая 2018 года, 2018; 100—102.

- Сафина К. Р., Газизова Г. Х. Синдром системных аутоиммунных репродуктивных потерь. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2020;15(5(89)):102—106.
- Торубаров С. Ф. Медико-социальные факторы риска репродуктивных потерь. Москва: Сам полиграфист; 2013. 110 с.
- Уткельбаев Р. И. Медико-социальное исследование репродуктивных потерь в Республике Татарстан: диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.33. Уткельбаев Ренат Ильгизович; Место защиты: ГУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН». Москва; 2009. 174 с.
- Бурдули Г. М. Репродуктивные потери (причины, факторы риска, пути профилактики): Автореф. дисс. д-ра. мед. наук. М.; 1998. 47 с.
- Фролова О. Г., Токова З. З., Пугачева Т. В., Волгина В. Ф., Гудимова В. В., Макарова Е. Е. Методические подходы к изучению репродуктивных потерь. *Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением*. 1999;(Тематический выпуск):70—74.
- Мухина Т. В. Некоторые аспекты репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женщин (по материалам пилотного обследования). Новые технологии в современном здравоохранении. Сборник науч. трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. М.; 2007. Ч. 2. С. 96—100.
- Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. Потеря беременности. М.: МИА. 2007. 224 с.
- Самигуллина А. Э., Бообокова А. А., Кушубекова А. К. Невынашивание беременности: частота и тенденция. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2019;(1):87—92.
- Сидельникова В. М., Сухих Г. Т. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей. М.: МИА; 2010. С. 87.
- Волков В. Г., Ахильгова З. С. Факторы риска ранних потерь беременности. *Вестник новых медицинских технологий*. 2020;(1):66—72.
- Эльжорукаева Ж. А., Михельсон А. А., Григорянц А. А., Зосимова Е. А. Невынашивание беременности. Новый взгляд на проблему. *Таврический медико-биологический вестник*. 2016;19(2):172—175.
- Фролова О. Г., Дурасова Н. А. Медико-социальные аспекты преждевременных родов. *Акушерство и гинекология*. 2008;(3):48—50.
- Коробова М. И. Медико-социальный вопрос невынашивания беременности. Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин. Саранск: Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва; 2021. С. 132—135.

REFERENCES

- Olina A. A., Sadykova G. K. Is there an impact of miscarriage on the demographic situation? *Pharmateca [Farmateka]*. 2019; 26(6): 26—30. (in Russian)
- Pushkareva N. L., Mitsuk N. A. The origin of the biopolitical model of birth control in the XIX — early XX centuries. *Journal of Social Policy Research [Zhurnal issledovaniy social'noj politiki]*. 2021; 19(3): 421—436. (in Russian)
- Kaldybekova A. K., Ashirbekova A. M., Alimbekova A. Miscarriage of pregnancy. *A young scientist [Molodoy uchenyy]*. 2016; 8(112): 394—396. (in Russian)
- Page J. M., Silver R. M. Genetic Causes of Recurrent Pregnancy Loss. *Clin Obstet Gynecol*. 2016; 59(3): 498—508.
- Jena M. K., Nayak N., Chen K., Nayak N. R. Role of Macrophages in Pregnancy and Related Complications. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2019; 67(5): 295—309.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009; 62(10): 1006—12.
- Gamzaev M. A. Socio-hygienic aspects of nutrition of women of reproductive age. *Russian Medical Journal [Rossijskij medicinskij zhurnal]*. 2014; 20(5): 9—12. (in Russian)
- Igitova M. B., Safarova G. A., Remneva O. V. Perinatal outcomes in women with a history of reproductive losses. *Obstetrics and gynecology: News. Opinions. Training [Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniya]*. 2018; 2(20): 64—70. (in Russian)
- Kalachikova O. N., Shabunova A. A. Reproductive health and behavioral factors of its formation (based on the materials of a sociological study in the Vologda Oblast). *Problems of territory development [Problemy razvitiya territorii]*. 2016; 1(81): 115—129. (in Russian)

10. Kashapova R. T. Modern approaches to providing medical care to women with a history of reproductive losses : specialty 14.00.0114.00.18 : abstract of the dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences. Ufa. 2005: 21. (in Russian)
11. Mateikovich E. A., Kukarskaya I. I., Legalova T. V. Clinical and statistical assessment of reproductive health of women of fertile age in the Tyumen region and the risks of miscarriage in Western Siberia. Medical advice [Medicinskij sovet]. 2021; 21(1): 198—204. (in Russian)
12. On the need for psychological rehabilitation of women with a history of reproductive losses / N. V. Voznesenskaya, E. V. Kozyreva, D. R. Kasymova [et al.]. Current directions of scientific research of the XXI century: theory and practice [Aktual'nye napravleniya nauchnyh issledovanij XXI veka: teoriya i praktika]. 2014: 3—1(8—1): 33—37. (in Russian)
13. Reproductive losses in the indigenous inhabitants of the Arctic zone of Western Siberia / S. V. Andronov, A. A. Lobanov, A. I. Popov [et al.]. Conservation of the indigenous population in the Arctic zone of the Russian Federation in the conditions of lifestyle transformation and climate change [Sberezhenie korennoho naseleniya v Arkticheskoj zone RF v usloviyah transformacii obraza zhizni i izmeneniya klimata]. 2018: 100—102. (in Russian)
14. Safina K. R., Gazizova G. H. Syndrome of systemic autoimmune reproductive losses. Medical Bulletin of Bashkortostan [Medicinskij vestnik Bashkortostana]. 2020;5 (89): 102—106. (in Russian)
15. Torubarov S. F. Medical and social risk factors of reproductive losses: [monograph]. — Moscow : Sam polygraphist, 2013: 110. (in Russian)
16. Utkelbaev R. I. Medical and social research of reproductive losses in the Republic of Tatarstan : dissertation ... Candidate of Medical Sciences : 14.00.33 [Place of protection: State Institution «National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences»].— Moscow, 2009: 174. (in Russian)
17. Burduli G. M. Reproductive losses (causes, risk factors, ways of prevention): Abstract. diss.... Doctor of Medical Sciences. M. 1998: 47. (in Russian)
18. Frolova O. G., Tokova Z. Z., Pugacheva T. V., Volgina V. F., Gudimova V. V., Makarova E. E. Methodological approaches to the study of reproductive losses. Bulletin of the Research Institute of Social Hygiene, Economics and Health Management [Byulleten' NII social'noj gigieny, ekonomiki i upravleniya zdravoohraneniem]. 1999:70—74. (in Russian)
19. Mukhina T. V. Some aspects of reproductive health and reproductive behavior of women (based on the materials of the pilot survey. New technologies in modern healthcare [Novye tekhnologii v sovremennom zdravoohranении]. 2007; 2: 96—100. (in Russian)
20. Sidelnikova V. M. Miscarriage of pregnancy — a modern view of the problem. Obstetrics and gynecology [Akusherstvo i ginekologiya]. 2007; 5: 24—26. (in Russian)
21. Samigullina A. E., Bobkova A. A., Kushubekova A. K. Miscarriage of pregnancy: frequency and trend. International Journal of Applied and Fundamental Research [Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij]. 2019; 1: 87—92. (in Russian)
22. Sidelnikova V. M., Sukhoi G. T. Miscarriage of pregnancy: a guide for practicing doctors. M.: MIA, 2010: 87. (in Russian)
23. Volkov V. G., Akhilogova Z. S. Risk factors of early pregnancy loss. Bulletin of New Medical Technologies [Vestnik novyh medicinskih tekhnologij]. 2020; 1: 66—72. (in Russian)
24. Miscarriage of pregnancy. A new look at the problem / J. A. Elzhorukaeva, A. A. Mikhelson, A. A. Grigoryants, E. A. Zosimova. Tauride medico—biological Bulletin [Tavrisheskij mediko—biologicheskij vestnik.]. 2016;19(2): 172—175. (in Russian)
25. Frolova O. G., Durasova N. A. Medical and social aspects of premature birth. Obstetrics and gynecology [Akusherstvo i ginekologiya]. 2008; 3: 48—50. (in Russian)
26. Korobova M. I. Medical and social issue of miscarriage. Actual problems of medical and biological disciplines [Aktual'nye problemy mediko—biologicheskikh disciplin]. Saransk: N. P. Ogarev National Research Mordovian State University. 2021: 132—135. (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 27.12.2022; одобрена после рецензирования 15.06.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 27.12.2022; approved after reviewing 15.06.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Социальная структура, социальные институты и процессы

Научная статья

УДК 614

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.018

Опыт реализации социального проекта «Трезвое село» в Башкортостане (по данным социологического исследования)

Гульдар Фаритовна Ахметова¹✉, Дилара Гафуровна Ягафарова²,
Рим Марсович Валиахметов³, Салия Шарифьяновна Мурзабаева⁴

^{1–3}Научная лаборатория социальных и демографических исследований Уфимского университета науки и технологий (УУНиТ), г. Уфа, Российская Федерация;

³Факультет философии и социологии УУНиТ, г. Уфа, Российская Федерация;

⁴Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Российская Федерация.

¹aguldar@yandex.ru, <http://orcid.org/000-0001-9367-0246>

²dilara.yagafarova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7849-1143>

³rim_m_sifat@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8875-5197>

⁴murzabaeva@bk.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7359-4087>

Аннотация. Статья посвящена опыту работы по профилактике алкоголизма среди сельского населения Республики Башкортостан. На основе данных социологического исследования, отражающих мнения и оценки жителей сел, анализируется эффективность профилактических мер, проводимых в рамках социального проекта «Трезвое село». Проведенное исследование показало, что проект выступает эффективным инструментом профилактики алкоголизма, а также играет важную роль в социальном, культурном, общественном развитии села, позитивных изменениях в социально-нравственном и психологическом климате сельских населенных пунктов, формировании активных жизненных стратегий сельских жителей.

Ключевые слова: алкоголизм, сельское население, профилактическая работа, социальные проблемы

Для цитирования: Ахметова Г. Ф., Ягафарова Д. Г., Валиахметов Р. М., Мурзабаева С. Ш. Опыт реализации социального проекта «Трезвое село» в Башкортостане (по данным социологического исследования) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 109–114. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.018.

Social structure, social institutions and processes

Original article

Experience in the implementation of the social project «Sober Village» in Bashkortostan (according to sociological research)

Guldar F. Akhmetova¹✉, Dilara G. Yagafarova², Rim M. Valiakhmetov³, Saliya Sh. Murzabayeva⁴

^{1,2}Scientific Laboratory of Social and Demographic Research of Ufa University of Science and Technology (UUNiT), Ufa, Russian Federation;

³Faculty of Philosophy and Sociology of UUNiT, Ufa, Russian Federation;

⁴Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation.

¹aguldar@yandex.ru, <http://orcid.org/000-0001-9367-0246>

²dilara.yagafarova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-7849-1143>

³rim_m_sifat@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8875-5197>

⁴murzabaeva@bk.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7359-4087>

Annotation. The article is devoted to the experience of work on the prevention of alcoholism among the rural population of the Republic of Bashkortostan. Based on the data of a sociological study reflecting the opinions and assessments of villagers, the effectiveness of preventive measures carried out within the framework of the social project «Sober Village» is analyzed. The conducted research has shown that the project is an effective tool for the prevention of alcoholism, and also plays an important role in the social, cultural, social development of the village, positive changes in the socio-moral and psychological climate of rural settlements, the formation of active life strategies of rural residents.

Keywords: Text. Alcoholism, rural areas, preventive work, social problems

© Г. Ф. Ахметова, Д. Г. Ягафарова, Р. М. Валиахметов, С. Ш. Мурзабаева, 2023

For citation: Akhmetova G. F., Yagafarova D. G., Valiakhmetov R. M., Murzabayeva S.Sh., Experience in implementing the social project «Sober Village» in Bashkortostan (according to sociological research). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):109–114. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.018.

Введение

Одной из актуальных проблем современного состояния общества является проблема алкоголизма. Алкоголизм как одна из форм девиантного поведения, выступает своеобразным показателем социального благополучия, духовно-нравственного состояния общества. Как отмечают исследователи, неуклонно растущая на протяжении многих лет алкоголизация населения приобрела на рубеже XX—XXI вв. характер подлинно национального бедствия для России, создающего реальную угрозу социальной и правовой защищенности граждан. В начале XXI в. Россия по потреблению алкоголя стала занимать лидирующее место в мире при крайне неблагоприятной структуре потребляемых напитков. Потребление алкоголя в расчете на душу населения за 1989—2008 гг. увеличилось в 1,4 раза и достигло 15 литров абсолютного алкоголя (чистого спирта), что почти в 1,9 раза выше того уровня (8 литров), который Всемирная организация здравоохранения признала особо опасным для здоровья людей [1].

В то же время по данным Росстата, в России наблюдается положительная динамика снижения численности лиц, страдающих алкоголизмом (рис. 1), что в определенной степени может быть обусловлено и издержками статистического учета этой категории населения.

Также следует отметить, что согласно данным обследованию НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) в России наблюдается тенденция заметного сокращения расходов домохозяйств на алкогольную продукцию. Значительное падение расходов произошло в 2020 г. (по сравнению с 2019 г. в 1,6 раз), затем в 2021 г. — на 8,5% [2, с.32].

Исследователи выделяют комплекс факторов, влияющих на потребление алкоголя и объем его потребления [3]. Экономические факторы — цена на продукт, уровень доходов потребителей — оказывают серьезное влияние на структуру потребления ал-



Рис. 1. Динамика уровня заболеваемости алкоголизмом в России, 2005—2021 гг., на 100 тыс. человек населения

Источник: Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами / Данные Росстата. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>.

когольных напитков. По данным исследователей (Котельникова З. В., Радаев В. В., Грюневальд П.) недостаток финансовых средств потребителей и рост цен на высококачественный алкоголь приводят к снижению спроса на него, но в то же время способствуют росту спроса на некачественные аналоги — самогон и другие напитки [4—6]. Выявлена статистически подтверждаемая закономерность (Стоквел Т., Колосницына М. Г., Хоркина Н. А., Доржиев Х. Н.) — повышение минимальных цен на алкогольную продукцию снижает спрос на легальный алкоголь [7, 8].

Значимым является наличие негативных экономических условий — отсутствие работы, неблагоприятный экономический фон на территории проживания. На основе большого пула эмпирических исследований, в том числе с использованием методов математического моделирования факторов потребления алкоголя, показано, что безработные в большей степени подвержены риску алкоголизма [9].

Социальный и культурный контекст, в которых социализируется личность, формирует те или иные модели поведения, в том числе в культуре потребления алкоголя. Так, влияние оказывают религиозные нормы, референтные группы — друзья и родственники, практики и ритуалы потребления алкоголя в близком окружении индивида. Значимым является образ жизни индивидов, влияние тренда на здоровый образ жизни.

Факторы риска, создающие предпосылки для чрезмерного употребления алкоголя населением, особенно характерны для сельских территорий, где ярко выражен комплекс социально-экономических тенденций и процессов — низкий уровень доходов населения, безработица, отсутствие развитой инфраструктуры и альтернативного досуга, более тесные социальные связи и интенсивное влияние социальной среды.

Фактором, потенциально снижающим масштаб и интенсивность злоупотребления алкогольной продукцией, является профилактическая работа среди населения. В России реализуются различные формы первичной, вторичной и третичной профилактической работы. Меры профилактического характера реализуются и на уровне государственной политики [10].

Значительный вклад в работу по профилактике алкоголизма вносят общественные организации, которые инициируя социальную активность граждан, вовлекают в профилактическую работу разные слои населения. Примером такой работы является социальный проект «Трезвое село», ежегодно реализуемый в Республике Башкортостан при поддержке органов региональной власти¹ и активном участии общественных организаций. Среди них ведущую роль играет Международный союз общественных объе-

динений «Всемирный курултай башкир», который выступает инициатором и хедлайнером проекта.

В данной статье представлены итоги онлайн-опроса, который был проведен в 27 сельских населенных пунктах Башкортостана, участвовавших в проекте «Трезвое село» в течение четырех лет с момента начала его реализации (2019—2022 гг.). Опрос был нацелен на выявление мнения и оценок сельских жителей об итогах конкурса, характере его проведения и отношении к проблеме алкоголизма в целом.

Цель данной статьи — на основе анализа данных социологического исследования выявить эффективность работы по профилактике алкоголизма среди сельского населения, которая проводилась на основе социального проекта «Трезвое село».

Материалы и методы

Опрос сельского населения был проведен в онлайн-формате (Google forms) методом самозаполнения. Сбор данных осуществлялся по принципу «снежного кома». Объем выборки составил более 4063 человека. Сформированная выборка репрезентирует население муниципальных районов Республики Башкортостан по полу и возрасту. Для расчета выборки использовались официальные данные Башкортостана о возрастном-половом составе населения муниципальных образований РБ на начало 2023 г. Все сельские населенные пункты региона в зависимости от численности населения разделены на три типа: малые — до 500 человек; средние — от 501 до 1000 человек; крупные — более 1000 человек.

По итогам исследования составлена база социологических данных с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics. На ее основе проведена работа по формированию одномерных, двумерных распределений данных по основным социально-демографическим и социально-территориальным характеристикам респондентов.

Результаты исследования

Причины распространения алкоголизма. По мнению сельских жителей, одной из главных причин распространения алкоголизма является влияние ближайшего родственного и дружеского окружения (40%). Далее по степени значимости идут причины социально-экономического характера: снижение уровня и качества жизни людей, безработица и другие социальные проблемы (38,3%); затем — сложившиеся привычные модели проведения застолий, праздников (37,1%) и влияние стереотипов в сознании людей о том, что алкоголь является средством для снятия стресса (35,0%). Респонденты отметили и другие причины распространения алкоголизма —

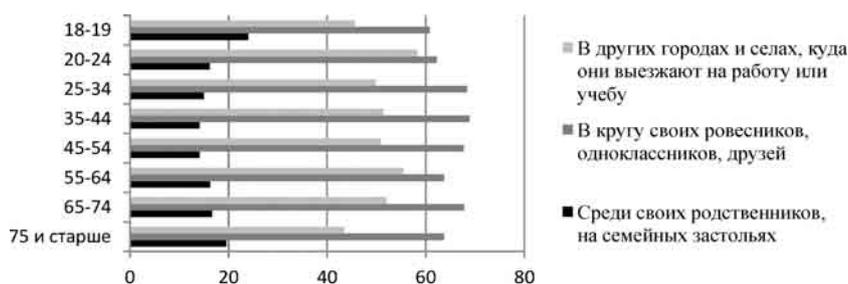


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Как Вы считаете, где обычно молодежь впервые пробует алкогольные напитки?», возрастные группы %

*Сумма ответов больше 100%, т. к. можно было выбрать несколько вариантов ответа.

такие, как доступность алкогольных напитков для приобретения (31,1%); пропаганда алкоголя через СМИ и Интернет (22,7%).

Перечисленные выше причины распространения алкоголизма по-разному оцениваются отдельными возрастными группами, исходя из того, какие проблемы являются для них наиболее актуальными. Молодежь, которая стоит в начале своей взрослой самостоятельной жизни и сталкивается с проблемами адаптации к учебе, работе, выстраивания новых отношений в образовательной, профессиональной сферах, с противоположным полом, больше подвержена разного рода стрессами. Поэтому, не случайно, что респонденты 18—19 и 20—24 лет чаще всего рассматривают алкоголь как средство снятия стресса, подавленного состояния, плохого настроения (42,9% и 43,9%) соответственно.

При этом 20—24-х летняя сельская молодежь вместе с более старшими лицами 35—44-х лет чаще упоминает негативное влияние ближайшего родственного и дружеского окружения как главную причину распространения алкоголизма.

Для старших возрастных групп (55—64 года, 75 лет и старше), перед которыми более остро стоят вопросы низких доходов, занятости, социальные проблемы, распространение алкоголизма в первую очередь связано с ухудшением в этих сферах (42,64 и 40,7%).

Следует отметить, что респонденты всех возрастов реже всего упоминали такие причины распространения алкоголизма, как доступность алкогольных напитков для приобретения (31,1% по всей выборке) и пропаганда алкоголя через средства массовой информации и Интернет—ресурсы (22,7%).

Причины распространения алкоголизма во многом обусловлены и тем, где впервые молодежь ее пробует (рис. 2).

По мнению большинства респондентов (66,5% по всей выборке), первый опыт употребления спиртных напитков молодежь получает главным образом среди ровесников, одноклассников, друзей. Следующим по частоте упоминаний является ответ о том, что молодежь это делает первый раз в других городах и селах, куда она выезжает на работу или учебу (52%). Чаще других его выбирала молодежь 20—24 лет (58,3%). Втрое реже звучал ответ «среди своих родственников, близких друзей» (15% по всей выборке). Однако молодежь 18—19 лет придерживает-

¹ Постановление Правительства Республики Башкортостан № 560 от 20.09.2022 г. «О республиканском конкурсе среди сельских населенных пунктов Республики Башкортостан «Трезвое село». URL: <https://npa.bashkortostan.ru/36779/>.

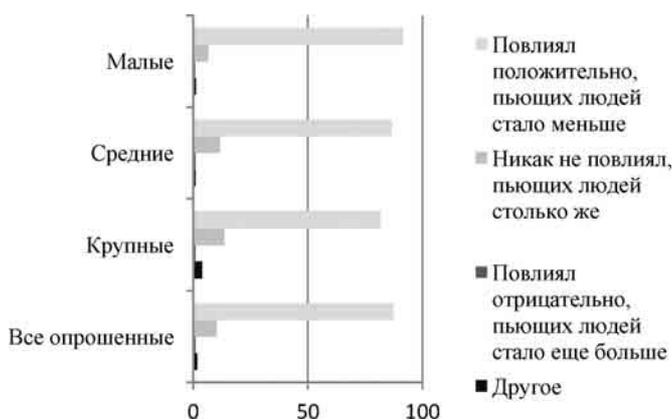


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос «На Ваш взгляд, как в целом повлиял конкурс «Трезвое село» на употребление алкогольных напитков жителями вашего села?», по типам сельских населенных пунктов, %.

*Сумма ответов больше 100%, т. к. можно было выбрать несколько вариантов ответа.

ся этого мнения в большей степени, чем все остальные (24%).

Изменения уровня употребления алкоголя в селах в период и после участия в проекте. По мнению большинства респондентов, в период участия в конкурсе или после него, в селах, где они проживают, заметно сократилось число постоянно или часто употребляющих алкоголь (около 71%), а также тех, кто употребляет его изредка (50,8%). В свою очередь выросла численность совсем не употребляющих алкоголь (46,3%). В целом, оценивая итоги конкурса, абсолютное большинство сельских жителей (87,3% по всей выборке) отметили, что конкурс повлиял положительно — пьющих людей в их селах стало значительно меньше. При этом респонденты из малых сел выбирали этот вариант ответа чаще, чем в других типах сельских населенных пунктов (рис. 3).

Отношение к запрету продажи алкоголя. Сельские жители высказали свое мнение о возможных последствиях мер по запрету продажи алкоголя. Более половины всех опрошенных считает, что запретительные меры будут способствовать росту нелегальной алкогольной продукции (58,3% по всей выборке; 60—63% в средних и крупных; 50% — в малых сельских населенных пунктах). Еще большая доля респондентов считает, что запреты никак не будут влиять на сокращение алкоголизма, т. к. если у человека есть желание выпить, он это делает в любом случае (68,5% по всей выборке; 74,3% в крупных; 68,2% в средних и 65,1% в малых селах). В то же время сельские жители считают, что при запрете продажи алкоголя возможно снижение уровня ДТП совершенных в состоянии алкогольного опьянения (81,6% — все опрошенные, 77,9% — крупные села, 83,4% — средние, 81,8% — малые).

Оценка объема информации о негативных последствиях употребления алкоголя. В целом, опрошенные отмечают, что получают достаточное количество информации о негативных последствиях алкоголизма, возможностях профилактики и лечения от алкогольной зависимости, поступающей через республиканские и местные газеты, теле-, радиопередачи и другие СМИ (74,4%). Около 16% респон-

дентов отмечают, что такой информации недостаточно или совсем нет. О том, что сформирован более интенсивный поток информации о вреде и профилактике алкоголизма отмечают жители небольших населенных пунктов. Так, 80,1% опрошенных жителей малых сел оценивают информацию как достаточную (среди средних сел — 75,6%, крупных — 63,6%).

Еще один показатель информированности населения о вреде и возможностях лечения от алкогольной зависимости — знание конкретных профильных организаций и специалистов для получения квалифицированной помощи в случае возникновения у них или близких людей алкогольной зависимости. По результатам опроса большинство опрошенных (73,2%) владеют такой информацией. Только 8,6% не знают, куда и к кому обращаться в таких случаях. Почти пятая часть респондентов (18,2%) затруднились с ответом. Более высокий уровень информированности показывают небольшие села. Среди малых сельских населенных пунктов владеют информацией о том, куда нужно обращаться за помощью, 79,6% опрошенных. В крупных селах доля респондентов, владеющих такой информацией, составляет 62,1%. Также среди крупных сел наиболее высокий уровень тех, кто затруднился с ответом — более четверти опрошенных (25,5%), что существенно больше показателей небольших сел.

Благоустройство территорий и уровень жизни населения. Значимой причиной и предпосылкой распространения алкоголизма в сельской местности является низкий уровень благоустройства сельских населенных пунктов, отсутствие широкого спектра возможностей для личностного развития и заработка.

По результатам опроса, наиболее низкие оценки удовлетворенности различными сторонами жизни в своих селах респонденты давали в отношении социально-экономических показателей. Так, только 28,4% отметили, что их полностью устраивают в селах, где они проживают, возможности заработать деньги; удовлетворены возможностями для трудоустройства 30,1%. Это базовые потребности, которые создают условия для реализации потребностей более высокого уровня и могут повлиять на формирование того или иного образа жизни.

Значимый фактор, также получивший невысокие оценки, — возможность получения услуг здравоохранения и медицинской помощи: доля респондентов, которых полностью устраивает эта сторона жизни, — 35,7%.

Уровень удовлетворенности по другим показателям, таким как, возможности получения образования, проведения досуга, личной самореализации распределены в интервале от 44 до 52%. Более высокие оценки связаны с приоритетностью для населения возможностей для трудоустройства и заработка.

Наиболее высокие оценки в сельской местности характерны для социальных отношений — между соседями (76,5%), природа и экология места прожи-

вания (65,5%), уровень личной безопасности в месте проживания (62%).

О позитивных итогах участия в конкурсе. Социологическое исследование показало, что население рассматривает участие в проекте «Трезвое село» как благоприятную возможность для развития села, появления новых ресурсов и перспектив для сельских жителей.

Все положительные эффекты участия в конкурсе «Трезвое село», которые назвали жители сел, можно разделить на несколько направлений:

1. Улучшение социальной, коммунальной, дорожно-транспортной инфраструктуры, благоустройство сельских территорий; повышение внимания руководства к социальным проблемам села.
2. Изменения в образе жизни и системе ценностей людей (на индивидуальном, групповом (семейном), коллективном уровнях).
 - 2.1. На индивидуальном и семейном уровнях это: отказ от спиртного; приверженность здоровому образу жизни, занятиям спортом; повышение религиозности; раскрытие творческих способностей.
 - 2.2. На коллективном уровне это: изменения в коллективном самосознании людей в сторону повышения сплоченности односельчан; рост общественной активности.
3. Оживление культурной жизни села.
4. Улучшение социально-психологического климата на селе; усиление позитивных настроя в социальном самочувствии селян.

В целом, позитивные оценки последствий участия в конкурсе «Трезвое село» доминируют в ответах сельских жителей. Результаты исследования показывают, что участие в данном конкурсе способствует положительным изменениям в социальной, культурной, общественной жизни села, мотивирует жителей к формированию активных жизненных стратегий.

Заключение

Результаты исследования показали, во-первых, какую важную роль в социальном, культурном, общественном развитии села, позитивных изменениях в социально-нравственном и психологическом климате сельских населенных пунктов, формировании активных жизненных стратегий сельских жителей играет проект и вносит значимый вклад в развитие республики в целом.

Во-вторых, итоги социологического исследования показали, на что необходимо обращать внимание при проведении профилактической работы по распространению алкоголизма.

1) Необходимо создавать такие условия, чтобы сельская молодежь имела возможность обращаться за помощью к специалистам при возникновении социально-психологических проблем. Эта помощь должна быть доступной как в материальном, так и в территориальном отношении. В этой помощи нуждаются, безусловно, все слои населения, но для сельской молодежи она является особенно актуаль-

ной, так как альтернативу для разрешения сложных проблем она, как показал опрос, ищет в «антистрессовых» свойствах алкоголя.

2) Необходима работа по распространению ценностей здорового образа жизни, отказа от спиртных напитков как обязательных атрибутов семейных застолий. По сути, именно на это и направлен проект «Трезвое село». Ответы молодых людей о роли семьи в приобщении к спиртным напиткам, являются поводом задуматься о том, что семья должна быть активно вовлечена в профилактическую работу по снижению алкоголизма среди молодежи.

3) Третье направление является широким по своему охвату и затрагивает социально-экономические основы развития современного села, — это решение проблем в сфере экономики, занятости, создание условий для повышения уровня и качества жизни сельского населения, Необходима социальная поддержка старших возрастных групп, которые, как показывают результаты исследования, рассматривают алкоголь как явление, прямо связанное со снижением уровня и качества жизни населения.

Таким образом, проект «Трезвое село» можно рассматривать как эффективный инструмент профилактики алкоголизма, основанный на инициативе и активной жизненной позиции граждан. В целом, исследование продемонстрировало высокую заинтересованность сельского населения в развитии проекта «Трезвое село», готовность включаться в него на уровне разных мероприятий.

Проект, безусловно, необходимо развивать и дальше, включая в него больше сельских населенных пунктов, особенно малых, расположенных на отдаленных территориях с низким уровнем социально-экономического развития. Также важное значение имеет расширение границ конкурса и включение в него малых городов, в которых вопросы социально-экономического развития стоят не менее остро.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Заиграев Г. Г. Алкоголизм и пьянство в России. Пути выхода из кризисной ситуации. *Социологические исследования*. 2009;(8):74—84.
2. Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). Вып. 1. Сборник научных статей. Отв. ред. П. М. Козырева. М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики»; 2023. 143 с.
3. Рощина Я. М., Богданов М. Б. Что влияет на потребление алкоголя и табака: обзор экономических, социологических концепций и эмпирических результатов. *Экономическая социология*. 2018;(4):134—171. DOI: 10.17323/1726-3247-2018-4-134—171
4. Gruenewald P. J., Ponicki W. R., Holder H. D., Romelsjö A. Alcohol Prices, Beverage Quality, and the Demand for Alcohol: Quality Substitutions and Price Elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2006;30(1):96—105.
5. Котельникова З. В. Взаимосвязь практик потребления алкоголя с социальной структурой современной России. *Социологические исследования*. 2015;(4):105—112.
6. Радаев В. В. Не самогоном единым: структура и факторы потребления домашнего алкоголя в современной России. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2016;19(4):121—141.
7. Колосницына М. Г., Хоркина Н. А., Доржиев Х. Н. Влияние ценовых мер государственной антиалкогольной политики на потребление спиртных напитков в России. *Экономическая политика*. 2012;10(5):171—190.

8. Stockwell T. et al. Minimum Alcohol Prices and Outlet Densities in British Columbia, Canada: Estimated Impacts on Alcohol-Attributable Hospital Admissions. *American Journal of Public Health*. 2013;103(11):2014—2020.
9. Henkel D. Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990—2010). *Current Drug Abuse Reviews*. 2011;4(1):4—27.
10. Забелина Н. В., Рагулина Е. В. Современное состояние социальной профилактики алкоголе- и наркозависимости в России. *Социологические науки*. 2022;(3):50—56. DOI: 10.21626/j-chr/2022—3(32)/6

REFERENCES

1. Zaigraev G. G. Alcoholism and drunkenness in Russia. Ways out of the crisis situation. *Sociological research. [Sotsiologicheskie issledovaniya]*. 2009;(8):74—84 (in Russian).
2. Bulletin of the Russian Monitoring of the Economic Situation and Public Health of the Higher School of Economics (RLMS-HSE). Issue 13. Collection of scientific articles. Ed. P. M. Kozyreva. Moscow: National Research University «Higher School of Economics»; 2023. 143 p. (in Russian).
3. Roshchina Y., Bogdanov M. What Influences Alcohol and Tobacco Consumption: Review of Economic and Sociological Concepts and Empirical Results. *Journal of Economic Sociology. [Ekonomicheskaya sotsiologiya]*. 2018;(4):134—171 (in Russian). DOI: 10.17323/1726-3247-2018-4- 134—171
4. Gruenewald P. J., Ponicki W. R., Holder H. D., Romelsjö A. Alcohol Prices, Beverage Quality, and the Demand for Alcohol: Quality Substitutions and Price Elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2006;30(1):96—105.
5. Kotelnikova Z. V. Interrelation of alcohol consumption practices with the social structure of modern Russia. *Sociological Research. [Sotsiologicheskie issledovaniya]*. 2015;(4):105—112 (in Russian).
6. Radaev V. V. Not samogon alone: the structure and factors of home alcohol consumption in modern Russia. *Journal of Sociology and Social Anthropology. [Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii]*. 2016;19(4):121—141 (in Russian).
7. Kolosnitsyina M. G., Horkina N. A., Dorzhiev H. N. Influence of price measures of the state anti-alcohol policy on the consumption of alcoholic beverages in Russia. *Economic Policy. [Ekonomicheskaya politika]*. 2012;10(5):171—190 (in Russian).
8. Stockwell T. et al. Minimum Alcohol Prices and Outlet Densities in British Columbia, Canada: Estimated Impacts on Alcohol-Attributable Hospital Admissions. *American Journal of Public Health*. 2013;103(11):2014—2020.
9. Henkel D. Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990—2010). *Current Drug Abuse Reviews*. 2011;4(1):4—27.
10. Zabelina N. V., Ragulina E. V. The current state of social prevention of alcohol and drug addiction in Russia. *Sociological Sciences. [Sotsiologicheskie nauki]*. 2022;(3):50—56 (in Russian). DOI: 10.21626/j-chr/2022—3(32)/6

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 07.07.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 07.07.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 316.44, 304.3, 308

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.019

Доступность платных медицинских услуг и особенности социально-демографического портрета их пользователей

Александра Анатольевна Шабунова¹, Лейла Натиговна Нацун²

^{1,2}Вологодский научный центр РАН (ФГБУН ВолНЦ РАН), г. Вологда, Российская Федерация

¹aas@vscc.ac.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3467-0921>

²leyla.natsun@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9829-8866>

Аннотация. Неравенство в возможностях получения медицинских услуг прямо влияет на здоровье населения и является одной из наиболее значимых социальных проблем. Источниками её формирования выступают не только значительный разрыв в величине денежных доходов населения, но и существенные территориальные неравенства в обеспеченности населения городов и сельских населённых пунктов медицинскими организациями и их услугами. Платная медицина остаётся практически недоступной для низкодоходных групп населения, что ещё больше усугубляет неравенство в доступе к медицинским услугам, особенно в сельской местности. Данная работа нацелена на выявление особенностей социально-демографического портрета пользователей платных медицинских услуг и их поведенческих стратегий в отношении своего здоровья. На примере Вологодской области, на данных репрезентативного регионального социологического опроса показано, что основной удельный вес среди пользователей услуг частных клиник составляют жители городов в возрасте 30—60 лет со средним уровнем доходов и только 8% составляют жители сельских населённых пунктов. При этом поведение в отношении своего здоровья среди респондентов, пользующихся платными и бесплатными медицинскими услугами, имеет ряд особенностей. Это позволяет предполагать, что поведение выделенных групп респондентов наряду с социально-экономическими факторами вносят вклад в формирование неравенства в их здоровье.

Ключевые слова: здоровье населения, неравенство в доступе к медицинским услугам, поведенческие стратегии в отношении здоровья.

Для цитирования: Шабунова А. А., Нацун Л. Н. Доступность платных медицинских услуг для населения: дифференциация в разрезе доходных групп // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 115—122. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.019.

Original article

Availability of paid medical services and features of the socio-demographic portrait of their users

Alexandra A. Shabunova¹, Leila N. Natsun²

^{1,2}Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (VolRC RAS), Vologda, Russian Federation

¹aas@vscc.ac.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3467-0921>

²leyla.natsun@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9829-8866>

Annotation. Inequality in access to medical services directly affects the health of the population and is one of the most significant social problems. The sources of its formation are not only a significant gap in the amount of monetary incomes of the population, but also significant territorial inequalities in the provision of the population of cities and rural settlements with medical organizations and their services. Paid medicine remains virtually inaccessible to low-income groups of the population, which further exacerbates inequality in access to medical services, especially in rural areas. This work is aimed at identifying the features of the socio-demographic portrait of users of paid medical services and their behavioral strategies regarding their health. On the example of the Vologda region, based on the data of a representative regional sociological survey, it is shown that the main proportion among users of private clinic services are urban residents aged 30—60 years with an average income level and only 8% are residents of rural settlements. At the same time, the behavior regarding their health among respondents using paid and free medical services has a number of features. This suggests that the behavior of the selected groups of respondents, along with socio-economic factors, contribute to the formation of inequality in their health.

Key words: population health, inequality in access to health services, behavioral strategies in relation to health.

For citation: Shabunova A. A., Natsun L. N. Availability of paid medical services for the population: differentiation by income groups. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):115–122. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.019.

Введение

Несмотря на то, что неравенство считают «вечной проблемой» в социологических исследованиях и рассматривают как неотъемлемый атрибут общества на всех исторических этапах их развития [1], продолжается поиск подходов к снижению остроты данной проблемы. Выдвигаются различные гипоте-

зы об истоках формирования неравенств, обсуждаются их последствия для демографического и социально-экономического развития государств. Так, именно с преодолением избыточного социально-экономического неравенства исследователи связывают перспективы дальнейшей эволюции социального государства в России [2].

Неравенства в обществах принимают различные формы. Одной из них выступает неравенство по здоровью, источниками которого в рамках гипотезы социальной причинности называют материальные, психосоциальные и поведенческие факторы [3]. При этом дискуссионным остаётся вопрос о том, какие факторы вносят более весомый вклад в формирование неравенства по здоровью. Есть данные, указывающие на то, что материальные и психосоциальные факторы действуют друг через друга, что усложняет задачу по оценке статистической значимости вклада каждого из механизмов в формирование неравенства по здоровью [4]. Обоснована важная роль социального государства в сглаживании неравенства по здоровью в старших возрастных группах населения [5], подтверждено наличие и показана дифференциация медиативного эффекта социального капитала и межличностного доверия в отношении неравенства по здоровью в европейских странах с разными типами социальной политики [6]. Поиск первопричин различий в поведении индивидов в отношении собственного здоровья приводит исследователей к необходимости углублённого изучения ценностей и установок населения. Так в рамках масштабного социологического проекта было показано, что установки населения в отношении продолжительности жизни влияют на характеристики самосохранительного поведения, в том числе, на медицинскую активность [7].

Одним из аспектов изучения неравенства по здоровью выступает оценка перспектив достижения равенства возможностей различных групп населения в доступе к качественным услугам здравоохранения [8]. Этот вопрос рассматривается как одно из условий обеспечения социальной справедливости [9]. Более широкий доступ обеспеченных слоёв населения к медицинской помощи лучшего качества воспринимается в российском обществе как несправедливость. При этом установлено, что более остро реагируют на подобные проявления лица с низким уровнем дохода, имеющие плохое состояние здоровья, воспитывающие несовершеннолетних детей, считающие недостаточным покрытие по обязательному медицинскому страхованию [10].

В работах отечественных авторов нашли отражение представления населения и экспертного сообщества о способах выравнивания возможностей сельского и городского населения разных регионов в получении качественной и своевременной медицинской помощи [11]. При этом отмечены заметные расхождения в восприятии населением и медицинским сообществом проблем финансирования медицинских организаций, а также путей дальнейшего развития сектора платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения [12].

В то же время, очевидно, что в России уже сформировался рынок платных медицинских услуг, динамика которого отражает растущий спрос со стороны населения [13]. Исключение низкодоходных групп населения из числа потребителей платных медицинских услуг в таком случае некорректно рассматривать как одно из проявлений социальной не-

справедливости. Речь идёт скорее о том, что возможность при желании пользоваться платными медицинскими услугами становится ещё одним атрибутом среднего класса.

Развитие представлений об источниках и последствиях социальных неравенств на сегодняшний день продолжается в направлении более углублённого изучения управляемых факторов снижения неравенства возможностей в современных обществах. Заслуживают внимания работы, посвящённые сравнению систем здравоохранения, созданных в России и других странах. В частности, установлено, что по ряду показателей доступности медицинской помощи развитые европейские страны опережали Российскую Федерацию, в том числе, благодаря отличиям в масштабах и подходе к финансированию здравоохранения [14].

В контексте обсуждения данной проблематики особый интерес представляет оценка вклада различий в доступе к бесплатной и платной медицине и в характере заботы индивидов о собственном здоровье в формировании неравенства по здоровью. В отечественной литературе встречаются в основном, исследования, нацеленные на отдельное рассмотрение влияния практик здоровьесбережения на состояние здоровья, или на оценку различных видов неравенств в доступе к услугам здравоохранения. Однако пока не ставилось исследовательской задачи по проведению сравнительной оценки вклада перечисленных факторов в формирование неравенства населения по здоровью. Значимость её решения определяется тем, что ответ на поставленный вопрос позволит точнее определить роль различных аспектов организации здравоохранения в улучшении здоровья населения, выработать эффективные инструменты преодоления избыточных неравенств в доступе к медицинским услугам. В данной работе будут представлены результаты оценки особенностей социально-демографического портрета пользователей услуг частных и государственных медицинских организаций и дифференциации их поведенческих стратегий в отношении своего здоровья. Эти данные в перспективе будут использованы в решении обозначенной выше научной проблемы.

Цель работы — выявление социально-демографического портрета пользователей платных медицинских услуг и особенностей их поведения в отношении своего здоровья.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать социально-демографический портрет пользователей платных медицинских услуг, опираясь на данные репрезентативных выборочных опросов населения Вологодской области.
2. Сравнить поведение в отношении своего здоровья в группах респондентов с разными стратегиями использования медицинских услуг.

Решение поставленных задач позволит уточнить представление о спросе на платные медицинские услуги, о взаимосвязи потребительских практик отдельных групп населения с их материальным положением и поведением в отношении своего здоровья.

Материалы и методы

Информационную базу исследования составили: данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат), данные Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения (далее — ВН КДУ-2021)¹, проведенного Росстатом в 2021 году, социологические опросы населения Вологодской области, проводимые ВолНИЦ РАН.

Опрос населения Вологодской области о состоянии здоровья и практиках здоровьесбережения, проводится на территории г. Вологды, г. Череповца и восьми муниципальных районов каждые 2 года. Объём выборки составляет 1500 человек. Метод проведения опроса — письменное анкетирование по месту проживания респондентов.

Результаты

Развитие рынка платных медицинских услуг в России. В номинальном выражении объём предоставленных населению платных медицинских услуг за период с 2017 по 2021 гг. вырос на 74%, составив в 2021 году 1 091 967 752,7 тысяч рублей. В расчёте на душу населения объём платных медицинских услуг вырос с 765 рублей в 2005 году до 7486 рублей в 2021 году². За период с 2010 по 2021 год доля медицинских услуг в общей структуре платных услуг, предоставленных населению, увеличилась почти вдвое — с 5,2% до 9,6%³. Это, с одной стороны, указывает на рост потребности населения в качественной медицинской помощи, а с другой стороны — на снижение доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых на бесплатной основе в государственных медицинских организациях, вынуждающем граждан искать альтернативы в частном сегменте [15].

Оценивая перспективы дальнейшего развития рынка медицинских услуг в России, необходимо учитывать, что на работу медицинских организаций неизбежно влияет ситуация в фармацевтической промышленности. Эксперты отмечают, что она переживает кардинальное перестроение в связи с необходимостью снижения импортозависимости и налаживания инновационных производств в условиях санкционного давления [16].

По данным ВН КДУ-2021, платные медицинские услуги пока не могут служить альтернативой бесплатной медицине для большинства населения.

Пользоваться платной медициной без необходимости ограничивать расходы на другие цели могли лишь 15% респондентов, тогда как 63% опрошенных могли пользоваться такими услугами только при существенных ограничениях расходов на другие цели, а ещё 20% — указали на недоступность платной медицины из-за отсутствия у них денежных средств⁴. Это свидетельствует о высокой стоимости таких услуг на российском рынке, с одной стороны, и на существенную дифференциацию доходов населения — с другой. На территориальную дифференциацию факторов, определяющих доступность платной медицины для населения, указывает и тот факт, что в сельской местности 3% опрошенных отметили её отсутствие по месту жительства (в городской местности доля таких ответов составила 1%). Сельское население оказывается в сложной ситуации сразу по нескольким аспектам: платная медицина малодоступна из-за низких доходов, а также вследствие её более слабой представленности в сельской местности. При этом основными причинами обращения к платным медицинским услугам в сельской местности выступает неудовлетворённость качеством услуг государственных медицинских организаций (на это указали 23% респондентов) и их недостаточный ресурсный потенциал (нехватка специалистов, оборудования — отметили 33% опрошенных)⁵.

Наряду с территориальным фактором, низкий уровень дохода выступает ещё одним барьером доступа населения к платной медицине. По данным статистики, в 2020 году наибольший объём денежных средств на оплату медицинских и оздоровительных услуг направляли домохозяйства пятой квинтильной группы населения по уровню дохода. Так, в расчёте на одного члена домохозяйства расходы на оплату медицинских услуг в первой доходной группе составляли в среднем 365 рублей, а в пятой — 7298 рублей⁶.

Обращение населения к платным медицинским услугам (по данным соцопросов в Вологодской области). Согласно результатам соцопроса населения Вологодской области, в 2022 г. высоким считали уровень доступности медицинских услуг в государственных организациях 12% горожан и 8% сельских жителей. О полной недоступности таких услуг заявили 5% горожан и 4% сельских жителей. Высокую доступность услуг частных медицинских организаций отметили 25% горожан и 18% селян. Но о полной их недоступности респонденты из сельской местности сообщали гораздо чаще, чем в отноше-

¹ Объём выборки ВН КДУ-2021 в целом по России составил 48 тыс. домохозяйств. Способ сбора данных: личный опрос. Опросы проводятся на условиях добровольного согласия респондентов. Опросы респондентов проводятся на основании специальной формы федерального статистического наблюдения. Даты сбора данных: с 15 по 29 июля 2021 года. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения — 2021 // Федеральная служба государственной статистики. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2021/index.html

² Объём платных медицинских услуг в расчете на душу населения, рублей // Росстат.

³ Структура платных услуг, предоставленных населению в 2010 и 2021 году // Росстат.

⁴ Микроданные выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения — 2021 // Федеральная служба государственной статистики. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2021/index.html

⁵ Приводится по данным ВН КДУ — 2021. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2021/index.html

⁶ Денежные расходы домашних хозяйств различных социально-экономических категорий на платные услуги в области здравоохранения и отдыха в 2020 г. / Здравоохранение в России 2021 г. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/07-26.docx

Таблица 1

Распределение оценок респондентами доступности медицинских услуг (в территориальном разрезе)

Оценка уровня доступности медицинских услуг, % от числа опрошенных	2018		2020 г.		2022 г.	
	город	село	город	село	город	село
Государственные поликлиники и больницы						
Высокий	26,7	12,4	18,3	14,3	11,80	8,40
Средний	55	63,4	68,1	70,5	46,50	48,30
Низкий	14,8	23,3	13,2	15,2	37,00	39,50
Медицинские услуги недоступны	3,3	1	0,4	0	4,70	3,80
Частные клиники						
Высокий	37,5	18	32,9	29,6	24,60	18,10
Средний	32,7	45,3	50,8	56,7	53,80	42,70
Низкий	16,6	27,4	11,5	9,2	16,10	23,20
Медицинские услуги недоступны	13,2	9,4	5	4,5	5,50	16,00
100% по столбцам						

Источник: данные опроса населения Вологодской области, 2022.

нии услуг государственных организаций: об этом сказали 16% опрошенных.

По сравнению с результатами социологического замера 2020 года увеличилась доля городского и сельского населения, для которого недоступны услуги государственных поликлиник и больниц, а также доля сельского населения, для которого полностью недоступны медицинские услуги частных организаций. По сравнению с «допандемийным» 2018 годом, в 2022 году не только в городской, но и в сельской местности выросла доля респондентов, для которых недоступны медицинские услуги государственных учреждений здравоохранения. При этом доля респондентов, указавших на недоступность услуг частных клиник выросла только в сельской местности, а в городской — существенно снизилась, что свидетельствует о неравномерном развитии рынка медицинских услуг в регионе (табл. 1).

Практики населения Вологодской области в сфере здоровьесбережения. Несмотря на то, что более 80% жителей региона считают себя ответственными за своё здоровье, не всегда население оказывается достаточно мотивированным в вопросах здоровьесбережения. Так, в 2022 году 32% жителей Вологодской области признавали, что мало заботятся о своём здоровье, ещё 5%, — что не заботятся совсем. В 2020 году доля респондентов, ответивших так же составила 27% и 12%, соответственно⁷.

Одним из важнейших условий своевременного выявления опасных нарушений здоровья является посещение врачей с профилактической целью. В 2022 году в Вологодской области, для населения была характерна низкая обращаемость за медицинской помощью с профилактической целью (19,9%). При этом, в группе населения с высокими доходами и доходами выше среднего уровня медицинская активность выражена сильнее (28,6%), чем в группах населения со средними и низкими доходами (18,4% и 18,6%, соответственно). Следует отметить, что по-

водом для обращения к врачу большинство населения региона считает ухудшение самочувствия, болезнь (53%). Среди респондентов, которые обращались в медицинские организации в течение года, данную причину указывали большинство, причём это справедливо как применительно к государственным, так и частным медицинским организациям (77% и 79%, соответственно). Среди тех, кто в течение прошедшего года ни разу не обращался за медицинской помощью большинство (86%) составили те, кто не болел, а, следовательно, по их мнению, не нуждался в медицинских услугах. Наличие хронических заболеваний сопровождается увеличением частоты обращений в медицинские организации в периоды ухудшения самочувствия и существенным снижением частоты обращений за профилактической медицинской помощью. Так среди респондентов с хроническими заболеваниями только 8% ответили, что в течение года обращались к врачу с профилактической целью и 80% указали, что посещали врача в период ухудшения самочувствия, тогда как среди респондентов, не имеющих хронических заболеваний, доля таких ответов составила 35% и 46%, соответственно. Приведённые факты демонстрируют, что у населения региона сформирована привычка правильно реагировать на симптомы болезни — незамедлительно обращаться к врачу, но нет привычки систематически, целенаправленно следить за своим здоровьем, вести здоровый образ жизни. Это подтверждает необходимость формирования у населения культуры систематической заботы о своём здоровье, где ключевым компонентом будут собственные действия индивидов по профилактике нарушений здоровья: приобретение медицинской грамотности, высокая медицинская активность и ведение здорового образа жизни.

Социально-демографический портрет пользователей платных медицинских услуг. В 2022 году в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу, в частные или государственные медицинские организации обращались 70% респондентов (1050 человек из 1500 опрошенных). На основе анализа их ответов об опыте обращений в государственные и частные медицинские организации, а также об использовании платных медицинских услуг были выделены 6 типовых стратегий медицинской активности. Первая предполагала обращение только в частные клиники с оплатой их услуг. Вторая стратегия — использование платных медицинских услуг частных и государственных медицинских организаций. Третья была смешанной и предполагала использование бесплатных услуг в государственных, и платных услуг — в частных медицинских организациях. Четвёртая стратегия предполагала использование платных услуг государственных медицинских организаций. Пятая — использование только бесплатных медицинских услуг государственных медицинских организаций. Распределение численности респондентов, которые придерживались разных стратегий медицинской активности приведено в таблице 2.

⁷ Источник здесь и далее по тексту: данные опроса населения Вологодской области о состоянии здоровья и практиках здоровьесбережения.

Таблица 2

Стратегии медицинской активности респондентов

Стратегии медицинской активности	Частота (число респондентов)	Процент	Накопленный процент
1. Клиенты частных клиник	97	9,2	9,2
2. Пользователи платных медицинских услуг	184	17,5	26,8
3. Смешанная стратегия	125	11,9	38,7
4. Клиенты государственных медицинских учреждений	206	19,6	58,3
5. Пользователи бесплатной медицины	438	41,7	100,0
Всего...	1050	100	

Наибольший удельный вес среди клиентов частных клиник составляли проживающие в городах мужчины и женщины в возрасте от 30 до 54/59 лет, а также женщины до 29 лет, со средним уровнем дохода: 18%, 16% и 13%, соответственно. На долю сельского населения приходилось лишь 8% в составе контингента клиентов частных клиник. Лица с «высоким» и «выше среднего» уровнем дохода составляли 15% пользователей частных медицинских услуг. В данной группе были слабо представлены респонденты с «низким» и «ниже среднего» уровнем дохода. В половозрастном разрезе наибольший вклад в формирование данной группы вносили мужчины и женщины в возрасте от 30 до 59 и 54 лет, соответственно. Доля молодёжи в данной категории составила 22%, лиц старших возрастов — 24%. Доля женщин — 56%.

Похожий социально-демографический портрет сложился и для категории тех, кто пользовался платными медицинскими услугами и частных, и государственных медицинских организаций. Наибольший удельный вес среди них составили городские женщины и мужчины 30—54/59 лет со средними доходами (по 12%), а также горожанки 55 лет и старше со средними доходами (10%). В целом, доля сельского населения в этой категории респондентов была выше, чем в первой — 14%. Доля низкодоходных групп составила 36% общего контингента пользователей платных медицинских услуг. Доля женщин в данной категории составила 43%, доля молодёжи (до 29 лет) — 13%, пожилых — 39%.

Смешанную стратегию медицинской активности, в основном использовали городские женщины со средним доходом в возрасте 30—54 лет (17%), а также 55 лет и старше (10%). В этой категории респондентов доля сельского населения составила 23%, что выше по сравнению с первой и второй группами. Заметно более высокой оказалась также и доля женщин (72%). Молодёжь составила 12%, а пожилые — 37% в численности данной категории респондентов. Низкодоходные группы были представлены несколько слабее, чем во второй категории респондентов (33%).

Среди тех, кто использовал четвертую стратегию, заключающуюся в оплате услуг только в государственных медицинских учреждениях, наибольший удельный вес приходился на городских мужчин и женщин в возрасте 30—54/59 лет со средним дохо-

дом — 12% и 10%, соответственно, а также на женщин в возрасте 55 лет и старше со средними доходами (8%). Доля сельского населения в данной категории респондентов достигала 25%, представленность низкодоходной группы составляла 33%, молодёжи — 11%, пожилых — 35%. Женщины и мужчины были представлены практически в равной степени (48% и 52%, соответственно).

Наиболее распространённой стратегией среди населения региона в целом являлось обращение за бесплатными медицинскими услугами в государственные медицинские организации: этот вариант выбирали 42% опрошенных, которые обращались в медицинские организации в течение года. В составе данной категории респондентов наибольший удельный вес составляли горожанки со средними доходами в возрасте 30—54 лет (9%), а также 55 лет и старше (8%), городские мужчины 30—59 лет со средними доходами (9%). Доля сельского населения в данной категории респондентов была наиболее высокой по сравнению с остальными — 35%, как и доля пожилого населения — 40%. Доля женщин в данной категории составила 56%, доля молодёжи — 14%. Низкодоходная группа составила 28% численности данной категории опрошенных.

На выбор стратегии использования платных медицинских услуг влияет также состояние здоровья респондентов. Среди всех респондентов, имеющих хронические заболевания, только 4% пользовались платными медицинскими услугами в частных клиниках. Большинство же тех, кто имел хронические заболевания, предпочитали обращаться в государственные учреждения здравоохранения за бесплатным лечением (63%). Однако в зависимости от уровня дохода наличие хронических заболеваний по-разному влияло на стратегии использования платных медицинских услуг. В высокодоходной группе среди имеющих хронические заболевания платными медицинскими услугами пользовались 15% (причём, только в государственных учреждениях здравоохранения), а среди не имеющих таких — 32% респондентов (в том числе, 12% — в частных клиниках). Для сравнения, в группе респондентов с низким и ниже среднего уровнем дохода, имеющих хронические заболевания, платными медицинскими услугами пользовались 31% (только 1% — в частных клиниках), а среди не имеющих хронических болезней — 26% (в том числе 7% — в частных клиниках).

Сопоставление используемых респондентами стратегий медицинской активности и характеристик их поведения в отношении здоровья демонстрирует, что клиенты частных клиник заметно чаще в случае плохого самочувствия сразу обращаются в частные клиники, а не в государственные учреждения здравоохранения, среди них реже встречается практика употребления алкоголя и курение. Среди первых трёх групп респондентов, тем или иным образом использующих платные медицинские услуги частных клиник, выше доля занимающихся спортом (табл. 3). При этом доля респондентов, которые оценили своё здоровье как хорошее

Таблица 3

Доля респондентов, приверженных различным практикам в отношении здоровья, в группах с разными стратегиями медицинской активности (в % от численности соответствующих групп)

Поведенческие практики в отношении здоровья	1	2	3	4	5
В случае плохого самочувствия:					
Обращаются в частную клинику	40,2	29,9	27,2	4,4	2,7
Обращаются к терапевту по месту жительства	38,1	78,8	72,0	78,2	75,8
Занимаются спортом и физкультурой	39,2	43,5	40,8	23,3	20,5
Употребляют алкогольные напитки	41,2	59,8	64,8	55,3	56,8
Курят	16,5	23,4	26,4	24,8	26,7
В течение года обращались в медицинские организации с профилактической целью	37,1	29,9	41,6	18,4	26,7
Доля респондентов, позитивно оценивших собственное здоровье (хорошее и очень хорошее), %	61	41	40	42	31

Обозначения: 1 — клиенты частных клиник, 2 — пользователи платных медицинских услуг, 3 — смешанная стратегия, 4 — клиенты государственных медицинских учреждений, 5 — пользователи бесплатных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения.

Источник: Расчёты автора на основе данных опроса «Изучение здоровья населения и определяющих его факторов», 2022 г.

или очень хорошее, достигала 61% среди клиентов частных клиник и лишь 31% — среди тех, кто пользовался только бесплатной медициной в государственных медицинских организациях.

Обсуждение

Проведённое исследование позволило обосновать наличие территориального и имущественного неравенства в доступности платных медицинских услуг для населения. Подтверждено, что наряду с проблемами в доступности бесплатной медицинской помощи по месту проживания сельское население имеет также и ограниченные возможности в использовании платной медицины. Наиболее активными пользователями платных медицинских услуг являются жители городов со средним и высоким уровнем дохода. Однако вне зависимости от уровня дохода, большинство населения склонно обращаться за бесплатными медицинскими услугами в государственные учреждения здравоохранения. Распространённость смешанной стратегии пользования платными медицинскими услугами указывает на то, что частные клиники на сегодняшний день используются населением, преимущественно, для прохождения необходимых лабораторно-диагностических исследований, а государственные медицинские организации по-прежнему рассматриваются как основное место лечения. Установлено, что в группах населения с разными стратегиями использования платных медицинских услуг различается распространённость спортивных занятий, вредных привычек (курения, употребления алкоголя), профилактических обращений к врачу. Это свидетельствует о том, что на уровне индивидов пользование платными медицинскими услугами соотносится с их поведенческой моделью заботы о здоровье.

Полученные результаты исследования обладают ограничениями. Во-первых, несмотря на то, что

выявлена дифференциация самооценок здоровья респондентов, которые пользуются платными услугами в частных клиниках и тех, кто пользуется бесплатной медициной, это не доказывает положительное влияние платных медицинских услуг на здоровье и не может служить аргументом, объясняющим причины неравенства по здоровью. Во-вторых, полученные данные указывают на то, что стратегия использования платных медицинских услуг респондентами может зависеть также от наличия у них хронических заболеваний. В связи с этим, для уточнения вклада доступности платных медицинских услуг в формирование неравенства населения по здоровью необходимы лонгитюдные медико-социальные исследования, дизайн которых позволит отслеживать изменения состояния здоровья во времени отдельно для групп пациентов, пользующихся платными услугами частных клиник и бесплатными услугами в государственных учреждениях здравоохранения. Остаётся дискуссионным вопрос о том, действительно ли наличие хронических заболеваний стимулирует обеспеченных людей обращаться в государственные учреждения здравоохранения за бесплатными медицинскими услугами, а низкодоходные группы, напротив, — пользоваться платными услугами (но, в основном, государственных медицинских организаций, а не частных клиник). Вероятно, причины такой дифференциации поведения, будут варьировать в группах населения с разным уровнем дохода, что заслуживает детального рассмотрения.

Заключение

Анализ развития рынка платных медицинских услуг демонстрирует, что в России основными стимулами для него выступают стабильный спрос со стороны городского населения со средними и высокими доходами, а также сохраняющиеся проблемы дефицита кадров и оборудования в государственных медицинских организациях. При этом коммерциализация здравоохранения происходит также и за счёт расширения перечня медицинских услуг, предоставляемых на платной основе государственными медицинскими учреждениями. Последствия этих процессов для населения неоднозначны. Услуги частных клиник обладают рядом преимуществ по сравнению с бесплатными услугами государственных организаций: меньше время ожидания результата диагностических процедур, выше качество оборудования, меньше очереди, есть необходимые специалисты, благодаря чему они формируют альтернативный источник квалифицированной и качественной медицинской помощи. Однако эти блага доступны, в основном, для обеспеченного городского населения. Тогда как жители сельских населённых пунктов оказываются в невыгодном положении: они испытывают дефицит доступных бесплатных медицинских услуг ввиду удалённости и более низкой ресурсной и кадровой обеспеченности государственных медицинских организаций, к которым прикреплены по месту жительства, а также оказываются изолированы от рынка платных медицинских

услуг, как ввиду отсутствия частных клиник по месту проживания, так и ввиду ценовой недоступности их услуг. Процесс коммерциализации здравоохранения, в целом, не решает проблемы неравенства возможностей разных категорий населения в получении медицинской помощи. Скорее он формирует дополнительный круг этих проблем, источником которых служат изначальное неравенство доходов и территориальное неравенство в обеспеченности населения ресурсами здравоохранения.

Региональные данные подтверждают общероссийские закономерности. Проведённое в Вологодской области социологическое исследование позволило установить, что основной удельный вес среди пользователей услуг частных клиник составляют жители городов в возрасте 30—60 лет со средним уровнем доходов и только 8% — жители сельских населённых пунктов. При этом среди пользователей бесплатных медицинских услуг сельское население составляет 36%. Это позволяет подтвердить наличие в регионе территориального и доходного неравенства в доступе к платной медицине. Выявлено, что поведение в отношении своего здоровья среди респондентов, пользующихся платными и бесплатными медицинскими услугами, имеет ряд различий. Клиенты частных клиник, по сравнению с пользователями бесплатной медицины, выше оценивают собственное здоровье, среди них выше доля тех, кто занимается спортом, не курит и не употребляет алкоголь, обращается к врачу с профилактической целью. Однако в целом население вне зависимости от уровня дохода и возраста предпочитает бесплатную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения. Это позволяет предполагать, что в формирование неравенства в здоровье выделенных групп респондентов вносят и социально-экономические, и поведенческие факторы. Оценка их соотношения требует дополнительного углублённого изучения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Горшков М. К. Общественные неравенства как объект социологического анализа. *Социологические исследования*. 2014;363(7):20—31.
2. Бессонова О. Э. Идеология в общественном развитии России: новый ракурс. *Социологические исследования*. 2022;(1):17—29. DOI: 10.31857/S013216250017233-9.
3. Кислицына О. А. Социально-экономическое неравенство в состоянии здоровья: тенденции и гипотезы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;54(2):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-1.
4. Русинова Н. Л. Социальные неравенства в здоровье: посредническая роль материальных лишений и психологических ресурсов. *Демографическое обозрение*. 2019;6(3):6—30.
5. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Возрастные различия статусных неравенств в здоровье: значение социального государства. *Социологический журнал*. 2021;(1):97—121.
6. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2020;23(1):35—64. DOI: 10.31119/jssa.2020.23.1.2.
7. Ростовская Т. К., Иванова А. Е., Князькова Е. А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие России»). *Проблемы социальной гигиены, здраво-*

- охранения и истории медицины*. 2021;29(1):66—75. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-918-927.
8. Кислицына О. А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян. *Народонаселение*. 2007;36(2):024—037.
 9. Панова Л. В., Панова А. Ю. Доступность современных медицинских технологий в России и странах Европы. *Экономическая социология*. 2020;(5):58—93. DOI: 10.17323/1726-3247-2020-5-58-93.
 10. Кислицына О. А. Восприятие россиянами несправедливости неравенства в доступе к услугам здравоохранения и детерминирующие его факторы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018;61(3):4. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-61-3-4.
 11. Козырева П. М., Смирнов А. И. Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности. *Гуманитарий Юга России*. 2018;7(4):33—49. DOI: 10.23683/2227—8656.2018.4.3.
 12. Савельева Ж. В., Мухарямова Л. М., Кузнецова И. Б. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян. *Мир России*. 2018;27(3):154—179. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179.
 13. Баженова С. А., Андриянова А. А., Андриянова Л. С. Анализ медицинского рынка России за 2016—2018 гг.: основные экономические показатели и результаты исследований. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(5):817—821.
 14. Панова Л. В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте. *Журнал исследований социальной политики*. 2019;17(2):177—190.
 15. Козырева П. М., Смирнов А. И. Масштабы распространения и размеры оплаты медицинских услуг. *Социологическая наука и социальная практика*. 2018;6(3(23)):26—42. DOI: 10.19181/snsp.2018.6.3.6001.
 16. Доржиева В. В. Государственная политика импортозамещения как фактор развития фармацевтической промышленности России: влияние санкций и шаги к успеху. *Вестник Института экономики Российской академии наук*. 2022;(6):68—78. DOI: 10.52180/2073—6487_2022_6_68_78.

REFERENCES

1. Gorshkov M. K. Social inequalities as an object of sociological analysis. *Socis. [Sotsiologicheskie issledovaniya]*. 2014;363(7):20—31 (in Russian).
2. Bessonova O. E. Ideology in the social development of Russia: a new perspective. *Socis. [Sotsiologicheskie issledovaniya]*. 2022;(1):17—29. (in Russian). DOI: 10.31857/S013216250017233-9.
3. Kislitsyna O. A Socio-economic inequality in health status: trends and hypotheses. *Social aspects of population health. [Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2017;54(2):1 (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-1.
4. Rusinova N. L. Social inequalities in health: mediating role of material deprivation and psychological resources. *Demographic Review. [Demograficheskoye obozreniye]*. 2019;6(3):6—30 (in Russian).
5. Rusinova N. L., Safronov V. V. Age differences in status inequalities in health: the significance of the welfare state. *Sociological Journal. [Sotsiologicheskii Zhurnal]*. 2021;(1):97—121 (in Russian).
6. Rusinova N. L., Safronov V. V. Mediators of structural inequalities in health in European countries: social capital of the close environment and trust in people. *JSSA. [Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii]*. 2020;23(1):35—64 (in Russian). DOI: 10.31119/jssa.2020.23.1.2.
7. Rostovskaya T. K., Ivanova A. E., Knyazkova E. A. Practices of self-preserving behavior of Russians (results of the All-Russian sociological study «Demographic well-being of Russia»). *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2021;29(1):66—75 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-918-927.
8. Kislitsyna, O. A. Socio-economic determinants of the health of Russians. *Population. [Narodonaseleniye]*. 2007;36(2):024—037 (in Russian).
9. Panova L. V., Panova A. Yu. Access to Modern Medical Technologies in Russia and Europe. *Journal of Economic Sociology. [Ekonomicheskaya sotsiologiya]*. 2020;(5):58—93 (in Russian). DOI: 10.17323/1726-3247-2020-5-58-93.
10. Kislitsyna O. A. Perception of injustice of inequality in access to health care by citizens of the Russian Federation and its determinants. *Social aspects of population health. [Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2018;61(3):4 (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2018-61-3-4.

11. Kozyreva P. M., Smirnov A. I. Problems Inherent to Healthcare in Rural Areas. *Humanities of the south of Russia. [Gumanitarniy Yuga Rossii]*. 2018;7(4):33—49 (in Russian). DOI: 10.23683/2227—8656.2018.4.3.
12. Savelyeva Zh. V., Mukharyamova L. M., Kuznetsova I. B. Social Justice in Healthcare in the Experiences and Judgments of Russians. *Universe of Russia. [Mir Rossii]*. 2018;27(3):154—179 (in Russian). DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179.
13. Bazhenova S. A., Andriyanova A. A., Andriyanova L. S. The analysis of medical market in Russia in 2016—2018: main economic indices and research results. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. [Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdравookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2019;27(5):817—821 (in Russian).
14. Panova L. V. Access to Healthcare: Russia in the European Context. *Journal of Social Policy Studies. [Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki]*. 2019;17(2):177—190 (in Russian).
15. Kozyreva P. M., Smirnov A. I. Scale of Distribution and Amount of Remuneration for Medical Services. *The journal Sociological Science and Social Practice. [Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika]*. 2018;6(3(23)):26—42 (in Russian). DOI: 10.19181/snsp.2018.6.3.6001.
16. Dorzhieva V. V. State policy of import substitution as a factor in the development of the pharmaceutical industry in Russia: impact of sanctions and steps to success. *The Bulletin of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences. [Vestnik Instituta Ekonomiki Rossiyskoy Akademii Nauk]*. 2022;(6):68—78 (in Russian). DOI: 10.52180/2073—6487_2022_6_68_78.

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 16.05.2023; одобрена после рецензирования 02.11.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 16.05.2023; approved after reviewing 02.11.2023; accepted for publication 03.11.2023.

История медицины

Научная статья

УДК 93/94

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.020

Крикор Хачатурович Кекчеев (20.03.1893 — 8.09.1948). К 130-летию со дня рождения 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. Статья посвящена юбилею видного советского физиолога, одного из пионеров создания отечественной научной школы физиологии труда и психофизиологии чувств К. Х. Кекчеева. На основании немногочисленных архивных материалов, редких литературных публикаций уточнена его биография, а также дополнена сфера его научной и общественной деятельности, выявлены важные личностные качества ученого. Отмечены высокие организаторские способности К. Х. Кекчеева, его творческий потенциал, что позволяло неоднократно привлекать его к воплощению в практику научных проектов, созданию новых научно-исследовательских организаций. Особое внимание уделено исследованиям К. Х. Кекчеева в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., его вклад в разработку актуальных проблем военной медицины и признанию его научных заслуг за рубежом. Отмечено также, что К. Х. Кекчеев обладал самобытным качеством популяризатора новых научных знаний и достижений.

Ключевые слова: физиология труда, психофизиология, институт психологии, ночное зрение, функциональные возможности, популяризация научных знаний.

Для цитирования: Саркисов А. С. Крикор Хачатурович Кекчеев (20.03.1893 — 8.09.1948). К 130-летию со дня рождения // Бюллетень Национально-го научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 123—126. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.020.

History of medicine

Original article

Krikor Khachaturovich Kekcheev (20.03.1893 — 8.09.1948). To the 130th anniversary of his birth 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>

Annotation. The article is devoted to the anniversary of the prominent Soviet physiologist, one of the pioneers of the creation of the national scientific school of labor physiology and psychophysiology of feelings K. Kh. Kekcheev. On the basis of a few archival materials, rare literary publications, his biography was clarified, as well as the scope of his scientific and social activities was supplemented, important personal qualities of the scientist were revealed. The high organizational abilities of K. Kh. Kekcheev, his creative potential were noted, which allowed him to be repeatedly involved in the implementation of scientific projects into practice, the creation of new research organizations. Special attention is paid to K. Kh. Kekcheev's research during the Great Patriotic War of 1941—1945, his contribution to the development of topical problems of military medicine and recognition of his scientific achievements abroad. It is also noted that K. Kh. Kekcheev had an original quality of popularizing new scientific knowledge and achievements.

Keywords: labor physiology, psychophysiology, Institute of Psychology, night vision, functional capabilities, popularization of scientific knowledge.

For citation: Sarkisov A. S. Krikor Khachaturovich Kekcheev (20.03.1893 — 8.09.1948). To the 130th anniversary of his birth. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):123–126. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.020.

Видный российский физиолог, один из родоначальников отечественной научной школы физиологии труда и психофизиологии чувств¹ Крикор Хачатурович Кекчеев родился в Екатеринодаре (ныне

Краснодар), в марте 1893 г.² Сведения о датах его рождения и смерти разнятся: 21.03.(2.04.)1893 — 3.09.1948³, 20.03.1893—8.09.1948 гг. [1], 2 апреля 1893 — 5 сентября 1948, Москва⁴.

¹ История кафедры нормальной физиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова. Available at: https://www.msmsu.ru/obrazovanie/student/studentu/facultet-cafedra/lechebnyy_fakultet/kafedra-normalnoy-fiziologii-i-meditainskoy-fiziki/history/.

² Кекчеев К. Х. Личное дело. Научный архив Российской академии образования (далее: Научный архив РАО). — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 9, 10.

³ Чернышёва Л. Ю. Кекчеев Крикор Хачатурович. Available at: <http://letopis.msu.ru/peoples/7905>.

В 1911 г., окончив гимназию, поступил на физико-математический факультет Московского государственного университета, после окончания которого в 1916 г. был принят на медицинский факультет МГУ. Диплом врача получил в 1916 г.⁵

Уже в студенческие годы К. Х. Кекчев работал в Институте биологической физики, в котором проводились междисциплинарные исследования в области физики, химии, биологии и медицины⁶ и Института труда Общества Московского научного института^{7,8} [1].

В 1919 был призван в РККА, служил на Западном фронте в должности младшего врача артиллерийского дивизиона. Затем, в том же 1919 г. в Москве организовал и заведовал физиологической лабораторией и до демобилизации в июле 1922 г. исполнял обязанности заведующего научно-экспериментального кабинета Главной военной школы физического образования, где активно занимался исследовательской работой и впервые в СССР применил усовершенствованный им метод циклографии для фоторегистрации трудовых и спортивных движений человека^{9,10} [2].

Эту работу с 1920 по 1925 гг. К. Х. Кекчев совмещал с работой в Государственном Психоневрологическом Институте, где, будучи заведующим организованным им психофизиологического отдела, продолжал разработку циклографического метода^{11,12} [1].

С 1922 г. работал ассистентом кафедры нормальной физиологии медицинского факультета Московского университета (с 1930 г. 1-й Московский государственный институт)¹³ [3]. С этого времени приступил к систематической педагогической деятельности. В 1925 г. получил звание доцента, а в 1933 г. был утвержден в звании профессора¹⁴.

Следует подчеркнуть, что К. Х. Кекчев обладал очевидными качествами организатора, лидера и, главное, — высоким потенциалом творческой энергии [4], что позволяло ему сочетать работу в нескольких организациях. Он неоднократно привлекался к реализации новых проектов, созданию научных подразделений, которые возглавлял, направляя

коллективный исследовательский поиск и лично участвуя в разработке актуальных проблем медицины. Так, в 1921 г. в Центральном институте труда (ЦИТ)¹⁵ организовал отдел психофизиологии и, оставаясь сотрудником медицинского факультета Московского университета, до 1925 г. являлся заместителем директора и заведующим отделом изысканий ЦИТ¹⁶, а в 1926 г. заведовал физиологической лабораторией в Государственном институте охраны труда Наркомата труда СССР¹⁷, где изучал вопросы физиологии статической работы, обмена и биохимии мышечной работы. Здесь он сконструировал и построил вертикальный эргометр¹⁸.

В 1933 г. К. Х. Кекчев приступил к работе во Всесоюзном институте экспериментальной медицины¹⁹, где организовал лабораторию физиологии труда, а в 1937 г. перешёл на работу в лабораторию физиологической оптики²⁰. Все это время, с начала 20-х годов, приоритетным направлением научного творчества К. Х. Кекчева оставалась разработка проблемы работоспособности и утомляемости в норме и патологии. Возражая против упрощенческих представлений некоторых исследователей о модели работающего человека, он настаивал на необходимости учета не только внешних, но и внутренних, прежде всего личностных факторов для эффективной регуляции процессов работоспособности и утомляемости [5]. Предложенные им модификации ранее известных методов исследований трудовой деятельности человека позволили ему приступить к работе над диссертацией на тему «О роли проприорецепции в процессе труда» [6]. 26 апреля 1936 г. решением научного совета ВИЭМ К. Х. Кекчеву была присуждена ученая степень доктора медицинских наук²¹. Позже его исследования получили развитие и обобщение в изданной в 1946 г. монографии «Интерорецепция и проприорецепция и их значение для клиники» [7].

В 1938 г. К. Х. Кекчев был избран и оставался до конца жизни заведующим кафедрой нормальной физиологии Московского государственного стоматологического института²² [1].

Особовыделяется научная деятельность К. Х. Кекчева в годы Великой Отечественной войны.

⁴ Кекчев Кривор Кривор Хачатурович. Available at: https://руни.рф/Кекчев_Кривор_Хачатурович.

⁵ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 10; 14-15, об.

⁶ Институт физики и биофизики / Физический институт им. П. Н. Лебедева (ФИАН). Available at: <https://topos.memo.ru/en/node/510?ysclid=lbq1xxjpnv974206912>.

⁷ Чернышёва Л. Ю. Кекчев Кривор Хачатурович. Available at: <http://letopis.msu.ru/peoples/7905>.

⁸ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 6-6, об.; 14-15, об.

⁹ Там же. — Лл. 6-6, об.; 14-15, об.

¹⁰ Главная военная школа физического образования трудящихся. Available at: <http://sport-history.ru/physicalculture/item/f00/s00/e0000576/index.shtml?ysclid=lbq3i7edsq803705974>.

¹¹ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 14-15, об.

¹² Московский НИИ психиатрии им. В. П. Сербского” Минздрава России. Available at: <http://mniip.serbsky.ru/home-page/istoriya-instituta/>.

¹³ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 6-6, об.; 10.

¹⁴ Там же. — Л. 14, об.

¹⁵ Центральный институт труда (ЦИТ). Available at: <https://economy-ru.info/info/52749/?ysclid=ld32wlti85540788642>.

¹⁶ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 6-6, об.

¹⁷ Государственный институт охраны труда Наркомата труда СССР (1925-1932). Available at: <https://libinfo.org/index/index.php?id=872&ysclid=ld320wdz5e79345791>.

¹⁸ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Л. 14, об.

¹⁹ Институт экспериментальной медицины. История института. Available at: <https://iemspb.ru/institute/history/?ysclid=lcx14pnncx361454778>.

²⁰ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Л. 14, об.

²¹ Кекчев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Л. 14.

²² История кафедры нормальной физиологии Московского государственного медико-стоматологического университета. А. И. Евдокимова. Available at: https://www.msmsu.ru/obrazovanie/studentu/facultet-cafedra/lechebnyy_fakultet/kafedra-normalnoy-fiziologii-i-meditsinskoy-fiziki/history/.

В 1941 г. он стал сотрудником Центрального научно-исследовательского института психологии, где по заданию Главного управления противовоздушной обороны НКО [Народного Комиссариата обороны. — Авт.] и управления связи ВМФ [Военно-Морского Флота. — Авт.], организовал психофизиологическую лабораторию, в которой изучались функциональные возможности ночного зрения и слуха при военных действиях (в период войны)²³. Эти исследования привели к разработке и внедрению таких значимых методов, как борьба с ослеплением светом прожекторов, адаптация зрения к темноте, уточнение глазомерной оценки расстояния, повышение чувствительности зрения и слуха в боевой обстановке²⁴ [5.]. На основании проведенных исследований были составлены инструкции («Памятки») для поведения специалистов различных родов войск в боевой обстановке [8.]. Помимо сугубо практических обоснований, исследования привели к глубоким теоретическим выводам; в частности, было определено, что ощущение является не просто ответной реакцией органов чувств на некоторый стимул, а именно результат деятельности человека с объектом²⁵.

Изданная в 1942 г и переизданная в 1946 г. книга К. Х. Кекчеева «Ночное зрение» [8, 9] являлась первой в научной литературе работой по актуальной проблеме военной медицины. Другая его книга, «Психофизиология маскировки и разведки», изданная в 1942 г., которая, по словам автора, раскрывала значение «человеческого фактора» в боевой обстановке, позволяла «хотя бы только в сфере восприятий наметить пути его лучшего использования», также впервые в научной литературе обобщала результаты исследований по этой теме [10, С. 6]. Обе книги К. Х. Кекчеева привлекли внимание специалистов, были переведены и изданы в Англии²⁶.

В 1943 г., когда Центральный научно-исследовательский институт психологии вошел в состав вновь созданной Академии педагогических наук РСФСР²⁷, К. Х. Кекчеев был назначен заведующим отделом психофизиологии института²⁸. В феврале 1947 г. он был избран членом-корреспондентом АПН РСФСР²⁹.

Общественная деятельность К. Х. Кекчеева была насыщенной и многосторонней. Он входил в состав Ученого медицинского совета Наркомздрава (Минздрава) РСФСР, и правление Московского научного общества физиологов, являлся членом Комиссии по

физиологической оптике при Биологическом отделении Академии наук СССР. Принимал участие в работе медицинской секции Всесоюзного общества культурных связей с зарубежными странами [1, 4]. Входил в состав правления Центрального (Московского) дома ученых³⁰. Обладая редким и признанным даром популяризатора научных знаний³¹, К. Х. Кекчеев охотно и много выступал с лекциями, беседами и публикациями перед различной аудиторией. Сохранились свидетельства его деятельности руководителя отдела научно-медицинской кинематографии ВИЭМ³², а также материалы выступлений на Всесоюзном радио [11].

К. Х. Кекчеев скончался в 1948 г. и похоронен на Армянском кладбище в Москве³³ [12].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кекчеев Крикор Хачатурович. 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: 250.
2. Бернштейн Н. Циклография. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. Под ред. Н. А. Семашко. 1-е изд. М.: ОГИЗ РСФСР; 1936; т. 7: 463.
3. Петров В. И. Московский 1-й медицинский институт. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1981; т. 15: 468—471.
4. Кравков С. К. Х. Кекчеев. В кн.: Проблемы физиологической оптики. Под ред. Л. А. Орбели. М.-Л.: Издательство Академии наук СССР; 1949: 133—134.
5. Носкова О. Г. Кекчеев Крикор Хачатурович (1893—1948). В кн.: История психологии в лицах: Персоналии. Под ред. Л. А. Карпенко. М.: ПЕР СЭ; 2005: 211.
6. Кекчеев К. Х. О роли проприорецепции в процессе труда: Тезисы диссертации. М.: Типография Профиздата; 1930.
7. Кекчеев К. Х. Интерорецепция и проприорецепция и их значение для клиники. М.: Медгиз; 1946.
8. Кекчеев, Крикор Хачатурович. Ночное зрение: (Как лучше видеть в темноте). М.: Советская наука; 1942.
9. Кекчеев, Крикор Хачатурович. Ночное зрение: (Как лучше видеть в темноте). 2-е изд. М.: Советская наука, 1946.
10. Кекчеев, Крикор Хачатурович. Психофизиология маскировки и разведки. Москва: Советская наука, 1942.
11. Кекчеев К. Х. Строение и деятельность человеческого организма. (Лекция): На правах рукописи. Микрофонные материалы Всесоюзного Радиокomiteта: Исключительно для радиовещания. Для сектора пропаганды и агитации. М.; 1941.
12. Кекчеев Крикор Хачатурович. В кн.: Коростелев Н. Б. Некрополь медицинского факультета Московского университета (ИМУ, МГУ). М.: Издание ММА им. И. М. Сеченова; 1998: 43.

REFERENCES

1. Kekcheev Krikor Khachaturovich. In: Figures of medical science and healthcare — employees and pets of the Moscow Medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical Dictionary. [Deyateli meditsinskoy nauki i zdavookhraneniya — sotrudniki i pitomtsy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar]. Ed. by M. A. Paltsev, A. M. Stochik, S. N. Zatravkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008: 41—42. (In Russian).
2. Bernstein N. Cyclography. In: The Great Medical Encyclopedia. [Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya]. Ed. by N. A. Semashko. 1st ed. Moscow: Moscow: OGIz RSFSR; 1977; vol. 7: 463. (In Russian).

²³ Кекчеев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 6-6,об.; 14-15,об.; 48-49.

²⁴ Ждан А. Н. Преподавание психологии в Московском университете (К 80-летию психологического института и 50-летию кафедры психологии в Московском университете). Available at: <http://www.voppsy.ru/issues/1993/934/934080.htm>.

²⁵ Там же.

²⁶ Кекчеев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 48-49.

²⁷ Академия педагогических наук РСФСР. Available at: <http://www.dates.gnpbu.ru/3-8/APN/apn.html>.

²⁸ Кекчеев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 6-6,об.; 14-15,об.

²⁹ Там же. — Л. 43.

³⁰ Центральный дом ученых. Available at: <https://cduran.ru/%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F-%D1%86%D0%B4%D1%83/>.

³¹ Кекчеев К. Х. Личное дело. Научный архив РАО. — Ф. 25. Оп. 1 л/д. Д. 757. — Лл. 48-49.

³² Там же. — Л. 46.

³³ Кекчеев Крикор Хачатурович. 1893-1948. Available at: <https://baza.vgd.ru/1/57362/?ysclid=lp8u2qi1k726842051>.

3. Petrov V. I. Moscow 1st Medical Institute. In: The Great Medical Encyclopedia. [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Moscow: Soviet encyclopedia; 1981; vol. 15: 468—471. (In Russian).
4. Kravkov S. K. Kh. Kekcheev. In: Problems of physiological optics. [*Problemy fiziologicheskoy optiki*]. Ed. by L. A. Orbeli. Moscow-Leningrad: Publishing House of the Academy of Sciences of the USSR; 1949: 133—134. (In Russian).
5. Noskova O. G. Kekcheev Krikor Khachaturovich (1893—1948). In: The History of Psychology in Persons: Personalities. [*Istoriya psikhologii v litsakh: Personalii*]. Ed. by L. A. Karpenko. Moscow: PER SE; 2005: 211. (In Russian).
6. Kekcheev K. Kh. On the role of proprioception in the labor process: Theses of the dissertation. [*O roli proprioretseptsiy v protsesse truda: Tezisy dissertatsiy*]. Moscow: Profizdat Printing house; 1930. (In Russian).
7. Kekcheev K. Kh. Interoreception and proprioception and their significance for the clinic. [*Interoretseptsiya i proprioretseptsiya i ikh znachenie dlya kliniki*]. Moscow: Medgiz; 1946. (In Russian).
8. Kekcheev, Krikor Khachaturovich. Night vision: (How to see better in the dark). [*Nochnoe zrenie: (Kak luchshe videt' v temnote)*]. Moscow: The Soviet science; 1942. (In Russian).
9. Kekcheev, Krikor Khachaturovich. Night vision: (How to see better in the dark). [*Nochnoe zrenie: (Kak luchshe videt' v temnote)*]. 2nd ed. Moscow: The Soviet science, 1946. (in Russian).
10. Kekcheev, Krikor Khachaturovich. Psychophysiology of disguise and intelligence. [*Psikhofiziologiya maskirovki i razvedki*]. Moscow: Soviet science; 1942. (In Russian).
11. Kekcheev K. Kh. Structure and activity of the human body. [*Structure and activity of the human body*]. (Lecture). On the rights of the manuscript. Microphone materials of the All-Union Radio Committee: Exclusively for radio broadcasting. For the propaganda and agitation sector. Moscow; 1941. (In Russian).
12. Kekcheev Krikor Khachaturovich. In: Korostelev N. B. Necropolis of the Medical Faculty of Moscow University (IMU, MSU). [*Nekropol' meditsinskogo fakul'teta Moskovskogo universiteta (IMU, MGU)*]. Moscow: Edition of the I. M. Sechenov MMA; 1998: 43. (In Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 14.02.2023; одобрена после рецензирования 15.06.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 14.02.2023; approved after reviewing 15.06.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.021

Медико-санитарная деятельность российских общественных организаций в годы Первой мировой войны (1914—1916)

Ирина Валентиновна Егорышева¹, Влада Владимировна Чалова²

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

²Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Российская Федерация.

¹egorysheva@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²ladushacha@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0741-5834>

Аннотация. Статья посвящена участию российской медицинской общественности в оказании помощи раненым и больным в годы Первой мировой войны. Показано, что общественными организациями были развернуты госпитали, внедрены специализированные виды оказания медицинской помощи, созданы подвижные медицинские отряды различного назначения, сеть изоляционно-пропускных пунктов, система эвакуации.

Ключевые слова: Первая мировая война, общественные организации, РОКК, Всероссийский земский союз, Всероссийский городской союз.

Для цитирования: Егорышева И. В., Чалова В. В. Медико-санитарная деятельность российских общественных организаций в годы Первой мировой войны (1914—1916) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 127—131. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.021.

Original article

The medical and sanitary activities of Russian non-governmental organisations during the First World War (1914—1916)

Irina V. Egorysheva¹, Vlada V. Chalova²

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

²The State Budget Institution "The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department", 115088, Moscow, Russian Federation.

¹egorysheva@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

²ladushacha@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0741-5834>

Annotation. The article is devoted to the participation of Russian medical community in rendering aid to the wounded and sick during the First World War. It is shown that the public organizations deployed hospitals, introduced specialized types of medical aid, created mobile medical detachments of different purposes, a network of isolation-pass points, the system of evacuation.

Key words: World War I, public organizations, ROKK, All-Russian Zemsky Union, All-Russian Municipal Union.

For citation: Egorysheva I. V., Chalova V. V. The medical and sanitary activities of Russian non-governmental organizations during the First World War (1914—1916). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):127—131. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.021.

С середины XIX в. участие российской медицинской общественности в оказании помощи раненым в годы войны стало традицией. Наиболее масштабной эта помощь была во время Первой мировой войны. В публикациях последних лет деятельность общественных организаций в 1914—1916 гг. в основном рассматривается в социально-экономическом и политическом аспектах. На этом фоне сегодня нелишне напомнить о самоотверженной работе российской общественности по оказанию медицинской помощи больным и раненым воинам.

Наиболее весомый вклад в организацию помощи раненым внесли Российское общество Красного

Креста и Всероссийские союзы земств и городов. Источниками изучения их деятельности, как правило, служат опубликованные отчеты этих обществ, материалы Российского военно-исторического архива (РГВИА) и других архивов, воспоминания современников. Работа Красного Креста в годы Первой мировой войны нашла отражение в монографиях, посвященных его истории. Вместе с тем, по мнению Л. Н. Хохловой и Р. С. Яцемирской, заслуги Красного Креста до сих пор не оценены по достоинству [1]. Деятельность Всероссийских союзов земств и городов в литературе последних лет показана главным образом с позиции взаимодействия обще-

ственности и власти, а их медицинской деятельности уделено незначительное внимание. Более близки к теме данной статьи работы А. Б. Астахова и А. А. Шибкова [2—4].

Медицинская помощь раненым и больным в первые месяцы войны оказалась серьезной проблемой. В Ставке Верховного главнокомандующего отсутствовал орган управления медицинской службой. На фронтовых перевязочных пунктах помощь раненым была крайне ограничена, а в тылу остро не хватало госпиталей. Из-за отсутствия санитарных поездов раненых доставляли в Москву в теплушках, не приспособленных для медицинских целей. Война сопровождалась высоким уровнем эпидемических заболеваний, начало чему положило наступление на австрийскую территорию, зараженную холерой, дизентерией, тифами. Военно-санитарная служба российской армии оказалась не готова и к масштабной санитарно-противоэпидемической работе. Из-за неправильно организованной эвакуации раненых, при которой эвакуационные пункты не являлись фильтрами для выявления инфекционных больных, эпидемии распространились по всей территории России.

Из-за неспособности Военного министерства в требуемом объеме обеспечить проблемы медицинского обеспечения к их решению были привлечены общественные организации и в первую очередь — Российское общество Красного Креста.

Состав руководства РОКК, в котором преобладали представители высшей российской бюрократии и командования армией, обозначил его позицию на правом фланге российской общественности. К началу войны в Главном управлении РОКК лица с медицинским образованием составляли лишь пятую часть и среди них — академик В. Н. Сиротинин, лейб-медик Е. С. Боткин, главный санитарный инспектор флота А. Ю. Зуев, главный военно-санитарный инспектор А. Я. Евдокимов, председатель лечебной комиссии Главного управления РОКК Б. М. Шапилов.

Как было сказано в докладе главноуполномоченного РОКК при армиях Северного фронта профессора Г. Ф. Цейдлера «на 1 января 1916 г. РОКК имело на всех фронтах 44 600 кроватей в 71 госпитале, 61 этапных и 57 подвижных лазаретах и 11 санитарных поездов, кроме того 61 247 кроватей в 1329 лазаретах эвакуационного типа. Учреждений не лечащих, а оказывающих перевязочно-питательную помощь — 646» [5, С. 3—4]. Масштабы помощи, оказываемой раненым и больным воинам, росли: к началу 1917 г. у Красного Креста в тылу было уже 482 тысячи коек и 685 тысяч коек на фронте [4].

В прифронтовых районах перевязочно-питательные отряды оказывали первую помощь раненым, снабжали одеждой и кормили военнослужащих. В начале 1916 г. под руководством РОКК на фронте работали 11 бактериологических лабораторий, 36 эпидемических и 53 дезинфекционных отрядов, 23 дезинфекционные камеры, передвигавшиеся на автомобилях и подводах [6].

Обществом были созданы передовые подвижные («летучие») отряды: хирургические, рентгеновские, перевязочные, противоэпидемические, дезинфекционные. Перед началом войны по инициативе РОКК была разработана подвижная рентгеновская установка, устанавливаемая на автомобилях. При Военно-медицинской академии проводилась подготовка врачей-рентгенологов. В 1915 г. на фронтах имелось более 30 рентгеновских автоотрядов, а к началу 1917 г. лечебные учреждения армии и РОКК располагали свыше 100 рентгеновскими кабинетами [4].

Обществом было также организовано 3 глазных отряда, 18 зубоврачебных кабинетов. Психоневрологические отделения были открыты Красным Крестом при клиниках Казанского и Московского университетов, Военно-медицинской академии. Пункты психиатрической помощи были созданы и на Кавказском фронте: в Кобулети, Тифлисе, Александрополе. Для организации психиатрической помощи солдатам русского Экспедиционного корпуса в 1916 г. был командирован известный психиатр Н. Н. Баженов, назначенный главноуполномоченным РОКК во Франции.

Общество организовало справочный отдел о больных и раненых воинах, а также справочное бюро о военнопленных и особый комитет помощи военнопленным. В 1915 г. в Австрию и Германию были направлены сестры милосердия, которые совместно с представителями Датского Красного Креста провели осмотры 115 германских концентрационных лагерей военнопленных. На помощь русским военнопленным Общество выделило 60 тыс. рублей [1].

Для беженцев Красным Крестом были созданы врачебно-продовольственные отряды, на железных дорогах устроены питательные пункты и изоляционные бараки для инфекционных больных.

В учреждениях РОКК работали тысячи добровольцев. Состав подготовленных в военное время сестер милосердия был весьма пестрым по социальному положению, образованию и возрасту. На двухмесячных курсах было подготовлено и направлено в военные лечебные учреждения более десяти тысяч сестер милосердия. В благотворительных акциях, организуемых РОКК, участвовали многие представители русской культуры. Так, Ф. И. Шаляпин содержал два лазарета. А. И. Куприн отдал для устройства лазарета РОКК свой дом в Гатчине. С. А. Есенин служил санитаром в военно-санитарном поезде Красного Креста.

В первые дни войны на волне патриотического подъема в стране по инициативе либеральной торгово-промышленной буржуазии и земской интеллигенции был создан Всероссийский земский союз (ВЗС), а в августе — Всероссийский городской союз (ВСГ), развернувшие огромную сеть лечебных учреждений для нужд фронта. Союзы возглавляли депутаты Государственной Думы: ВЗС — князь Г. Е. Львов, а ВСГ — московский городской голова М. В. Челноков, имевший опыт организации земских врачебно-санитарных отрядов в русско-япон-

скую войну. В руководстве Союзами преобладали кадеты и октябристы. К работе Союзов примыкали Московское и Петроградское общественные управления.

Созданные организации были близки по составу и характеру деятельности. В работе Союзов принимали активное участие ученые и практические врачи: профессора Д. К. Заболотный, С. И. Златогоров, Е. И. Марциновский, Л. А. Тарасевич, Г. В. Хлопин, санитарные врачи С. М. Богословский, П. И. Куркин, В. С. Лебедев, В. А. Левицкий, З. П. Соловьев, А. Н. Сысин, Г. З. Френкель и др. В 1914—1917 годы Союзы издавали журналы: «Известия Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам» и «Известия Главного комитета (Всероссийского земского союза помощи больным и раненым воинам)».

ВЗС объединил свыше 300 губернских и земских организаций. В ВСГ числилось 464 города и 9 областных комитетов [5]. ВЗС и ВСГ довольно часто проводили совместные совещания и координировали друг с другом свою работу. В июле 1915 г. был создан Земгор — главный по снабжению армии общественный комитет, во главе которого стояли Г. Е. Львов и М. В. Челноков.

В начале своей деятельности ВСГ и ВГС воспринимались как подсобные учреждения военно-санитарного ведомства и РОКК. Им была поручена организация госпитальной помощи раненым во внутренних районах страны, а самостоятельно организовывать эвакуацию раненых, работать на прифронтовых территориях Союзам воспрещалось [7]. Однако недостаточность помощи раненым, оказываемой военно-санитарным ведомством и РОКК, заставила расширить общественную помощь не только в тылу, но и на фронте. В результате Союзы стали эвакуировать раненых во внутренние губернии, работать на прифронтовой территории и даже на фронте. В составе главных комитетов союзов были созданы отделы: эвакуационный, врачебно-санитарный, по обеспечению одеждой воинских частей, по обеспечению медикаментами, перевязочными средствами и госпитальным оборудованием, по оборудованию санитарных поездов, по организации врачебно-питательных отрядов, по оказанию помощи беженцам и военнопленным и др. Несмотря на то, что официально ВЗС и ВГС были подчинены Красному Кресту, практически они работали независимо. Источником финансирования их деятельности стали субсидии правительства, ассигнования местных земских и городских организаций, пожертвования частных лиц и общественных организаций.

К началу 1916 г. Земский союз довел количество своих коек до 173 тысяч и организовал более 50 санитарных поездов, обслуживавших не только тыл, но и фронт. ВЗС на фронтах были созданы передовые врачебные отряды для оказания первой медицинской помощи, доставки раненых в лазареты и на эвакуационные пункты. При некоторых отрядах имелись хирургические лазареты для неотложной помощи. Согласно сведениям секретаря Совета врачебно-санитарного отдела Земского союза З. П. Соло-

вьева, представленным на внеочередном Пироговском съезде в начале 1916 г., в ведении ВЗС было около 150 больниц, 107 амбулаторий, 41 прививочных, 18 дезинфекционных и 59 зубоврачебных отрядов, а также 221 баня [5]. К концу 1917 г. в распоряжении ВЗС имелось уже 75 санитарных поездов, а число его сотрудников на фронте и в тылу превышало 200 тысяч человек.

В докладе А. Н. Сысина о деятельности городского Союза на Пироговском съезде (1916) было сказано, что к этому времени на фронте работало 25 передовых врачебно-санитарных отрядов ВСГ. В течение 1915 г. санитарные поезда ВСГ перевезли 159 тысяч человек. Питательные пункты ВСГ на железных дорогах выдали до начала 1916 г. 13 миллионов порций. В Москве был открыт специальный травматологический институт для раненых. Союзу городов удалось организовать зубоврачебную и челюстно-лицевую помощь на фронте и в тылу. В госпиталях, содержащихся ВСГ, имелось 174 442 койки. Через его госпитали к началу 1916 г. прошло уже 1 260 000 раненых и больных воинов [5].

ВСГ заботился и о русских военнопленных. В Москве была открыта хлебопекарня, выпекавшая для них сухари. До осени 1916 г. в Германию было направлено 110 вагонов сухарей.

В годы первой мировой войны для лечения раненых активно использовались российские курорты. В 1915 г. ВЗС и ВСГ совместно с РОКК образовали в Москве объединенную санаторно-курортную комиссию, разработавшую порядок эвакуации больных из госпиталей и создала в Москве и Харькове распределительные пункты для больных, направляемых в санатории. Кавказские минеральные воды превратились в огромный госпиталь. В гостиницах, школьных зданиях, частных помещениях создавались госпитали и лазареты для раненых. В конце 1916 г. на курортах Кавказских минеральных вод РОКК содержал 1395 коек; ВЗС — 5 644, ВСГ — 5 166. В организации санаторных коек для раненых принимали участие местные общества и отделения Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом [8]. Летом 1916 г. ВСГ организовал санаторные койки в Крыму и в Финляндии.

Земский и Городской союзы выполняли большую работу и по борьбе с эпидемиями. При врачебно-санитарном отделе Земского союза в 1914 г. были созданы специальные совет и бюро, общее руководство которыми было поручено П. Н. Диатроптову, вопросы борьбы с заразными болезнями — Л. А. Тарасевичу, подготовку медицинских кадров — Е. И. Марциновскому; в состав совета и бюро вошли представители санитарной организации Московского губернского земства, секретарем совета был назначен З. П. Соловьев.

В Союзе городов санитарный отдел был создан в апреле 1915 г., его руководителем стал врач Н. Ф. Николаевский, внештатным консультантом — А. Н. Сысин. Для согласования планов деятельности врачебных организаций Земского и Городского союзов в феврале 1915 г. под председательством П. Н. Диа-

троптова был создан Объединенный врачебно-санитарный совет.

Если устройство госпиталей в городах проходило достаточно быстро, для чего использовались различные гражданские учреждения, то проведение противоэпидемических мероприятий требовало организации специальных барачных, дезинфекционных камер, бань, прачечных и, разумеется, соответствующих ассигнований. Объединенное совещание Союзов по вопросам борьбы с заразными болезнями (29 апреля—1 мая 1915 г.), на котором были заслушаны доклады Л. А. Тарасевича, П. Н. Диатроптова, Е. И. Марциновского, А. Н. Сысина, настаивало на необходимости проведения противоэпидемических мероприятий не только в районах военных действий, но и в тылу по единому плану и при согласованности действий правительства, военных и общественных организаций.

Несмотря на то, что разработанный Союзом план совместных противоэпидемических мероприятий для районов военных действий и тыла был одобрен Красным Крестом и некоторыми правительственными инстанциями, средства на борьбу с эпидемиями были выделены ВСГ правительством лишь осенью 1915 г. и только на нужды госпитализации военнопленных. Борьба с заразными болезнями среди населения была признана не входящей в сферу обязанностей Союзов. Местным органам самоуправления предлагалось для борьбы с эпидемиями использовать собственные средства. Запоздалое и недостаточное финансирование не позволило Союзам полностью реализовать план противоэпидемической борьбы, что ухудшило эпидемическую обстановку в стране [9].

Благодаря пожертвованиям и ассигнованиям земств и городов Союзам все же удалось построить некоторое количество госпиталей-заслонов, инфекционных барачных и больниц. Весной 1916 г. Земский и Городской союзы содержали около 30 тысяч инфекционных коек. При участии Союза городов в Ростове на Дону был открыт бактериологический институт с пастеровской станцией, в ряде городов при инфекционных больницах созданы клинично-санитарные лаборатории. Земским союзом было проведено более 2-х миллионов прививок.

Одним из направлений работы Союзов стала помощь беженцам. ВСГ и ВЗС занимался эвакуацией беженцев и их устройством на местах, осуществлял на собственные средства продовольственную и медицинскую помощь.

Императорское Человеколюбивое общество также участвовало в организации помощи раненым. Фактически это общество по характеру своей деятельности и финансированию являлось государственным благотворительным ведомством. На собственные средства и пожертвования оно открыло в восьми городах 26 лазаретов [10].

В годы Первой мировой войны продолжалась активная деятельность и Пироговского общества. В конце декабря 1914 г. оно провело вышеупомянутое совещание бактериологов и представителей врачебно-санитарных организаций по вопросам борьбы с

эпидемиями на фронте и в тылу. Врачебно-продовольственная комиссия Пироговского общества, возглавляемая Д. Н. Жбанковым, организовала 2 врачебно-продовольственных отряда, работавших по пути движения беженцев в Могилевской и Минской губерниях, и столько же — на Кавказском фронте. Отряды открывали столовые, создавали временные ясли-приюты для детей беженцев. В прифронтовом районе Галиции было сделано 15 000 прививок. В центральных губерниях Европейской России Пироговским обществом было создано 28 приютов для детей беженцев и 9 небольших амбулаторий¹.

В апреле 1916 г. Пироговское общество с огромным трудом добилось разрешения на проведение внеочередного Пироговского съезда по врачебно-санитарным вопросам, благодаря чему медицинская общественность получила возможность обсудить актуальные проблемы военного времени, в том числе вопросы специальной медицинской помощи. В изданных обществом трудах Пироговского съезда был удален текст, содержащий критику в адрес Правительства. На страницах трудов зияют пробелы. Принятые съездом постановления в книге начинаются с третьего пункта.

На съезде с докладами выступили представители Военного ведомства и общественных организаций, Петроградского и Московского городских комитетов городского, практические врачи и ученые. Основное внимание на съезде было уделено организации помощи раненым и больным воинам, борьбе с эпидемиями, беженству. Обсуждались вопросы специальной медицинской помощи. Внимание присутствующих особенно привлек доклад В. А. Оппеля о принципах организации этапного лечения раненых [11].

Таким образом, основной заслугой общественных организаций в годы Первой мировой войны стала помощь раненым и борьба с эпидемиями на фронте и в тылу. К заслугам медицинских обществ также следует отнести развитие рациональных форм медицинской помощи на фронте: специализированной медицинской помощи, создание подвижных медицинских отрядов различного назначения, разветвленной сети изоляционно-пропускных пунктов, использование хорошо оборудованного железнодорожного и автомобильного санитарного транспорта. Опыт медицинской общественности дореволюционной России имеет огромное воспитательное значение и нуждается в пропаганде особенно в медицинских вузах, и может быть использован в преподавании истории медицины и медицинской этики.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Хохлова Л. Н., Яцмирская Р. С. *Российский Красный Крест: история и современность*. М.: Лимбри Плюс, 2013
2. Астахов А. Б. Союзы земств и городов и помощь раненым в первую мировую войну. *Отечественная история*. 1992; 6: 169—172

¹ РГАЛИ. Ф. 199. Ед.хр. 211. Лл.158-160.

3. Асташов А. Б. Война, деньги, милосердие. *Вестник Тверского государственного университета*. 2021; 2: 5—23
4. Шибков А. А. Возникновение и основные направления развития РОКК 1867—1917. В кн.: *Материалы научной конференции, посвященной 100-летию Красного Креста в СССР*. Л., 1968: 3—38
5. Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени. Петроград, 1916
6. Краткий обзор деятельности РОКК по оказанию помощи больным и раненым воинам на театрах войны с Австро-Венгрией, Германией и Турцией в 1914—1915 гг. Петроград, 1916
7. Обзор деятельности главного комитета Всероссийского земского союза. М., 1915
8. Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. *История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI — начало XX в.)* / под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
9. *Очерк деятельности Всероссийского союза городов*. 1914—1915. М., 1916
10. Соколов А. Р. Благотворительная деятельность Императорского человеколюбивого общества в XX в. *Вопросы истории*. 2003; 7: 96—111
11. Егорышева И. В., Поддубный М. В. Проблемы военной медицины на Пироговских съездах врачей в период Первой мировой войны 1914—1918 гг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021; 6: 1919—1924
2. Astashov A. B. Zemstvo and City Unions and Aid to the Wounded in the First World War. *Otechestvennaja istorija*. 1992; 6: 169—172 (in Russian)
3. Astashov A. B. War, Money, Charity. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2021; 2: 5—23 (in Russian)
4. Shibkov A. A. The Emergence and Main Trends of ROKK 1867—1917. In the book: *Proceedings of a scientific conference dedicated to the 100th anniversary of the Red Cross in the USSR* [Materialy nauchnoj konferencii, posvjashhennoj 100-letiju Krasnogo Kresta v SSSR]. Leningrad, 1968: 3—38 (in Russian)
5. *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, 1916 (in Russian)
6. *A brief review of the activities of ROKK in rendering aid to the sick and wounded soldiers on the theatres of war with Austria-Hungary, Germany and Turkey in 1914—1915*. Petrograd, 1916 (in Russian)
7. *Review of the activities of the Main Committee of the All-Russian Zemstvo Union*. M., 1915 (in Russian)
8. *Poddubny M. V., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. History of health-care in pre-revolutionary Russia (late XVI — early XX century)* / ed. by R. U. Khabriev. Moscow: GEOTAR-Media, 2014 (in Russian)
9. *Sketch of activities of the All-Russian Union of Cities*. 1914—1915. Moscow, 1916 (in Russian)
10. Sokolov A. R. Charitable activities of the Imperial Philanthropic Society in the 20th century. *Voprosy istorii*. 2003; 7: 96—111 (in Russian)
11. Egorysheva I. V., Poddubny M. V. Problems of Military Medicine at the Pirogov Congresses of Physicians during the First World War, 1914—1918. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2021; 6: 1919—1924 (in Russian)

REFERENCES

1. *Khokhlova L. N., Yatsemirskaya R. S. The Russian Red Cross: History and Modernity*. Moscow: Limbri Plus, 2013 (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 25.04.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 25.04.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Обзорная статья

УДК 612.467:93

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.022

Развитие представлений о механизмах регуляции калиевого гомеостаза во второй половине XX века (обзор)

Анастасия Сергеевна Панова¹, Михаил Альбертович Суботьялов^{2✉},
Татьяна Сергеевна Сорокина³

¹Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора, р.п. Кольцово, Новосибирская обл., Российская Федерация;

²Новосибирский государственный педагогический университет, г. Новосибирск, Российская Федерация;

³Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, г. Новосибирск, Российская Федерация;

³Российский университет дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация.

¹passad.nsk@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-0556-0552>

²subotyalov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8633-1254>

³sorokina-ts@rudn.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5402-1427>

Аннотация. Во второй половине XX века получили широкое распространение исследования, посвященные вопросам ионорегулирующей функции почек, в частности механизмов регуляции таких ионов, как натрий, калий и магний. Настоящий обзор посвящен истории изучения механизмов регуляции гомеостаза калия во второй половине прошлого столетия. **Материал и методы.** При подготовке обзора использовались публикации зарубежных и отечественных исследователей, входящие в базы данных PubMed и eLIBRARY. **Результаты.** Было доказано существование канальцевой секреции калия. Позже была выдвинута и экспериментально доказана гипотеза прямого обмена катионов в дистальных канальцах. В 1970-е годы были подробно описаны почечные и внепочечные механизмы канальцевого транспорта калия. В то же время отечественными исследователями была предложена и экспериментально подтверждена гипотеза о существовании системы рефлекторной регуляции гомеостаза калия, изучены рефлекторные и гормональные механизмы регуляции, а также онтогенетические особенности транспорта калия. **Заключение.** Таким образом, к концу XX столетия была сформирована четкая картина регуляции гомеостаза калия, как на уровне целостного организма, так и отдельных его структур.

Ключевые слова: ионная регуляция, гомеостаз калия, экскреция, секреция, калий, ионы

Для цитирования: Панова А. С., Суботьялов М. А., Сорокина Т. С. Развитие представлений о механизмах регуляции калиевого гомеостаза во второй половине XX века (обзор) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 132—136. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.022.

Review article

Development of ideas on the mechanisms of regulation of potassium homeostasis in the second half of the 20th century (review)

Anastasia S. Panova¹, Mikhail A. Subotyalov^{2✉}, Tatiana S. Sorokina³

¹State Research Center of Virology and Biotechnology «Vector», Koltsovo, Novosibirsk region, Russian Federation;

²Novosibirsk State Pedagogical University, Novosibirsk, Russian Federation;

²Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russian Federation;

³RUDN University, Moscow, Russian Federation.

¹passad.nsk@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-0556-0552>

²subotyalov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8633-1254>

³sorokina-ts@rudn.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5402-1427>

Annotation. Since the second half of the 20th century, research on the ion-regulating function of the kidneys, in particular the mechanisms of regulation of such ions as sodium, potassium and magnesium, has become widespread throughout the world. This review is devoted to the history of studying the mechanisms of regulation of potassium homeostasis in the second half of the previous century.

Material and methods. When preparing the review, publications of foreign and domestic researchers included in the PubMed and eLIBRARY databases were studied.

Results. The existence of tubular secretion of potassium has been proven. Later, the hypothesis of direct exchange of cations in the distal tubules was put forward and experimentally proved. In the 1970s the renal and extrarenal mechanisms of tubular potassium transport have been described in detail. At the same time, domestic researchers proposed and experimentally confirmed the hypothesis of the existence of a reflex system for the regulation of potassium homeostasis; the reflex and hormonal mechanisms of regulation, as well as ontogenetic features of potassium transport, were studied.

Conclusion. Thus, by the end of the 20th century, a clear picture of the regulation of potassium homeostasis was formed both at the level of the whole organism and its individual structures.

Key words: *ion regulation, potassium homeostasis, excretion, secretion, potassium, ions*

For citation: Panova A.S., Subotyalov M. A., Sorokina T. S. Development of ideas on the mechanisms of regulation of potassium homeostasis in the second half of the 20th century (review). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):132–136. (In Russ.). doi:10.25742/NRIIPH.2023.04.022.

Введение

Процесс становления и развития физиологии почек и водно-солевого обмена можно условно поделить на два этапа: первый — «анатомо-физиологический», начиная с описания почечных канальцев Л. Беллини (XVII век), и вплоть до возникновения первой секреторной теории мочеобразования У. Боумана (середина XIX века), что стало исходным пунктом второго — «собственно физиологического» периода в развитии данного направления. В последнем можно выделить этап непосредственного изучения функции почки, апогеем которого стала сформулированная А. Кашни «современная теория» мочеобразования (начало XX века), получившая в дальнейшем экспериментальное подтверждение. Следующим этапом стало изучение роли почек в обеспечении осмотического гомеостаза внутренней среды организма, получившее особое развитие в отечественной школе академика Л. А. Орбели, в работах его выдающегося ученика — профессора А. Г. Гинецинского (середина XX века).

Во второй половине XX столетия, как в нашей стране, так и за рубежом, получили широкое распространение исследования, посвященные вопросам ионорегулирующей функции почек, в частности регуляции таких ионов, как натрий, калий и магний. Ранее нами было исследовано развитие представлений о натриевой регуляции в XX веке. Настоящий обзор посвящен истории изучения механизмов регуляции гомеостаза калия во второй половине прошлого столетия.

Материал и методы

При подготовке обзора использовались публикации зарубежных и отечественных исследователей, работающих в области физиологии почек и водно-солевого обмена, входящие в базы данных PubMed и eLIBRARY. Отбор публикаций осуществлялся тезаурусным методом — по ключевым словам: физиология почек, водно-солевой обмен, почки, экскреция, реабсорбция, ионная регуляция, гомеостаз калия и др.

Результаты

В 1948 г. G. H. Mudge, J. Foulks и A. Gilman исследовали клиренс калия у собак, используя в качестве меры скорости клубочковой фильтрации (СКФ) клиренс креатинина или тиосульфата. Эксперименты показали, что клиренс калия превышает клиренс креатинина или тиосульфата, что было интерпретировано как свидетельство того, что калий, экскретируемый с мочой, не может быть объяснен только фильтрацией-реабсорбцией, но и канальцевой секрецией [1].

D. Baldwin, E. M. Kahana и R. W. Clarke наблюдали в своих экспериментах постепенное снижение скорости реабсорбции калия в ответ на увеличение его фильтрации, что могло быть объяснено наличием канальцевой секреции калия [2].

R. W. Berliner, T. J. Jr. Kennedy и J. G. Hilton продемонстрировали тубулярную секрецию K^+ при введении больших доз солей калия у собак, здоровых людей, а также пациентов с различными почечными заболеваниями. При этом избыток экскретируемого над отфильтрованным калием частично зависел от аниона, с которым вводился калий — у ферроцианида он был больше, чем у хлорида, но меньше, чем у тиосульфата [3].

Гипотеза ионного обмена

D. Baldwin с соавторами показали, что инфузия гипертонического раствора хлорида натрия угнетает канальцевую реабсорбцию калия, а инфузия раствора хлорида калия, напротив, угнетает канальцевую реабсорбцию натрия [2].

Еще в 1945 г. R. F. Pitts и R. S. Alexander предположили, что подкисление мочи осуществляется за счет обмена ионов водорода на ионы натрия [4]. Взаимная связь между экскрецией Na^+ и K^+ при определенных обстоятельствах позволяла предположить, что аналогичный процесс может быть вовлечен и в секрецию калия.

В 1950-е годы R. W. Berliner, T. J. Jr. Kennedy и J. G. Hilton в своих экспериментах обнаружили, что на каждый моль калия, добавляемого к канальцевой моче, уходит один моль какого-то другого катиона. Эти результаты могли быть объяснены одним из трех механизмов. Первый представлял собой секрецию калиевой соли с последующей реабсорбцией соли натрия. Если бы это было так, то можно было бы ожидать постоянного увеличения экскреции конкретного вовлеченного аниона. Второй представлял собой секрецию бикарбоната с последующей реабсорбцией бикарбоната натрия по механизму, предложенному R. F. Pitts и W. D. Lotspeich [5]. Если бы этот механизм работал, можно было бы ожидать последовательного увеличения экскреции бикарбоната. Третья схема представляла собой прямой обмен K^+ на ионы Na^+ на поверхности клетки [3].

R. W. Berliner с коллегами провели эксперимент, в котором вводили собакам соль натрия с постепенной заменой на соль калия. Вскоре после начала инфузии соли калия начала быстро возрастать экскреция K^+ , а экскреция Na^+ оставалась на достаточно стабильном, высоком уровне. Как только экскреция K^+ стала превышать количество фильтруемого калия, началось падение экскреции Na^+ . Таким обра-

зом, данные, полученные R. W. Berliner и его коллегами, подтвердили гипотезу прямого обмена катионов в дистальных канальцах [3].

Позднее еще одним подтверждением наличия этого механизма стало исследование J. Orloff и D. G. Davidson, в котором было показано, что секреция калия с мочой обратно пропорциональна секреции ионов водорода [6].

Механизмы канальцевого транспорта K^+

В 1975 г. G. Giebisch предпринял попытку описания механизма канальцевого транспорта калия в почках. Согласно G. Giebisch, дистальный отдел и собирательные трубочки являются ключевыми участками нефрона, участвующими в формировании экскреторного ответа. Анализ факторов, модулирующих канальцевый перенос калия, показал, что определяющими факторами, участвующими в формировании клеточной концентрации калия, являются активное поглощение калия мембранами клеток, а также электрогенная экструзия натрия через клеточные стенки. Дополнительными факторами, регулирующими транспорт калия, являются разность электрических потенциалов, чувствительная к изменению концентрации натрия в просвете, а также активность реабсорбтивной калиевой помпы в мембранах клеток. В кортикальных собирательных трубочках также происходит активная секреция калия. Согласно G. Giebisch, большинство этих отдельных транспортных механизмов существует вдоль всей дистальной части нефрона, но их относительная значимость варьирует в конечных отделах дистальных канальцев, корковом отделе собирательных трубочек и папиллярных собирательных трубочках [7].

Распределение и регуляция гомеостаза калия

В 1976 г. W. N. Suki описал основные процессы распределения и регуляции калия в организме. Согласно W. N. Suki, большая часть отфильтрованного K^+ пассивно реабсорбируется в проксимальных канальцах, поскольку соотношение концентраций канальцевой жидкости (TF) и плазмы (P) практически идентично равновесному значению, рассчитанному по трансмембранной разности потенциалов. В петле Генле калий также движется пассивно по химическому и электрическому градиентам. Только 5—10% отфильтрованного калия остается в ранних дистальных извитых канальцах. В дистальных извитых канальцах соотношение TF/P K^+ ниже рассчитанного равновесного значения, что позволяет предположить, что K^+ пассивно секретируется и активно реабсорбируется. Большая часть экскретируемого K^+ была секретирована концом дистального извитого канальца. Альдостерон способен увеличивать секрецию K^+ в этом сегменте. Связь между секрецией K^+ и абсорбцией Na^+ является следствием электроотрицательности просвета, вызванной абсорбцией Na^+ . Ацидоз и алкалоз уменьшают и увеличивают секрецию K^+ в дистальных канальцах соответственно; однако это не связано с реципрокными изменениями секреции H^+ . В норме часть K^+ реабсорбируется в

собирательных трубочках. Во время депривации и нагрузки K^+ собирательные трубочки могут участвовать в сохранении или элиминации K^+ соответственно. Адаптация к хронической калиевой нагрузке складывается из почечных и внепочечных факторов. Внепочечный механизм зависит от альдостерона и заключается в быстром поглощении K^+ мышцами. Почечный механизм заключается в усилении секреции K^+ дистальными канальцами [8].

Рефлекторная регуляция гомеостаза калия

В 1970-е годы Р. И. Айзманом впервые была предложена и экспериментально подтверждена гипотеза о существовании рефлекторной системы регуляции гомеостаза калия, опровергающая общепринятое в то время мнение о том, что регуляция калиевого баланса осуществляется в результате гиперкалиемии посредством изменения секреции катиона клетками дистального сегмента нефрона и является местным почечным процессом. Согласно полученным данным, информационный аппарат рефлекторной системы регуляции калиевого гомеостаза представлен калийчувствительными рецепторами, локализованными в печени. Исследуемые рецепторы обладали высокой специфичностью к калию и отличались от ранее описанных печеночных осмолитических и натриорецепторов. Возникшие импульсы от рецепторного аппарата по блуждающим и спинномозговым нервам поступают в ядра гипоталамуса, приводя к освобождению нейрогипофизарных гормонов, которые вызывают биологически целесообразную калийуретическую и антидиуретическую реакции [9].

В 1990-е годы Р. И. Айзман совместно с L. Rabinowitz, который впервые в западной научной литературе высказал идею о рефлекторной регуляции калия, исследовали суточные ритмы экскреции калия в норме, при изменении биоритмов и односторонней нефрэктомии, а также роль нервных и гуморальных факторов в регуляции калийуреза [10].

Рефлекторная регуляция гомеостаза калия в онтогенезе

Становление калийрегулирующего рефлекса в онтогенезе было исследовано в 1970-е годы Л. И. Курдубан и И. Н. Забелло, показавшими, что его формирование проходит в три этапа: первый характеризуется отсутствием рефлекторного калийуреза; второй является периодом недифференцированных ионоуретических реакций; третий — периодом окончательного формирования механизмов селективной экскреции калия. Позднее было обнаружено, что рефлекторная регуляция гомеостаза калия проходит в своем развитии ряд этапов, а формирование калий- и натрийуретических рефлексов не совпадает по времени. И. Н. Забелло и Л. И. Курдубан предположили, что возможными причинами стадийности в развитии рефлекторной системы регуляции калиевого гомеостаза являются отсутствие калийдепонирующей функции печени у щенков первого месяца жизни и пониженная чувствитель-

ность почек к нейропептидам гипофиза на ранних этапах постнатального развития [11].

В 1990-е годы Р. И. Айзманом совместно с профессором Каролинского института А. Аperia (Стокгольм, Швеция) было установлено, что в раннем онтогенезе транспорт калия в пищеварительном тракте осуществляется более эффективно, чем у взрослых крыс. Это обусловлено разным вкладом транспортных калиевых систем: в раннем онтогенезе высокой активностью обладают апикально расположенные калиевые транспортеры (Н⁺-К⁺; К⁺-АТФазы), способствующие реабсорбции катиона, что играет важную роль в развитии организма. На более поздних этапах онтогенеза преобладает секреция калия благодаря большей экспрессии и активности базальных транспортеров (Na⁺, K⁺-АТФазы; Na⁺, K⁺, 2Cl⁻-котранспортера), позволяющих защитить клетки от гиперкалемии [12]. Было установлено, что в регуляции активности этих механизмов в зависимости от возраста большую роль играют гормоны и биологически активные вещества: оксид азота, β-симпатомиметики, кортикостероиды [13, 14].

Роль нервных и гормональных механизмов в регуляции гомеостаза калия также изучалась А. Д. Герасёвым в продолжение работы его руководителя — профессора Р. И. Айзмана. Было показано, что гормональный ответ на прием калиевых нагрузок характеризуется значительным увеличением концентрации альдостерона и снижением уровня инсулина. Было выявлено, что циркадианные ритмы экскреции калия у крыс, определяющие больший уровень экскреции катиона в темное время суток, проявляются, как в состоянии физиологического покоя, так и после калиевых нагрузок. А. Д. Герасёвым впервые было установлено, что после вагусной денервации печени калиевая нагрузка вызывает значительное увеличение экскреции калия почками, повышение концентрации катиона в плазме крови и уменьшение содержания калия в тканях по сравнению с интактными животными. У животных с денервированными почками наблюдалось кратковременное снижение экскреции калия после калиевой нагрузки [15].

Заключение

В многочисленных исследованиях зарубежных и отечественных ученых XX века: 1) показано существование канальцевой секреции калия; 2) выдвинута и экспериментально доказана гипотеза прямого обмена катионов в дистальных канальцах; 3) подробно описаны почечные и внепочечные механизмы канальцевого транспорта калия; 4) предложена и экспериментально подтверждена гипотеза о существовании рефлекторной системы регуляции гомеостаза калия; 5) изучены рефлекторные и гормональные механизмы регуляции калиевого гомеостаза; 6) исследованы онтогенетические особенности транспорта калия.

Таким образом, к началу XXI столетия была сформирована четкая картина регуляции гомеостаза калия, как на уровне целостного организма, так и отдельных его структур.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Mudge G. H., Foulks J., Gilman A. The renal excretion of potassium. *Proc Soc Exp Biol Med.* 1948;67(4):545—547. Doi: 10.3181/00379727-67-16369p.
2. Baldwin D., Kahana E. M., Clarke R. W. Renal excretion of sodium and potassium in the dog. *Am J Physiol.* 1950;162(3):655—664. Doi: 10.1152/ajplegacy.1950.162.3.655.
3. Berliner R. W., Kennedy T. J. Jr., Hilton J. G. Renal mechanisms for excretion of potassium. *Am J Physiol.* 1950;162(2):348—367. Doi: 10.1152/ajplegacy.1950.162.2.348.
4. Pitts R. F., Alexander R. S. The nature of the renal tubular mechanism for acidifying the urine. *Am J Physiol.* 1945;144(2):239—254.
5. Pitts R. F., Lotspeich W. D. Bicarbonate and the renal regulation of acid base balance. *Am J Physiol.* 1946;147(1):138—154. Doi: 10.1152/ajplegacy.1946.147.1.138.
6. Orloff J., Davidson D. G. The mechanism of potassium excretion in the chicken. *J Clin Invest.* 1959;38(1. Part 1):21—30. Doi: 10.1172/JCI103790.
7. Giebisch G. Some reflections on the mechanism of renal tubular potassium transport. *Yale J Biol Med.* 1975;48(4):315—336.
8. Suki W. N. Disposition and regulation of body potassium: an overview. *Am J Med Sci.* 1976;272(1):31—41. Doi: 10.1097/0000441-197607000-00004.
9. Финкинштейн Я. Д., Айзман Р. И., Тернер А. Я., Пантюхин И. В. Рефлекторный механизм регуляции калиевого гомеостаза. *Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова.* 1973;59(9):1429—1436.
10. Rabinowitz L., Aizman R. I. The central nervous system in potassium homeostasis. *Frontiers in Neuroendocrinology.* 1993;14(1):1—26. Doi: 10.1006/frne.1993.1001.
11. Забелло И. Н., Курдубан Л. И., Финкинштейн Я. Д. Рефлекторная регуляция экскреции калия в постнатальном онтогенезе собак. *Журнал эволюционной биохимии и физиологии.* 1982; (18):477—481.
12. Aizman R. I., Celsi G., Grahnquist L., Wang Z. M., Finkel Y., Aperia A. Ontogeny of K⁺ transport in rat distal colon. *Am J Physiol.* 1996;271(2 Pt 2):G268—G274. Doi: 10.1152/ajp.1996.271.2.G268.
13. Aizman R., Brismar H., Celsi G. Nitric oxide inhibits potassium transport in the rat distal colon. *Am J Physiol.* 1999;276(1):G146—G154. Doi: 10.1152/ajp.1999.276.1.G146.
14. Aperia A., Cheng X. -J., Fisione G., Aizman R., Levenson R., Greengard P. PKA-mediated phosphorylation and inhibition of Na⁺-K⁺-ATPase in response to β-adrenergic hormone. *Am J Physiol.* 1997;273(3 Pt 1):C893—C901. Doi: 10.1152/ajpcell.1997.273.3.C893.
15. Aizman R., Gerasev A., Taranov A. Hormonal mechanisms of potassium homeostasis regulation. *Renal physiology and biochemistry.* 1992;(3—4):203.

REFERENCES

1. Mudge G. H., Foulks J., Gilman A. The renal excretion of potassium. *Proc Soc Exp Biol Med.* 1948;67(4):545—547. Doi: 10.3181/00379727-67-16369p.
2. Baldwin D., Kahana E. M., Clarke R. W. Renal excretion of sodium and potassium in the dog. *Am J Physiol.* 1950;162(3):655—664. Doi: 10.1152/ajplegacy.1950.162.3.655.
3. Berliner R. W., Kennedy T. J. Jr., Hilton J. G. Renal mechanisms for excretion of potassium. *Am J Physiol.* 1950;162(2):348—367. Doi: 10.1152/ajplegacy.1950.162.2.348.
4. Pitts R. F., Alexander R. S. The nature of the renal tubular mechanism for acidifying the urine. *Am J Physiol.* 1945;144(2):239—254.
5. Pitts R. F., Lotspeich W. D. Bicarbonate and the renal regulation of acid base balance. *Am J Physiol.* 1946;147(1):138—154. Doi: 10.1152/ajplegacy.1946.147.1.138.
6. Orloff J., Davidson D. G. The mechanism of potassium excretion in the chicken. *J Clin Invest.* 1959;38(1. Part 1):21—30. Doi: 10.1172/JCI103790.
7. Giebisch G. Some reflections on the mechanism of renal tubular potassium transport. *Yale J Biol Med.* 1975;48(4):315—336.
8. Suki W. N. Disposition and regulation of body potassium: an overview. *Am J Med Sci.* 1976;272(1):31—41. Doi: 10.1097/0000441-197607000-00004.
9. Finkinshtein Ya. D., Aizman R. I., Turner A. Ya., Pantjukhin I. V. Reflex mechanism of regulation of potassium homeostasis. *Sechenov Russian Journal of Physiology. [Rossijskij fiziologicheskij zhurnal imeni I. M. Sechenova].* 1973;59(9):1429—1436. (in Russian).

10. Rabinowitz L., Aizman R. I. The central nervous system in potassium homeostasis. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 1993;14(1):1—26. Doi: 10.1006/frne.1993.1001.
11. Zabello I. N., Kurduban L. I., Finkinshtein Ya. D. Reflex regulation of potassium excretion in postnatal ontogenesis of dogs. *Journal of Evolutionary Biochemistry and Physiology*. [Zhurnal evolyucionnoj biohimii i fiziologii]. 1982;(18):477—481. (in Russian).
12. Aizman R. I., Celsi G., Grahnquist L., Wang Z. M., Finkel Y., Aperia A. Ontogeny of K⁺ transport in rat distal colon. *Am J Physiol*. 1996;271(2 Pt 2):G268—G274. Doi: 10.1152/ajpgi.1996.271.2.G268.
13. Aizman R., Brismar H., Celsi G. Nitric oxide inhibits potassium transport in the rat distal colon. *Am J Physiol*. 1999;276(1):G146—G154. Doi: 10.1152/ajpgi.1999.276.1.G146.
14. Aperia A., Cheng X. -J., Fisone G., Aizman O., Aizman R., Levenson R., Greengard P. PKA-mediated phosphorylation and inhibition of Na⁺-K⁺-ATPase in response to β -adrenergic hormone. *Am J Physiol*. 1997;273(3 Pt 1):C893—C901. Doi: 10.1152/ajpcell.1997.273.3.C893.
15. Aizman R., Gerasev A., Taranov A. Hormonal mechanisms of potassium homeostasis regulation. *Renal physiology and biochemistry*. 1992;(3—4):203.

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 25.05.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 25.05.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 61 (091)

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.023

**Военная медицина на российских батальных панорамах: реалии, сюжеты, персоналии.
Часть I**

Нина Васильевна Чиж¹, Геннадий Геннадьевич Слышкин², Юлия Александровна Кузьмина³

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

²ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте
Российской Федерации», г. Москва, Российская Федерация.

¹nina-chizh@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2384-6546>

²ggsl@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8121-0250>

³kuzmina1070@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0000-7474-6751>

Аннотация. В статье приводится характеристика батального жанра в изобразительном искусстве, как источника изучения эволюции общественного восприятия военной медицины и ее роли в общей картине боевых действий. Анализируется отражение медицинской тематики на примере сюжетных фрагментов панорамы «Бородинская битва».

Ключевые слова: военная медицина, музей-панорама «Бородинская битва», военные панорамы, Отечественная война 1812 года.

Для цитирования: Чиж Н. В., Слышкин Г. Г., Кузьмина Ю. А. Военная медицина на российских батальных панорамах: реалии, сюжеты, персоналии. Часть I // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 137–142. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.023.

Original article

Military medicine in Russian battle panoramas: realities, plots, personalities. Part I

Nina V. Chizh¹, Gennady G. Slyshkin², Yulia A. Kuzmina³

^{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.

¹nina-chizh@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2384-6546>

²ggsl@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8121-0250>

³kuzmina1070@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0000-7474-6751>

Annotation. The article describes the battle genre in fine art as a source for studying the evolution of public perception of military medicine and its role in the overall picture of military operations. The reflection of medical topics is analyzed using the example of plot fragments of the “The Battle of Borodino” panorama.

Key words: military medicine, «The Battle of Borodino» panorama, military panoramas, the Patriotic War of 1812.

For citation: Chizh N. V., Slyshkin G. G., Kuzmina Yu. A. Military medicine in Russian battle panoramas: realities, plots, personalities. Part I. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):137–142. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.023.

Социальная значимость медицины, ее тесная ассоциативная связь с витальными ценностями (жизнь, выживание, безопасность, здоровье) детерминируют широкую представленность медицинской тематики во всех видах искусства, востребованность образов врачей и медицинских сюжетов в различных жанрах как элитарной, так и массовой культуры. Не стала исключением и панорамная живопись, приобретшая популярность в европейских странах, в том числе в России, в XIX в.¹ и сохранившая ее до сих пор. В самом общем виде панорама может быть определена как «круговое живописное произведение, совмещенное с передним предметным планом» [1]². Если первые панорамы были

ориентированы на изображение архитектурных ландшафтов, то затем на первое место вышли событийные панорамы, отражавшие динамику значимых мифо-религиозных и исторических событий. Особо востребованными стали батальные панора-

¹ О культурологическом значении панорамной и диорамной живописи как отражения эволюции мировоззренческих ценностей индустриальной эпохи (круговое движение зрителя — воплощение путешествия, ставшего популярной формой развлечения и шансом вырваться из обыденной окружающей среды) и как идеологического предшественника современной виртуализованной реальности см.: Luri Rodríguez, J. Desarraigo del ojo: Evolución del espectador como turista de la imagen en el siglo XIX. *Quintana*. 2018;(17):261-277. DOI: 10.15304/qui.17.4100

² Условность данного определения мы увидим ниже.

мы, изображавшие военные события различного масштаба (битвы, сражения, бои).

Не вдаваясь в подробное описание истории развития панорамной живописи в целом и батальной панорамы в частности, обозначим характеристики данного жанра, которые делают его релевантным источником информации для исследования эволюции общественного восприятия военной медицины и ее роли в общей картине боевых действий:

1. **Аттрактивность и эмоциогенность** панорамы как зрелищно-развлекательного феномена. Панорамная живопись на всем ее протяжении обладает высокой степенью аттрактивности для самых разных целевых аудиторий (туристические потоки, школьные экскурсии, семейные посещения). В период войн и иных социальных кризисов батальная панорама становится патриотическим символом и привлекает еще большее количество посетителей (как стихийно, так и благодаря целенаправленным усилиям властных институтов). Например, в начале Великой Отечественной войны в осажденном немецко-фашистскими войсками Севастополе практически до падения города продолжал работать музей-панорама «Оборона Севастополя 1854—1855 гг.», через который шли непрерывные потоки защитников города. Аналогичным образом функционировала и панорама «Штурм Перекопа», находившаяся в Симферополе. «Агитационно-мобилизационная работа среди населения и военнослужащих велась непосредственно в музее и на смотровых площадках. Начальник Симферопольского гарнизона распорядился всех вновь мобилизованных и также воинов маршевых частей обязательно повести осмотреть панораму» [2, с. 36].

2. **Ориентация панорамы на сочетание развлекательной и просветительской функций.** Как отмечает исследователь панорамно-диорамного искусства А. А. Дружинин, еще в XIX — начале XX в. панорамы и диорамы служили средствами просвещения широких масс населения, «являясь своеобразными документальными экскурсами в историю или репортажами о недавних событиях» [3, с. 60]. В дальнейшем «просветительство, то есть приобщение массового зрителя как в крупных городах, так и в провинции к культуре и истории с помощью доступного для широкого понимания образительного языка» [3, с. 66] стало одним из основных принципов деятельности основоположника советской батальной панорамы М. Б. Грекова и его школы.

3. **Формирование комплексного образа исторического события.** В отличие от других жанров живописи панорама рисует не отдельный фрагмент крупного события, а осуществляет системное отображение процесса (по сути, строит комплексную модель), демонстрируя взаимосвязь задействованных в нем субъектов различного масштаба и природы (родов войск, воинских соединений, отдельных личностей и т. д.). Данная особенность позволит нам понять, какое место занимали военно-медицинские реалии в общем представлении о войне как сложном событийном феномене.

4. **Идеологически обусловленная трансформируемость панорамы.** Панорамное произведение не является раз и навсегда созданным и не подвергается изменениям изображением. Высокий потенциал эмоционального, информационного и идеологического воздействия панорамной живописи на массы провоцирует властные институты на вмешательство в систему образов и состав персонажей уже готовой панорамы. Сам художник (первоначальный автор или реставратор) под влиянием социальной или политической конъюнктуры также зачастую считает необходимым внести изменения в произведение. Возможность для подобной трансформируемости открывается композиционными особенностями панорамы, а именно множественностью рассеянных по полотну относительно изолированных сюжетных элементов, которые можно устранять / добавлять / заменять, не вторгаясь в генеральную идею произведения.³

Ярким примером идеологических трансформаций произведения служит судьба фигуры адмирала П. С. Нахимова на панорамном полотне «Штурм Малахова кургана 6 июня 1855 года». Данная панорама была открыта в 1905 г. в Севастополе в ознаменование 50-летнего юбилея обороны. Одним из наиболее значимых элементов полотна было изображение Малахова Кургана, где среди прочих персонажей присутствовал Нахимов (опершаяся о бруствер фигура, стоящая к зрителю вполоборота и зорко следящая за передвижениями противника) [4, с. 19]. Через четыре года после открытия панорама была привезена в Санкт-Петербург, где ее посетили Николай II и великий князь Алексей. Представителей царской семьи раздражала избыточная, на их взгляд, популяризация героя Синопского сражения и обороны Севастополя. Они считали открытый в 1898 г. памятник достаточным для увековечения памяти адмирала. Несмотря на возражения автора полотна Ф. А. Рубо, настаивавшего на сохранении исторической правды (Нахимов действительно был в изображаемый день на Малаховом Кургане), они потребовали удаления Нахимова. Рубо был вынужден внести изменения в холст и за одну ночь на месте, где стоял адмирал, появился взрыв [5, с. 58]. Фигура П. С. Нахимова вернулась на холст панорамы лишь в советское время при реставрации 1926 года, выполненной уже упоминавшимся М. Б. Грековым, учеником Рубо⁴.

5. **Способность жанра к развитию арсенала средств выразительности, каналов и способов коммуникативного воздействия.** На первых этапах

³ В этом смысле панорама близка не к произведениям живописи, а к литературе и кинематографу (Ср. вторую редакцию романа А. А. Фадеева «Молодая гвардия», в которую автор, подвергнутый критике за «недостаточное освещение руководящей и направляющей роли Коммунистической партии», включил новых персонажей и сюжетные линии; многочисленные киноленты об Октябрьской революции, из которых после XX съезда были либо исключены сцены с И. В. Сталиным, либо фигура Сталина была заретуширована).

⁴ Примечательно, что в 1920-х годах отношение властей к П. С. Нахимову было скорее негативным. Так, в 1928 г. в рамках кампании по ликвидации монументов, «воздвигнутых в честь царей и их слуг», был уничтожен памятник Нахимову в Севастополе. Возвращение фигуры адмирала на панорамное полотно именно в этот период, по-видимому, следует интерпретировать как стремление во всем противостоять предшествовавшему режиму («Если царская власть убрала, мы восстановим»).

своего существования панорама зачастую представляла собой полотно без предметного плана. Если же предметный план был, он не нес существенной смысловой нагрузки и создавался заново из подручных материалов при переезде панорамы. Предметные планы как полноценные элементы произведения, составляющие с полотном художественное целое, появились лишь когда панорамы начали размещать в специально построенных для них зданиях. С развитием архитектуры и технических средств развивался и предметный план. На нем стали появляться специально изготовленные сложные конструкции, манекены и подлинные исторические предметы.

В XXI веке интерес молодого зрителя к панорамному искусству упал, поскольку панорама, состоящая из полотна и предметного плана, не удовлетворяла потребностей в зрелищности и интерактивности, характерных для «цифровой молодежи». Реакцией на эти потребности стало появление трехмерных панорам, направленных на создание эффекта «погружения» зрителя в событие, которому они посвящены. Посетитель движется внутри предметного плана⁵, на котором размещены как бутафорские элементы, так и подлинные предметы, найденные поисковыми отрядами на местах событий, имеет возможность прикоснуться к этим предметам, ощущая себя участником отображаемого события, а не сторонним наблюдателем. Еще одним качественным изменением в арсенале средств коммуникативного воздействия стало превращение панорамы из сугубо визуального произведения в аудио-визуальное и включение в ее состав вербальной составляющей. Это выразилось в создании аудиогидов, представляющих собой художественный текст и позволяющих включить в повествование информацию, не поддающуюся визуальной передаче⁶.

Материалом настоящего исследования послужили следующими батальные панорамы, созданные российскими и советскими художниками:

1. Панорама «Оборона Севастополя в 1854—1855 годах» (первоначально создана в 1905 г. под названием «Штурм Малахова кургана 6 июня 1855 г.», автор — Ф. А. Рубо; первая сюжетная трансформация в 1926 г. М. Б. Грековым⁷; реставрация с сюжетными трансформациями в 1954 г. группой художников под руководством В. Н. Яковлева и П. П. Соколова-Скаля).

2. Панорама «Бородинская битва» (первоначально создана Ф. А. Рубо в 1912 г. под названием «Бородино»; подверглась реставрации с сюжетными трансформациями в 1962 г. группой художников под руководством И. В. Евстигнеева).

⁵ В традиционной панораме передвижение зрителя не предполагалось. Он должен был осматривать полотно и предметный план из определенной точки.

⁶ Художественный аудиогид принципиально отличается от речи экскурсовода (в том числе записанной на аудионоситель) тем, что наряду с полотном и предметным планом является полноценным элементом произведения, а не комментарием к нему.

⁷ Данная трансформация свелась к описанному выше возвращению фигуры П. С. Нахимова.

3. Панорама «Волочаевская битва» (изображает одно из крупнейших сражений Гражданской войны, состоявшееся 12 февраля 1922 года в районе Хабаровска; создана в 1975 г. художниками С. Д. Агаповым и А. А. Горпенко).

4. Панорама «Плевенская эпопея 1877 года» (посвящена ключевому событию русско-турецкой войны 1877—1878 годов за освобождение Болгарии; создана в 1977 г. группой советских и болгарских художников под руководством Н. В. Овечкина).

5. Панорама «Разгром немецко-фашистских войск под Сталинградом» (создана в 1982 г. художниками Студии имени М. Б. Грекова П. И. Жигимонт, Г. И. Марченко, Н. Я. Бут, В. К. Дмитриевский, Ф. П. Усыпенко, П. Т. Мальцев, М. И. Самсонов).

6. Панорама «Освобождение Проскурова» (посвящена освобождению города Проскурова от немецко-фашистских войск 25 марта 1944 года; создана художниками В. Мамсиковым и В. Волковым в 1988 г.)

7. Серия трехмерных панорам, созданных Дмитрием Поштаренко и студией «Невский Баталист» в 2015—2023 годах и посвященных различным эпизодам Второй мировой войны.

В процессе анализа сюжетных фрагментов медицинской тематики мы будем придерживаться следующей обобщенной схемы лечебно-эвакуационной работы с ранеными:

1) оказание медицинской помощи на поле боя, включающее самопомощь, взаимопомощь, помощь медиков (санитаров, санинструкторов);

2) эвакуация раненых с поля боя;

3) оказание помощи в прифронтовой зоне (перевязочные пункты);

4) эвакуация в тыл;

5) лечение в тылу (госпитали).

В рамках первой статьи цикла мы подробно рассмотрим отражение на панорамном полотне военной медицины в Бородинском сражении, поскольку с точки зрения исторической хронологии именно это сражение является наиболее ранним.

На холсте панорамы «Бородино» Ф. А. Рубо изображены события, развернувшиеся после полудня 26 августа (7 сентября) 1812 года. В 12.30 Наполеон предпринял вторую атаку на левый фланг русских войск у деревни Семеновской. К этому моменту русские войска оставили Багратионовы флеши и сосредоточились у Семеновского ручья. По замыслу автора, смотровая площадка панорамы — северо-западная окраина деревни Семеновской, откуда зрители видят разрушенную деревню, атаку войск Наполеона и оборону русских войск.

На полотне панорамы присутствуют несколько сюжетов медицинской тематики: эвакуация с поля боя и оказание помощи в прифронтовой зоне.

Наиболее крупным сюжетным элементом медицинской тематики является изображение развозного госпиталя близ деревни Князьково (четыре белые палатки, виднеющиеся из-за деревьев на дальнем плане). В текстах путеводителей и экскурсий его обычно называют перевязочным пунктом, но это ошибка. Действительно, на Бородинском поле при-

существовали медико-санитарные пункты двух типов, предназначенные для осуществления различных этапов медицинской помощи и эвакуации:

1) передовые перевязочные пункты, располагавшиеся непосредственно на линии передовой и служившие для оказания первичной помощи силами полковых лекарей. «Передовые перевязочные пункты старались разместить в небольших складках местности или за полевыми укрытиями, закрывающими раненых от ружейного, но не артиллерийского огня. В подобных местах сами собой образовывались так называемые «гнезда раненых», т. е. естественные скопления раненых. [...] Так, в частности, передовые перевязочные пункты были расположены внутри Семеновских флешей, Горкинских батарей, внутри люнета батареи Раевского и внутри Шевардинского редута, на окраине с. Бородина ближе к р. Колочи и на окраине д. Утица» [6, с. 27—28]. На полотне Бородинской панорамы перевязочных пунктов нет, хотя изобразить их не составило бы труда в силу размещения в самых горячих местах сражения, а экспрессивная нагрузка могла бы стать значительной (полковые медики не просто оказывали там первую помощь, но и осуществляли операции);

2) развозные госпитали, куда эвакуировали тяжелораненых из передовых перевязочных пунктов (легкораненые после оказания первой помощи должны были вернуться в строй). «Развозные госпитали были расположены за передовыми перевязочными пунктами, примерно в полукилометре, из расчета три развозных госпиталя на одну армию (один центральный и два фланговых развозных госпиталя). [...] Один развозной госпиталь располагал скромным медицинским штатом. Во главе развозного госпиталя стоял корпусной или дивизионный лекарь, у него в подчинении состояли один-два лекаря, прикомандированные из полков, один аптекарь с помощником» [6, с. 29].

Именно такой госпиталь и фигурирует на панораме. Данное изображение находится на дальнем плане полотна и поэтому бедно деталями. Намеренная размытость соответствует перспективе зрительного восприятия и географии местности. Наблюдающий за боем от деревни Семеновской зритель не может разглядеть данную точку в подробностях. Видны четыре белых шатра, лежащие вокруг них люди, размытые фигуры внутри шатров, повозка. Невозможно различить каких бы то ни было подробностей деятельности медиков и даже дифференцировать фигуры медиков, носильщиков и раненых. При этом художественными средствами передаются интенсивность движения одних фигур и статичность других. Зритель ощущает, что перед ним страдающие и умирающие и те, кто старается им помочь. Переданная на живописном полотне атмосфера вполне соответствует воспоминаниям современника — ополченца Ю. Н. Бартенева: «Перевязочный пункт состоял из трех раскинутых, с завороченными полами палаток на краю березняка... Вокруг палаток, больше чем на две десятины места, лежали, сидели, стояли окровавленные люди в различных оде-

ждах. Вокруг раненых... стояли толпы солдат-носильщиков... Из палаток слышались то громкие, злые вопли, то жалобные стенания... На ближайшем столе (в палатке) сидел татарин... Четверо солдат держали его. Доктор в очках что-то резал в его коричневой мускулистой спине... (раненый) оскалил белые зубы, начинал рваться, дергаться и визжать. На другом столе... на спине лежал больной полный человек с закинутой назад головой... Нескольким фельдшерам навалились на грудь этому человеку и держали его. Белая большая полная нога быстро и часто, не переставая, дергалась лихорадочными трепетаниями. Человек этот судорожно рыдал и захлебывался. Два доктора молча — один был бледен и дрожал — что-то делали над другой красною ногой этого человека... Раненому показали в сапоге с запекшеюся кровью отрезанную ногу. [Его] держали на руках и предлагали ему воду в стакане» [7, с. 158].

Вторым сюжетным элементом, непосредственно связанным с первым, является эвакуация раненых с поля боя. К описанным выше шатрам направляются три группы с носилками, на которых лежат раненые (две группы видны четко, одна частично закрыта другими фигурами). Вслед за одной из групп носильщиков движется группа, состоящая из двух солдат, ведущих под руки третьего (очевидно, легкораненого). Позади другой группы носильщиков следует подвода, на которой лежат пятеро раненых. Поскольку данный элемент ближе к зрителю, он прописан более детально. Можно разглядеть, что часть носильщиков облачена в военную форму, а часть — в гражданскую одежду. Подводу также ведет под уздцы не солдат, а крестьянин. Эти детали соответствуют исторической правде: функцию возчиков и носильщиков в Бородинском сражении выполняли как нестроевые солдаты, так и ополченцы. Именно в их обязанности входило вынос раненых из-под огня и транспортировка их к перевязочным пунктам или развозным госпиталю. Строевым солдатам строго запрещалось покидать поле боя для помощи раненым товарищам. Некоторым искажением реального положения дел можно считать преобладание в эвакуационном потоке носилок как средства эвакуации. Как отмечают исследователи, «про носилки во всех источниках говорится исключительно мало, ибо почти вся масса раненых вывозилась с передовых линий прямо на подводах» [8, с. 198]. Преобладание носилок можно трактовать как дань позднейшим представлениям о них, как об основном средстве перемещения раненых с поля боя. Также это может быть обусловлено предыдущим опытом живописца — на написанной им ранее панораме «Штурм Малахова кургана 6 июня 1855 г.» носилки представлены обширно, что соответствовало реалиям Крымской войны.

Позднейшим привнесением на полотно стал еще один сюжет эвакуационной тематики. При реставрации полотна в 1962 году художниками студии им. М. Б. Грекова на картине появилась коляска, вывозящая с поля боя раненого главнокомандующего 2-й армией князя П. И. Багратиона. В коляске четко

различима фигура князя, опирающегося на адъютанта. Раненому полководцу салютуют привставшие на стременах офицеры. В первоначальном варианте панорамы этот сюжет отсутствовал в силу приверженности Ф. А. Рубо исторической правде. В изображенный на полотне момент Багратион уже был ранен, но еще не был вывезен с поля боя. Примерно в это время (около 12.30) ему оказывали первую помощь в Семеновском овраге на перевязочном пункте Литовского полка сначала главный врач Литовского полка Я. И. Говоров, а затем главный медицинский инспектор русской армии Я. В. Виллие. Наряду с искаженной хронологией событий данный сюжет не вполне верен еще в одном аспекте. Коляска изображена следующей в одном направлении с описанным выше эвакуационным потоком (носилками, повозкой). В результате создается впечатление, что Багратиона также везут в развозной госпиталь, хотя в действительности с поля боя он был направлен в Москву, минуя как развозной, так и подвижный госпиталь, находившийся в Можайске [9, с. 4; 10, с. 7; 11, с. 114].

Для понимания особенностей отражения военной медицины в художественной картине мира значимы не только присутствующие, но и отсутствующие на панораме сюжеты. Так, исторически достоверно полное отсутствие на полотне сцен самопомощи и взаимопомощи на поле боя. Несмотря на уже звучавшие в начале XIX в. рекомендации медиков снабжать солдат бинтом и корпией⁸, никаких мер по обеспечению самопомощи не осуществлялось. Перевязка обеспечивалась либо на перевязочном пункте, либо в подвижном госпитале, но сделать ее самому или получить от товарищей было невозможно. [12, с. 179].

К числу значимых элементов системы медицинской помощи, не нашедших отражения на панораме, относится деятельность военной полиции. Военная полиция образовывала цепь позади сражающихся войск. В ее задачи входили как предотвращение дезертирства⁹, так и координация помощи раненым: указание возницам и носильщикам направлений, в которых находятся перевязочные пункты, контроль за передвижением лазаретных фур и телег к тем участкам боя, где они были особенно необходимы. При необходимости представители военной полиции должны были и сами помогать раненым добираться до пунктов оказания помощи. Цепь отрядов военной полиции должна была быть изображена между сражающимися войсками и развозным госпиталем, но ее нет. Это отсутствие связано с общей установкой художника на героизацию русской армии, чему противоречило бы изображение подразделения, в число функций которого входила борьба с дезертирством и мародерством.

⁸ Перевязочный материал, нащипанный из старой полотняной ткани.

⁹ К числу дезертиров относились и строевые солдаты, покидавшие поле боя под предлогом помощи раненым товарищам.

Заключение

Отражение военно-медицинской тематики на панораме «Бородинская битва» в целом исторически достоверно. Существенных искажений практически нет. В отдельных случаях существовавшие на момент создания полотна стереотипы влияют на акцентуацию тех или иных деталей (например, роли носилочного способа транспортировки раненых).

Однако можно констатировать, что деятельность военных медиков не становится объектом системной героизации. Более или менее детально представлены лишь эвакуаторы с поля боя (возницы и носильщики), ни одной фигуры военного врача зритель не видит. Нет ни обобщенных образов, ни портретных. Если практически все значимые военачальники на панораме отражены, то видные деятели медицины отсутствуют. Образ раненого превалирует над образом медика. При этом широкие возможности создания героического образа русской армии через показ деятельности медиков на передовой игнорируются. Так, главный медицинский инспектор Я. В. Виллие помимо общего руководства медицинской помощью лично сделал во время сражения более восьмидесяти операций на поле боя, штаб-лекарь Алексей Протопопов, будучи раненым и истекая кровью продолжал оказывать помощь раненым. Показательна история с привнесением Багратиона. Художники предпочитают исказить хронологию и показать Багратиона, которому салютуют войска, упуская при этом возможность без хронологических нарушений отобразить Виллие и Говорова, перевязывающих генерала на передовой. Также игнорируется передовой для того времени опыт использования военной полиции для упорядочения эвакуации раненых.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Российская музейная энциклопедия : в 2 т. Рос. ин-т культурологии МК РФ и РАН; редкол.: В. Л. Янин (пред.) [и др.]. Москва, 2001.
2. Андреева Л. Ю. К истории создания панорамы «Штурм Перекопа». *Учёные записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Сер. «Ист. науки»*. 2012;25(64)2:30—42.
3. Дружинин А. А. Художественная диорама как вид искусства. М.: Государственный институт искусствознания; 2014. 812 с.
4. Бабенчиков В. П. Панорама штурма 6 июня 1855 года: Путеводитель по картине. Севастополь: 2-я Гостип. «Крымполиграфтреста»; 1927. 19 с.
5. Зубов Е. А. Франц Алексеевич Рубо — художник и педагог: диссертация... кандидата искусствоведения: 17.00.04 Санкт-Петербург, 2007. 255 с.
6. Целоруного Д. Г. Организация спасения русских воинов, раненных в Бородинском сражении. Бородино и освободительные походы русской армии 1813—1814 годов: материалы Международной научной конференции, 3—6 сентября 2014 г. Бородино: Государственный Бородинский военно-исторический музей-заповедник; 2015. С. 27—36.
7. Кузьмин А. А. Некоторый опыт лечения раненых во время Отечественной войны 1812 г. *Вестник Военного университета*. 2011;25(1):156—160.
8. Заглухинский В. В. и др. Организация и работа военно-медицинской службы русской армии в Отечественную кампанию 1812 года. М.; 1912. С. 192—195.
9. Говоров Я. И. Последние дни жизни князя Петра Ивановича Багратиона. Санкт-Петербург: В Морской типографии; 1815. С. 4.

10. Сушков С. А., Небылицин Ю. С., Реутская Е. Н., Рак А. Н. Трудный пациент. Ранение Петра Ивановича Багратиона. Часть 1. *Новости хирургии*. 2012;(6):3—11.
11. Шапошников Г. Н. К вопросу о ранении и лечении князя П. И. Багратиона (Историографический и социальный аспекты). *Вестник уральской медицинской академической науки*. 2017;14(1):114.
12. Энегольм И. И. Карманная книга военной гигиены, или Замечания о сохранении здоровья русских солдат. Санкт-Петербург: Императорская типография; 1813. С. 179.
5. Zubov E. A. Franz Alekseevich Rubo — artist and pedagogue: dissertation ... Candidate of Art History: 17.00.04 St. Petersburg, 2007. 255 p. (in Russian).
6. Tselorungo D. G. Organization of rescue of Russian soldiers wounded in the Battle of Borodino. Borodino and liberation campaigns of the Russian army 1813—1814: materials of the International Scientific Conference, September 3—6, 2014. Borodino: State Borodino Military Historical Museum-Reserve; 2015. Pp. 27—36 (in Russian).
7. Kuzmin A. A. Some experience of treatment of the wounded during the Patriotic War of 1812. *Bulletin of the Military University. [Vestnik Voennogo universiteta]*. 2011;25(1):156—160 (in Russian).
8. Zaglukhinsky V. V. et al. Organization and work of the military medical service of the Russian army in the Patriotic campaign of 1812. M.; 1912. Pp. 192—195 (in Russian).
9. Govorov Ya. I. The last days of the life of Prince Pyotr Ivanovich Bagration. St. Petersburg: In the Marine Printing House; 1815. P. 4 (in Russian).
10. Sushkov S. A., Nebylytsin Y. S., Reutskaya E. N., Rak A. N. A difficult patient. The wounding of Pyotr Ivanovich Bagration. Part 1. *Surgical News. [Novosti khirurgii]*. 2012;(6):3—11 (in Russian).
11. Shaposhnikov G. N. To the question about the wounding and treatment of Prince P. I. Bagration (Historiographic and social aspects). *Bulletin of the Ural medical academic science. [Vestnik ural'skoy meditsinskoy akademicheskoy nauki]*. 2017;14(1):114.
12. Eneholm I. I. Pocket book of military hygiene, or Remarks on preserving the health of Russian soldiers. St. Petersburg: Imperial Printing House; 1813. P. 179 (in Russian).

REFERENCES

1. Russian Museum Encyclopedia: in 2 vol. Russian Institute of Cultural Studies of the Ministry of Culture of the Russian Federation and the Russian Academy of Sciences; editor: V. L. Yanin (predecessor) [and others]. Moscow, 2001 (In Russian).
2. Andreeva L. Yu. To the history of the creation of the panorama «Storming of Perekop». *Scientific Notes of the V. I. Vernadsky Tauride National University. Ser. «Ist. nauki»*. [Uchenye zapiski Tavricheskogo natsional'nogo universiteta im. V. I. Vernadskogo. Ser. «Ist. nauki»]. 2012;25((64)2):30—42 (in Russian).
3. Druzhinin A. A. Artistic diorama as a kind of art. Moscow: State Institute of Art History; 2014. 812 p. (in Russian).
4. Babenchikov V. P. Panorama of the storm on June 6, 1855: Guide to the picture. Sevastopol: 2nd Gostip. «Krympolygraphrestsa»; 1927. 19 p. (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 02.10.2023; одобрена после рецензирования 02.11.2023; принята к публикации 03.10.2023. The article was submitted 02.11.2023; approved after reviewing 02.11.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.024

Здравоохранение в Германии (1685—1848 годы): практика и теория

Дмитрий Викторович Михель¹

¹Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Российская Федерация;

¹Институт всеобщей истории РАН, Москва, Российская Федерация.

mikhel-dv@ranepa.ru, <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-2250-1626>

Аннотация. Возникновение государственного здравоохранения в Германии стало частью процесса модернизации, первым продуктом которого являлось государство. В рамках политики камерализма, направленной на поощрение продуктивности населения, сандовники Пруссии и других германских стран уже с конца XVII в. начали создавать специальные органы управления, отвечающие за здоровье и благополучие населения. В XVIII в. происходила бюрократизация методов управления здравоохранением, представителями которого на местах были окружные врачи-физикусы. На них был возложен широкий круг административных обязанностей, но их социальный статус оставался низким. Некоторые из физикусов стали известны как авторы трактатов о медицинской полиции, излагая в них свои взгляды, касающиеся развития государственного здравоохранения. Между тем их теории были далеки от реальной практики. Ситуация стала меняться лишь после 1848 г., когда политические события в Германии подтолкнули новое поколение врачей решительно потребовать политических, социальных и медицинских реформ.

Ключевые слова: Германия, модернизация, государственное здравоохранение, физикусы, медицинская полиция.

Для цитирования: Михель Д. В. Здравоохранение в Германии (1685—1848 годы): практика и теория // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 143—146. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.024.

Original article

Public health in Germany (1685—1848): practice and theory

Dmitry V. Mikhel¹

¹Russian Presidential Academy of national Economy and Public Administration, Moscow, Russian Federation;

¹Institute of World History of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation.

mikhel-dv@ranepa.ru, <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-2250-1626>

Abstract. The rise of public health care in Germany was part of a modernization process, the first product of which was the state. As part of the cameralist policy of encouraging population productivity, the dignitaries of Prussia and other German states began to establish special authorities responsible for the health and well-being of the population as early as the late seventeenth century. The 18th century saw a bureaucratization of health management methods, with district doctors (Kreisphysikus) as representatives in the field. They were entrusted with a wide range of administrative responsibilities, but their social status remained low. Some of the district doctors became known as the authors of treatises on medical police, presenting their views on the development of public health. Their theories, however, were far removed from actual practice. The situation began to change only after 1848, when political events in Germany prompted a new generation of physicians to vigorously demand political, social and medical reforms.

Key words: Germany, modernization, public health, district doctors, medical police.

For citation: Mikhel D. V. Public health in Germany (1685—1848): practice and theory. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):143–146. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.024.

История здравоохранения в Германии в Новое время, на первый взгляд, выглядит хорошо исследованной областью знания, но на протяжении последних десятилетий в ней произошло много изменений. В частности, среди исследователей получил признание подход, согласно которому процесс становления современных систем здравоохранения является частью более фундаментального исторического процесса — модернизации. Так, согласно М. Фуко, в Новое время модернизация охватила целый ряд европейских стран, но в каждой из них она проходила по-своему. В Германии, которая не отлича-

лась таким политическим могуществом как Франция и такой экономической мощью как Англия, первым продуктом модернизации стало государство. Из-за малых размеров германских государств, постоянно сталкивающихся друг с другом и не способных к политическому объединению, в Германии рано возникла потребность во всестороннем изучении государственного потенциала, что привело к появлению особой науки о государственном управлении — *Polizeiwissenschaft* [1, p. 210—211]. Теоретики этой науки, такие как Г. В. Лейбниц (1646—1716), еще в XVII в. высказывались за необходи-

мость перехода к рациональным методам управления сферой внутригосударственной жизни (она называлась термином *Polizei*, происходившим от греческого «полития»), включая в нее и управление здоровьем. Управление же предполагало наличие точного знания о численности населения и его пригодности к использованию в государственных интересах. С этой целью в структуре государственного аппарата появились специальные административные органы, занятые сбором сведений о рождаемости и смертности населения, а также — чего не было ни в Англии, ни во Франции — о различных видах заболеваемости. Поставщиками этих государственно значимых статистических сведений были прежде всего врачи, некоторым из которых были даны чиновничьи полномочия, что повышало их статус, но притом серьезно отвлекало от забот, связанных с врачебной практикой.

Тем самым германская система здравоохранения была составной частью административно-бюрократической машины германского государства, и она была предназначена прежде всего для рационального управления населением. Однако первым объектом управления в рамках этой системы стало не население, а врачи. По замечанию Фуко, если во Франции королевская власть стандартизировала свои пушки, то в Германии она стандартизировала врачей, медицинское образование и практику выдачи дипломов [1, p. 213]. Население же стало объектом государственного управления, когда у власти появилась возможность предоставить ему особую разновидность милости — «здоровье». Эта милость предоставлялась в ответ на лояльность подданных государству, причем зачастую в таких формах и такими методами, которые вызывали сопротивление со стороны «непросвещенного населения». Исторически первыми примерами этих форм и методов, которые У. Фреверт назвала «принуждением к здоровью», стали «общие больницы» для самых бедных и профилактические прививки против оспы, которые делались прежде всего военнослужащим и детям из приютов [2, p. 68—69].

Государственная система здравоохранения Германии варьировалась от одного государства к другому, но в целом повсюду была одинаковой. Пример самого большого германского государства — Пруссии — позволяет судить об эволюции органов управления здравоохранением, предназначенных для регулирования врачебной практики в XVII—XIX вв. В 1685 г. возникла Коллегия врачей (*Collegium medicum*)¹, в состав которой входили «физикусы» и наиболее опытные практикующие врачи, призванные надзирать за врачами (медиками), хирургами, «лекарями для ран» (*Wundärzte*), цирюльниками, акушерками и аптекарями. Руководство коллегией осуществляли придворные медики и личные доктора членов королевской семьи (лейб-медики), подчиненные королевскому Тайному совету. В

1724 г. вслед за Коллегией врачей появилась Коллегия хирургов (*Collegium medico chirurgicum*), на которую было возложено попечение о лекарях и обучение фельдшеров. В 1769 г. появилась Санитарная коллегия (*Collegium sanitatis*), обязанностью которой было предотвращение чумы, болезней домашнего скота, а со второй половины XVIII в. — и организация прививок против оспы [3, p. 7—8].

На протяжении XVIII в. происходила постепенная бюрократизация органов управления здравоохранением, а сами органы постоянно менялись. В 1799 г. на смену коллегиям пришла Медико-санитарная оберколлегия (*Ober-Collegium medicum et sanitatis*)², затем Генеральный директорат и Высший медицинский департамент. В 1809 г. управление здравоохранением было передано от медицинского департамента Министерству внутренних дел, а в 1817 г. было создано Министерство по делам духовной жизни, образования и медицины (*Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten*), которое получило в свою компетенцию некоторые медицинские вопросы, включая назначение уездных врачей. На протяжении нескольких десятилетий распределение полномочий между этими министерствами оставалось запутанным, но после холерной эпидемии 1831—1832 гг. и особенно в связи с революционными событиями 1848 г. общее руководство здравоохранением перешло к Министерству по делам духовной жизни, образования и медицины [3, p. 10—11]. В идеологическом смысле его задача состояла в том, чтобы подавлять материалистические настроения в обществе, тогда как вопросы общественного здоровья постоянно уходили на второй план.

Представителями системы здравоохранения на местах были окружные врачи (*Kreisphysikus*). В XVII и XVIII в. на службу их нанимали города, а также графства и рыцарства, где они состояли придворными врачами. После передачи системы здравоохранения в ведомство полиции окружные врачи приобрели явно выраженные чиновничьи и полицейские функции. Они должны были носить форму и оружие (саблю) [3, p. 12, 14—16]. В качестве работников здравоохранения *Kreisphysikus* имел много общего с британским *medical officer of health*, являясь историческим предшественником санитарного врача более позднего времени. Их материальное положение обычно оставляло желать лучшего, поскольку государство традиционно экономило средства на их содержание. По этой причине окружные врачи-физикусы постоянно пребывали в поиске заработка и состоятельных пациентов [3, p. 16—18].

В начале XIX в. обязанности физикусов включали в себя три функции — судебно-медицинского эксперта, санитарного инспектора и советника по вопросам здравоохранения при местных органах власти [5, p. 104]. В Курмарке в это время насчитывалось в общей сложности 30 физикусов, на кото-

¹ Dorwart R. A. Medical education in Prussia under the early Hohenzollern, 1685—1725 // *Bulletin of the history of medicine*. 1958. Vol. 32, no. 4. P. 335—347.

² О Медико-санитарной оберколлегии и задачах врачебно-санитарных инстанций в Австрии, Франции, Швеции, Пруссии и России [4].

рых возлагался контроль за 114 аптекарями и их 235 подмастерьями, 249 цирюльниками и хирургами и их 353 учениками, 158 акушерками, 114 врачами и лекарями более низкого ранга, практикующими в городах и сельской местности [2, р. 67]. Из-за огромной нагрузки физикусы обычно исполняли свои обязанности чисто формально или вообще их не исполняли. Окружные физикусы были низведены до уровня чисто технических советников полиции на всех уровнях. Их «полицейское поведение» сопровождалось постоянным профессиональным конфликтом с практикующими врачами, которые не считали их своими коллегами и порой отказывались исполнять их рекомендации. Физикусы отвечали за предотвращение эпидемий и организацию карантинных мероприятий [6, р. 122—123], но при принятии решений об изоляции заразных больных им приходилось подолгу согласовывать свои решения с вышестоящим полицейским начальством, а порой — идти на поводу у практикующих врачей и оставлять таких больных на попечении семьи [3, р. 14].

В конце XVIII в. государственная система здравоохранения Германии, опирающаяся на врачей-физикусов, вошла в историю под названием «медицинской полиции»³. В экономически отсталых германских государствах процветала политика камерализма, ориентированная на поощрение продуктивности населения, которое понималось как источник государственного благополучия. Ее логическим продолжением была политическая философия камерализма, исповедуемая немецкими монархами и государственными сановниками, воспринимающими просвещенного правителя в качестве отца собственного народа. В полном соответствии с идеями камерализма немецкие (а также австрийские и российские) физикусы утверждали, что просвещенному правителю надлежит заботиться о своих подданных, их здоровье, благополучии и размножении. Свои представления о развитии государственного здравоохранения они воплощали в пространных сочинениях о медицинской полиции. Наиболее известными из этих авторов были Иоганн Петер Франк (1745—1821), Вольфганг Томас Рау (1721—1772) и Франц Антон Май (1742—1814) [6, р. 99—105].

Имя первого из них в этом ряду стало настоящим символом германского здравоохранения той эпохи. В соответствии с обычаями своего времени Франк изучал философию, а затем медицину. После окончания Гейдельбергского университета он получил должность окружного врача в г. Бич в Лотарингии и погрузился в работу физикуса. Начиная с 1779 г. он приступил к теоретическому осмыслению задач здравоохранения. Будучи человеком эпохи «философских систем», он создал огромное по объему сочинение, сопоставимое по объему и значимости с трудами Канта и Гегеля.

³Этот термин впервые использовал Вольфганг Томас Рау в 1764 г. [5, р. 122].

Его «Система всеобщей медицинской полиции» представляет собой труд объемом 6262 страницы, издававшийся в Мангейме с 1779 по 1817 г.⁴ Характеризуя масштабный труд Франка Дж. Розен, назвал его наиболее полным сводом знаний, призванных руководить жизнью человека от «материнской утробы до могилы» [8, р. 88]. В своей книге Франк изложил различные методы «медико-полицейского управления». В первых двух томах он обсудил вопросы, касающиеся зачатия, организации браков и заботы о беременных, в третьем — о продуктах питания и напитках, пользе законов, поощряющих умеренность в еде и питье, одежде и народных развлечениях, устройстве жилищ и содержании их в чистоте, в четвертом и пятом — о мерах санитарной безопасности, касающихся общественного здоровья и погребения мертвых, в шестом — о так называемых «медицинских делах», связанных с обучением, экзаменацией и конфирмацией практикующих врачей⁵.

Обобщив весь круг обсуждаемых вопросов, обобщавшихся теоретиками медицинской полиции, П. Кэрролл выделил семь основных объектов медицинско-политической науки: 1) полиция общины, 2) полиция отходов человеческой жизнедеятельности⁶, 3) полиция окружающей среды, 4) полиция субстанций, попадающих в организм с пищей и напитками, 5) полиция опасных материалов и видов деятельности, 6) полиция профессиональных рисков, 7) полиция врачей и знахарей [9, р. 465].

Франк и подобные ему теоретики видели все достоинства и недостатки существовавшей системы здравоохранения. Их предложения по развитию системы были направлены на то, чтобы подсказать вышестоящим государственным администраторам, как наиболее разумно организовать попечение о здоровье населения. Но многое из того, что было написано в их трудах, на практике было невообразимо. Трудно не согласиться с П. Вайндлингом, заметившим, что предложения теоретиков медицинской полиции были слишком дорогостоящими, а экономически бедные германские государства, считающие каждую монету в казне, попросту не могли пойти на их реализацию [6, р. 123].

Бесспорно, такие трактаты, как «Система» Франка, не могли не вдохновлять современников. Подтверждением этого является та головокружительная карьера, которую он сделал в Габсбургской и

⁴При подготовке статьи автор обращался к оригинальному изданию трудов Франка из цифровой библиотеки Wellcome Collection. Помимо отдельных томов мангеймского издания в ней также представлены тома, напечатанные в Тюбингене и Вене. Текст оригинального издания напечатан готическим шрифтом. См.: Frank J. P. System einer vollständigen medicinischen Polizey. Bd.1. Mannheim: C. F. Schwan, 1784. 697 s. и др.

⁵Выборочные фрагменты сочинения Франка представлены в англоязычном издании: Lesky E. A system of complete medical police. Selections from Johann Peter Frank. Baltimore, Md.: The Johns Hopkins university press, 1976. 469 p.

⁶В тексте П. Кэрролла используется термин “nuisances” (букв. «неудобства»), который получил широкое распространение в британском санитарном законодательстве XIX в. По своему смыслу он обозначал весьма широкий круг явлений — от мусора и нечистот до шума и неприятных запахов.

Российской империи. Но со временем то, что вдохновляло современников, стало поводом для сожаления со стороны некоторых немецких врачей. В самом деле, теория и практика медицинской полиции серьезно расходились между собой. Врачи хорошо сознавали это различие и стремились сблизить теорию с практикой. Однако ввиду низкого статуса медицинской профессии и слабой эффективности медицинских знаний достичь этой цели было сложно.

К середине XIX в. ситуация стала меняться, но причиной этого стал не столько прогресс медицинских знаний, сколько бурные политические события. Развернувшаяся в Германии в 1848 г. революция пробудила в новом поколении немецких врачей волю к переменам. Самые деятельные из них, такие, как Рудольф Вирхов (1821—1902), Соломон Нойман (1819—1908) и Рудольф Лойбушер (1822—1861), были выходцами из среднего класса. Не желая более мириться с принижением положения медицинской профессии, они требовали перемен — политических, социальных и медицинских. В отличие от Франка и других докторов эпохи просвещенного абсолютизма Вирхов и его коллеги заявляли о своей готовности служить не только монархии, но и обществу. Уже через год революция потерпела поражение, и ее участвовавшим в ней докторам вновь пришлось вернуться к обычной работе. Однако планы по реформированию здравоохранения оставлены не были. Их удалось осуществить всего через пару десятилетий, когда на повестке дня стал вопрос о проведении санитарных реформ в городах и применении нового медицинского знания, каким к этому времени стала экспериментальная гигиена.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Foucault M. La naissance de la médecine sociale. *Dits et Écrits, 1954—1988. T. 3: 1976—1979*. Paris: Gallimard; 1994. P. 207—228.
2. Frevert U. *Krankheit als politisches Problem 1770—1870; soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1984. 469 p.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

Статья поступила в редакцию 28.05.2023; одобрена после рецензирования 03.07.2023; принята к публикации 03.11.2023.

The article was submitted 28.05.2023; approved after reviewing 03.07.2023; accepted for publication 03.11.2023.

3. Labisch A., Tennstedt F. *Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3 Juli 1934. Teil 1*. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen; 1985. 278 p.
4. Сточик А.М., Загравкин С. Н., Сточик А. А. Становление государственной медицины (вторая половина XVIII — первая половина XIX века). Сообщение 1. Возникновение концепции медицинской полиции, органов управления медико-санитарным делом, врачебно-санитарного законодательства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(1):44—49.
5. Porter D. *Health, civilization, and the state. A history of public health from ancient to modern times*. New York: Routledge; 1999. 389 p.
6. Weindling P. Public health in Germany. Porter D. (ed.) *The history of public health and the modern state*. Amsterdam: Rodopi; 1994. P. 119—131.
7. Rosen G. The fate of the concept of medical police, 1780—1890. *Centaurus: an international journal of the history of science and its cultural aspects*. 1957;5(2):97—113.
8. Rosen G. *A History of public health*. Baltimore: The Johns Hopkins university press; 1993. 440 p.
9. Caroll P. E. Medical police and the history of public health. *Medical history*. 2002;46(4):461—494.

REFERENCES

1. Foucault M. La naissance de la médecine sociale. *Dits et Écrits, 1954—1988. T. 3: 1976—1979*. Paris: Gallimard; 1994. P. 207—228.
2. Frevert U. *Krankheit als politisches Problem 1770—1870; soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1984. 469 p.
3. Labisch A., Tennstedt F. *Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3 Juli 1934. Teil 1*. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen; 1985. 278 p.
4. Stotchik A. M., Zatravkin S. N., Stotchik A. A. The becoming of public medicine (second half of XVIII-first half of XIX centuries). Report 1: The origin of concept of medical police, governing bodies of medical sanitary business, physician sanitary legislation. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2013;(1):44—49 (in Russian).
5. Porter D. *Health, civilization, and the state. A history of public health from ancient to modern times*. New York: Routledge; 1999. 389 p.
6. Weindling P. Public health in Germany. Porter D. (ed.) *The history of public health and the modern state*. Amsterdam: Rodopi; 1994. P. 119—131.
7. Rosen G. The fate of the concept of medical police, 1780—1890. *Centaurus: an international journal of the history of science and its cultural aspects*. 1957;5(2):97—113.
8. Rosen G. *A History of public health*. Baltimore: The Johns Hopkins university press; 1993. 440 p.
9. Caroll P. E. Medical police and the history of public health. *Medical history*. 2002;46(4):461—494.

Обзорная статья

УДК 610.21+61(09)

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.025

Организация и деятельность пастеровской станции саратовского губернского земства в конце XIX — начале XX веков (к 125-летию организации в Саратове пастеровской станции)

Сергей Вячеславович Генералов^{1✉}, Елена Геннадьевна Абрамова²

^{1,2}Федеральное казенное учреждение науки «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Саратов, Российская Федерация

¹svgeneraloff@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-1461-5383>

²<http://orcid.org/0000-0002-8798-1547>

Аннотация: В обзоре, подготовленном с использованием материалов Государственного архива Саратовской области, описана история создания и деятельности Саратовской пастеровской станции в контексте проведения специфической профилактики бешенства в России и в мире в конце 19 — начале 20 столетий.

Ключевые слова: бешенство, пастеровская станция, антирабическая помощь, профилактические прививки, П. К. Галлер, С. Л. Рашкович, земская медицина.

Для цитирования: Генералов С. В., Абрамова Е. Г. Организация и деятельность пастеровской станции Саратовского губернского земства в конце XIX — начале XX веков (к 125-летию организации в Саратове пастеровской станции) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 147—154. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.025.

Review article

Organization and activities of the Pasteur station of the Saratov provincial zemstvo in the late 19th — early 20th centuries (to the 125th anniversary of the organization of the Pasteur station in Saratov)

Sergei V. Generalov^{1✉}, Elena V. Abramova²

^{1,2}Federal State Institution of Science «Russian Research Anti-Plague Institute «Microbe» of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Saratov, Russian Federation

¹svgeneraloff@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-1461-5383>

²<http://orcid.org/0000-0002-8798-1547>

Annotation. The review, prepared using materials from the State Archives of the Saratov Region, describes the history of the creation and operation of the Saratov Pasteur Station in the context of specific rabies prevention in Russia and in the world in the late 19th — early 20th centuries.

Key words: rabies, Pasteur station, anti-rabies help, preventive vaccinations, P. K. Galler, S. L. Rashkovich, zemstvo medicine.

For citation: Generalov S. V., Abramova E. G. Organization and activities of the Pasteur station of the Saratov provincial zemstvo in the late 19th — early 20th centuries (to the 125th anniversary of the organization of the Pasteur station in Saratov). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):147–154. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.025.

Бешенство (водобоязнь, гидрофобия), как общая болезнь человека и животных, является весьма давней проблемой человечества. Упоминания об этой болезни встречаются в трудах Аристотеля, Плутарха, Авиценны и других мыслителей древности [1], но связь между укусом животного и появлением бешенства у человека долгое время оставалась нераспознанной. Вопрос о передаче яда бешенства через слюну животного был поднят только в конце 18 столетия, тогда же были проведены первые эксперименты по заражению здоровых животных слюной, полученной от больного животного. Способы лечения данной болезни сводились к перевязыванию

ран от укусов раздражающими, поддерживающими нагноение средствами: настойкой кантарид, раствором аммония. Внутрь пациенты употребляли экстракты дурнишника колючего, белладонны, дрока красильного, порошок княгини Вяземской, однако ни одно из применяемых средств не предотвращало развитие болезни [2—4].

Между тем исследования с целью открытия эффективного средства от бешенства не прекращались: изучением механизмов передачи бешенства и созданием первых вакцин занимались во Франции Поль Анри Дюбуэ и Пьер-Виктор Галтье. Однако первые достоверные данные о получении субстан-

ции, позволяющей защитить организм животного от вируса, были получены Луи Пастером и Пьером Эмилем Ру в 1884 году. Для приготовления вакцины от бешенства Луи Пастер использовал высушенный спинной мозг кролика, павшего от введения ему фиксированного вируса бешенства. Для лечения использовали суспензии, приготовленные на основе мозгов различного срока сушки. С ноября 1885 года Луи Пастер начинает официально осуществлять вакцинацию людей от бешенства с одобрения Парижской академии наук. Метод предохранительных прививок вызывает интерес как медицинского сообщества, так и обычных людей. В Париж едут люди со всего мира: врачи за опытом, больные за лечением [5]. В кратчайшие сроки пастеровские станции открываются в Италии, Испании, Венгрии, Румынии, затем в Австрии, Османской империи. Российская Империя также была в числе первых стран, которые после открытия Луи Пастера приступили к открытию собственных пастеровских станций. История появления первых пастеровских станций исследована достаточно подробно [5]. Однако вопросы истории организации и последующей деятельности пастеровских станций в других городах России недостаточно освещены и заслуживают внимания. Настоящий обзор посвящен исследованию организации пастеровской станции в Саратове и ее деятельности до 1917 года.

В России в конце 19 и в начале 20 веков решения по организации медицинских учреждений принимались на собраниях губернских и уездных земств. Соответственно, расходы по содержанию также брали на себя земства и, в некоторых случаях, частные лица. Не был исключением и Саратов.

Жители Саратова и губернии, пострадавшие от укусов бешеными животными, обращались за помощью в Москву или Самару. При этом расходы на лечение, содержание, а также проезд до пастеровской станции оплачивало земство. Известны случаи, когда пациенты уезжали лечиться за собственный счет. Так, газета «Саратовская земская неделя» (номер 17, 1898) сообщает о пострадавшем мещанине Сулове Н. В., которого укусила бешеная собака, принадлежавшая купцу В. Серебрянникову [6]. Н. В. Сулов просил помощи в Балашовской земской управе на проезд в Москву, но получил отказ, поскольку, по мнению членов управы, пострадавший «имеет такие средства, что может поехать за свой счет». Далее в этой заметке сообщается, что Сулов и Серебрянников поехали в Москву за счет последнего.

В журнальных записях заседания тридцать первого очередного губернского собрания упоминается о том, что уездные земства тратили «на посылку укушенных бешеными животными в Самару и Москву» от 100 до 300 рублей в год. Общие расходы на проведение профилактических прививок для саратовских земских учреждений составляли около 3000 рублей в год [7]. Подобные обстоятельства требовали от земства «разработать вопрос об устройстве при Саратовской бактериологической станции



Рис. 1. Постановление об открытии в г. Саратове пастеровской станции (ГАСО, Ф.5., оп.1., ед.хр. 1715, Л.2)

приспособлений для лечения бешенства по способу Пастера».

Вопрос об открытии пастеровской станции в Саратове был обсужден уже на тридцать втором очередном губернском земском собрании 16 декабря 1897 года¹. Несмотря на большое значение данного мероприятия для губернии, редакционная комиссия земского собрания находила, что устройство пастеровской станции требует очень больших трат и не своевременно. Однако даже председатель редакционной комиссии А. О. Немировский придерживался противоположного мнения. В его поддержку высказывался и граф А. Д. Нессельроде. Предварительно этот вопрос был поддержан и Санитарным Советом губернии. Защитники парировали возражения против устройства станции тем, что её содержание обойдется существенно меньше, чем расходы на отправку укушенных бешеными животными для лечения в другие города. Необходимость открытия пастеровской станции в Саратове была обусловлена и ожиданием ее высокой востребованности: ближайшее аналогичное учреждение, расположенное в Самаре, не всегда справлялось с наплывом пациентов. В своем выступлении граф А. Д. Нессельроде упоминал, что ему лично были известны два случая, когда укушенные остались без всякой помощи из-за нехватки материала для прививок². В итоге обсуждения собрание постановило ассигновать 3760 рублей на открытие и содержание станции для оказания прививок укушенным бешеными животными: «на разные предметы, мебель и инструменты — 1000 рублей, на кроликов — 300 рублей, на медикаменты 230 рублей, на освещение и чистоту — 18 рублей, на жалованье врачу, фельдшеру и командировку в институт Пастера — 1752 рубля, на квартиру — 360 рублей, расход на отправку на лечение — 100 рублей». Постановление собрания вступило в силу 14 марта 1898 года³ (рисунк 1).

¹ Государственный архив Саратовской области, Ф.25, Оп. 1, ед.хр.639, Л. 139-140

² Там же



Рис. 2. П. К. Галлер — организатор и первый заведующий пастеровской станцией Саратовского губернского земства.

На заведование станцией за годовое жалованье в размере 600 рублей в год был приглашен ординатор Александровской больницы (ныне Городская клиническая больница № 2 имени В. И. Разумовского), доктор медицины **Петр Карлович Галлер** (рисунки 2), которого губернская управа утвердила в этой должности с 1 апреля 1898 г.⁴ На тот момент П. К. Галлер уже являлся опытным врачом-инфекционистом, принимавшим участие в ликвидации эпидемий холеры и дифтерии в Саратовской губернии в предыдущие годы [8].

Организационные мероприятия по открытию учреждения возглавил гласный земской управы, заведующий благотворительными заведениями, начальник третьего участка Сердобского уезда, отставной поручик Н. В. Мономахов⁵.

Для изучения «метода предохранительных прививок по способу Пастера» и организации работы нового учреждения в апреле 1898 года П. К. Галлер отправляется в Санкт-Петербург, в Институт Экспериментальной медицины (ИЭМ)⁶. В практическом освоении данных вопросов П. К. Галлеру помогают сотрудники ИЭМ В. А. Краюшкин и В. Г. Ушаков. Из Санкт-Петербурга П. К. Галлер отправляет в Саратов Н. В. Мономахову письмо с рекомендациями по поиску необходимого помещения и внесения изменений в смету расходов. Дополнительные расходы касались приобретения термостата, стоимостью в 200 рублей, такого, «в котором могут поместиться, по крайней мере, 14 банок с мозгами»; автоклава (стоимостью 100 рублей), печи Пастера (стоимостью 60 рублей), клеток для содержания кроликов, выполненных из оцинкованного железа. Для сжигания кроликов предполагалось сооружение камина, «в котором в день при помощи каменного угля можно сжечь до 6—7 кроликов»⁷ (рисунки 3). В этом же письме П. К. Галлер высказывает пожелание

³ Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп. 1, ед.хр. 1715, Л.2

⁴ Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп. 1, ед.хр. 1715, Л.1 — 1 об.

⁵ Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп. 2, ед.хр. 1029, Л.50-57

⁶ Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп. 1, ед.хр. 1715, Л.1

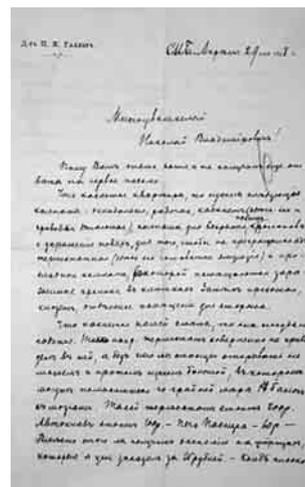


Рис. 3. Страница письма Галлера П. К. Мономахову Н. В. с просьбой о разрешении закупки дополнительного оборудования для пастеровской станции (ГАСО, Ф.5., оп.1., ед.хр. 1715, Л.6).

Н. В. Мономахову отправиться за границу с целью закупки необходимого оборудования.

В мае 1898 года Н. В. Мономахов проводит поиски помещения для будущей станции, а также организует для П. К. Галлера командировку в страны Европы. Маршрут его путешествия, начавшегося в Санкт-Петербурге, будет включать в себя следующие города: Варшаву, Берлин, Париж, Вену, Бухарест, Яссы, Одессу, Киев. Примерно в этот же период, по постановлению Саратовской губернской земской управы от 26 мая 1898 года, Н. В. Мономахов также отправляется в командировку в соседнюю Самару для ознакомления с оборудованием пастеровской станции⁸.

В Европе П. К. Галлер не только покупает необходимое оборудование и инструменты, но и посещает пастеровские станции, перенимает опыт работы с вирусом бешенства у известных специалистов-рабиологов, таких как О. Шайю, Р. Палтауф, Э. Хёдьеш, М. Лепп, В. Бабеш, Э. Пушкариу, П. Н. Дятроптов. Следует отметить, что работа пастеровских станций в то время отличалась как в способе приготовления вакцин, так и в схеме профилактических прививок [9].

В Париже, являвшимся, по словам П. К. Галлера, «Меккой и Каабой для всякого врача, заинтересованного вопросом об антирабических прививках», серию прививок начинали с суспензии, приготовленной на основе мозга 14-дневной сушки, в конце первой серии прививок уже использовали мозг двухдневной сушки. Затем серию прививок повторяли, начиная с мозгов десятидневной сушки. Общий срок лечения составлял около 14 дней. При этом в первые три дня лечения пациентам осуществляли по две или три инъекции. Также от пациентов требовался прием теплой ванны два раза в неделю. Аналогичный способ лечения применяли и

⁷ Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп. 1, ед.хр. 1715, Л.6 — 6 об.а

⁸ Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп. 1, ед.хр. 1715, Л.10

в Вене. Следует отметить, что в этом городе П. К. Галлер впервые сталкивается с клинической картиной больного водобоязнью: пациента привезли на пастеровскую станцию из провинции, но было уже поздно...

Способ введения антирабических прививок, используемый в Санкт-Петербурге, несколько отличался от парижского. Укушенным в первые дни в боковую часть брюшной стенки вводили по 2 мл суспензии, приготовленной из мозга, высушенного в течение шести или пяти дней, к пятому дню использовали мозг четырехдневной сушки. К концу курса лечения, срок которого обычно составлял 18 дней, использовали мозги трехдневной сушки. Следует отметить, что в ИЭМ, в отличие от парижской пастеровской станции, практиковали предварительное вскрытие брюшной и грудной полости кроликов, от которых впоследствии извлекали мозг. В случае обнаружения глист в брюшной полости или коцидий в печени мозг от кролика не использовали.

В Одессе и Киеве пациентам вводили мозговую суспензию в течение 18—25 дней по два или три раза в день в зависимости от тяжести укуса. При этом в начале лечения использовали суспензию на основе мозга, высушенного в течение восьми дней, а в конце — на основе мозга суточной сушки. Особенностью приготовления мозговых суспензий являлось проведение их контроля на стерильность. В ИЭМ и Парижской пастеровской станции ограничивались строгим соблюдением требований асептики.

Особенностью схемы лечения, практиковавшейся в Варшавской пастеровской станции, являлось введение пациентам мозговой суспензии два или три раза в день, курс лечения в среднем составлял 11 суток. При этом имел место достаточно резкий переход от использования мозгов с длительным сроком сушки к использованию мозгов (шесть или восемь суток), высушенных в течение непродолжительного времени (одни или двое суток). Более того, на станции приготавливали только материал для вакцинации, прививки осуществляли на дому у пациентов.

Пастеровские станции, существовавшие в Будапеште, Бухаресте и Яссах, отличались новаторским подходом к лечению. В своем отчете П. К. Галлер отмечал: «Впечатления... очень сильны. Работа здесь кипит, люди не довольствуются существующим шаблоном, они стараются открыть причину неудач пастеровского способа и найти средство избежать их. Сложившиеся у них убеждения может быть и не совсем правильны, возможно, что они, увлеченные страстным желанием добиться успеха, даже преувеличивают значение полученных ими результатов или освещают их односторонне, но не может быть сомнения в том, что они по мере сил трудятся и притом чрезвычайно интенсивно» [9].

Метод изготовления вакцин, используемый в Будапештской пастеровской станции, был основан на использовании свежих, а не высушенных мозгов, которые ослабляются путем многократных разведений. Преимущество подобного подхода объясня-



Рис. 4. Здание, в котором размещалась пастеровская станция Саратовского губернского земства с 1898 по 1904 год (по материалам сайта www.oldsaratov.ru)

лось тем, что срок сушки мозга кролика зависит от массы кроликов, более того, высыхание мозгов из-за различной их толщины происходит неравномерно. Схема лечения заключалась во введении пациентам 6 инъекций в день: утром осуществляли первую пару инъекций, через час — вторую пару, третью пару — вечером. Курс лечения составлял от 14 до 25 дней в зависимости от тяжести укуса.

В Бухаресте и Яссах способ изготовления антирабических вакцин состоял в комбинации пастеровского способа с ослаблением вируса путем нагревания. Из свежего головного мозга кролика, павшего от бешенства, приготавливали суспензию, которую быстро нагревали до 75 °С в течение 10 минут, а затем фильтровали. Фильтрат использовали для приготовления суспензии из высушенных мозгов. При приготовлении материала для второй серии прививок взвесь головного мозга нагревали до 55—60 °С, для третьей — до 45—50 °С. В тяжелых случаях (при волчьих укусах, а также при обращении больного через неделю после укуса) практиковалось применение антирабической сыворотки, полученной от животных. При этом в день прибытия пациенту вводили от 10 до 60 мл антирабической сыворотки, и только на следующий день начинали лечение. Курс лечения составлял от 18 до 30 дней, введение инъекций осуществляли от 1 до 4 раз в день.

Возвращение П. К. Галлера из командировки состоялось в середине июня 1898 г., после поставки необходимого оборудования и набора персонала во второй половине июля П. К. Галлер, обобщив накопленный опыт, приступает к работам. Для приготовления вакцин он предпочитает методы приготовления мозговых взвесей, разработанные Луи Пастером, при этом предполагает, что альтернативные методы, используемые в Будапеште и Бухаресте, также имеют право на существование. Для работы П. К. Галлер использует образцы фиксированного вируса бешенства, полученные из Парижа (706 пассаж) и Санкт-Петербурга (590 и 591 пассаж). Пассирование вируса выполняли на кроликах весом около 1,5 кг, которые заболевали на пятые сутки и падали на восьмой день. Момент заболевания кроликов устанавливали по повышению температуры тела до

40 °С, измерение которой осуществляли два раза в день [10].

К 3 августа 1898 года Саратовская пастеровская станция была обеспечена полной серией мозгов до восьмидневной сушки включительно и фактически с этого времени начала свою работу. Станция размещалась на нижнем этаже доходного дома Анны Куницыной (здание не сохранилось), располагавшегося на углу Вольской и Аничковской (современное название — Рабочая) улиц (рисунк 4). Высота комнат составляла около 2,5 м. В здании были расположены следующие комнаты: комната для ожидания, которая также служила перевязочной; кабинет врача, который также служил прививочной; комната для работы с кроликами; комната для хранения мозгов и приготовления эмульсий. Работы по приготовлению растворов, стерилизации посуды, измерение температуры кроликов осуществлялись в комнате для ожидания. Некоторые помещения, которые бы, по мнению П. К. Галлера, могли бы улучшить работу станции, отсутствовали. К ним относились помещения для содержания подозреваемых на бешенство животных, дезинфекционные камеры, а также завод для производства кроликов [10].

Штат пастеровской станции первоначально состоял из врача (заведующего станцией), фельдшера и двух служителей. Со второго года также учреждена должность помощника заведующего, которым стал Соломон Леонович Рашкович, сверхштатный ординатор Саратовской Александровской больницы, выпускник Харьковского университета. Впоследствии, с 1902 по 1919 годы он являлся заведующим Пастеровской станцией. Жалованье заведующего составляло 125 рублей за месяц работы, заместителя заведующего — 40 рублей, для фельдшера и служителей — соответственно 35 и 7 рублей при готовой квартире⁹.

Первоначальная схема прививок, принятая на станции и действовавшая до апреля 1899 года, заключалась в выполнении серий прививок: первую серию прививок начинали с мозга 8-дневной сушки, при этом в первые три дня, по примеру парижской станции, инъекции выполняли по два раза в день, последующие серии прививок выполняли мозгами шестидневной сушки, а заканчивали двухдневной. С апреля 1899 г. для первой серии прививок использовали мозги шестидневной сушки, а для последующих серий — пятидневной. Обычно пациенты получали три серии прививок, в тяжелых случаях, а также при волчьих укусах, — не менее шести серий по две прививки в день.

С момента начала работы станции и до 31 декабря 1899 года за антирабической помощью обратились 236 человек, при этом за этот же период зарегистрировано 7 летальных случаев, из которых 5 человек пострадали от укусов волками [10].

В первые месяцы работы станции пациентов размещали в Александровской больнице, однако выяснилось, что пациенты пастеровской станции не мог-

ли подчиняться больничному режиму. Они производили беспорядок, беспокоили больных, а главное, лишали возможности нуждающихся в стационарном лечении попадать в больницу. По этой причине людей, укушенных животными, стали размещать на съемных квартирах и постоянных дворах, однако эта мера оказалась крайне неудовлетворительной: осенние сырость, грязь и холод часто вели к простудным инфекциям, что негативно сказывалось на лечении. С января 1899 при станции для неимущих появляется приют на 10 коек, при котором пациенты также могли получать пищу из запасов Александровской больницы [10]. В день больному на Пастеровской станции полагалось: «2 фунта хлеба ржаного, 1 3/4 фунта хлеба белого (2 сорт), 1/2 фунта мяса, 4 1/2 золотника сахара, 1/8 золотника чаю»¹⁰. Приют часто был переполнен: в отдельные дни количество пациентов с провожатыми достигало 37 человек, что негативно отражалось на санитарно-гигиенических условиях содержания пациентов, возникала опасность появления на станции очагов других инфекционных болезней¹¹.

Число обращений в пастеровскую станцию увеличивалось практически с каждым годом: так, в 1900 г. антирабическую помощь получило 268 человек, в 1901 г. — 349 чел., 1905 году антирабическую помощь получило 594 чел., в 1908 году — 993 чел., в 1916 г. — 2021 чел. [11].

Сотрудникам станции приходилось выполнять титаническую работу. К 1906 году число больных могло достигать до 40 человек в день, а единственной на тот момент фельдшернице приходилось нести дежурства бессменно. Необходимо отметить, что ставку помощника фельдшера земство откроет лишь к 1908 году [12, 13].

Увеличению числа пациентов способствовал и переезд станции в 1904 г. в новое помещение, один из корпусов Александровской больницы (ныне *Саратовская городская клиническая больница № 2 им. В. И. Разумовского*), освободившийся при переезде женского психиатрического отделения в новые корпуса больницы для душевнобольных [14]. С этого времени при станции появляется и приют, рассчитанный на 25 человек.

Улучшение условий содержания пациентов благоприятно отразилось на лечении пациентов: если с 1898 по 1900 гг. процент летальности составлял от 1,5 до 1,7%, то в период с 1903 по 1908 гг. данный показатель находился в пределах от 0,1 до 0,4%. Заболевшие гидрофобией направлялись в психиатрическую лечебницу [10, 14].

Район деятельности станции выходил за пределы Саратовской губернии. За помощью обращались и из соседней Самарской губернии, где также действовала пастеровская станция, а также из Астраханской, Тамбовской, Пензенской, Орловской, Рязанской, Смоленской, Нижегородской, Симбир-

⁹ Государственный архив Саратовской области Ф.5, Оп.1, ед.хр.2220, Л. 201-206.

¹⁰ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 3106, Л. 135

¹¹ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 2031, Л. 201

ской, Херсонской, Уральской, Закаспийской губерний и областей [14].

Расходы земства на содержание в среднем составляли около 6000 рублей в год¹², однако с каждым годом имели тенденцию к увеличению [12, 13, 15, 16].

Повышению стоимости содержания станции способствовали увеличение числа пациентов и связанные с ним расходы на питание, а также расходы на закупку и содержание животных. С момента открытия станции земство практиковало закупку кроликов, необходимых для изготовления вакцины, у частных лиц единичными экземплярами или партиями по цене от 20 до 30 копеек за одну штуку [10]. К 1912 году стоимость кроликов достигала 1 рубля, а общий расход на их закупку и содержание составлял от 700 до 800 рублей в год. Помещение для содержания животных было довольно тесное, а поскольку кролики очень восприимчивы к эпизоотическим формам заболеваний, среди них неоднократно возникал значительный падеж, а количество кроликов, закупаемых для станции, втрое превышало количество необходимого. Подобную проблему могло бы решить открытие собственного кроличьего завода, о котором неоднократно просили заведующие станцией, но, по мнению членов управы, затраты на его содержание значительно бы превысили расходы на приобретение животных. Ситуация была решена путем заключения долгосрочного договора с частным лицом г. Стахуржевским о поставке необходимого количества здоровых кроликов небольшими партиями по 10 голов¹³.

Стоимость курса лечения составляла 5 рублей¹⁴, как и во многих других пастеровских станциях Российской Империи [5, 9, 17, 18]. В тоже время на некоторых станциях, например, в Самаре и Варшаве, прививки местному населению делали бесплатно [9, 18].

Единственной льготой, предполагавшейся для всех пациентов пастеровских станций, являлось право проезда к месту лечения железнодорожным транспортом по стоимости билета 4 класса в вагоне 3 класса¹⁵. Правила проезда укушенных бешеными животными предполагали обязательное уведомление заведующего железнодорожной станцией о предстоящей поездке не менее, чем за 48 часов до отправления [19]. Безусловно, подобное положение являлось опасным для пациента, поскольку профилактические меры должны приниматься безотлагательно. Земство Саратовской губернии неоднократно ходатайствовало перед правительством об отмене этих правил^{16, 17}, действие которых было прекращено в 1903 году [19].

Отдельно оплачивалось содержание в приюте при станции, стоимость которого составляла 25 копеек за сутки. Пациенты могли снимать и другое жилье, стоимость которого составляла до 50—60 копеек, а иногда и до 1 рубля за сутки¹⁸. Дополнительно приходилось оплачивать место проживания сопровождающего, если таковой находился с пациентом. Лечение в зависимости от степени и места укуса продолжалось от 14 до 25 дней [10, 14]. Таким образом, общие расходы на лечение могли составлять более 10 рублей, что являлось достаточно большой суммой, особенно для крестьян и городской бедноты, составляющих основную часть нуждающихся в лечении. Подобные обстоятельства в сочетании с непониманием необходимости полного курса прививок вынуждали людей получать одну или две инъекции в надежде, что этого будет достаточно. После чего они обращались в земство с просьбой о сложении с них больничных недоимок¹⁹. В 1909 году на заседании собрания земский гласный от Аткарского уезда Н. В. Гардер предложил земству взять на себя расходы по оказанию антирабической помощи в отношении малоимущего населения. По его словам, водобоязнь является «громдным несчастьем» и «великим бедствием, что его нельзя ставить с остальными случаями»²⁰. Такое предложение вызывало поддержку и со стороны других гласных, например, графа А. А. Уварова В его заявлении были и такие слова: «От того, что знают, что будут за прививки взысканы деньги, некоторые не возят больных в Саратов! Это вещь невозможная. Надо, чтобы этого не было больше, если бы нам станция обошлась даже дороже, чем мы думаем. А на этом блестящего финансового положения не поправить... Я удивляюсь, как это мы раньше не додумались до этого и не возбудили такого вопроса. Больные водобоязнь будут чаще обращаться и дай Бог, чтобы чаще!»²¹. Несмотря на некоторые свои неточности (больного бешенством нельзя вылечить, заболевание можно только предотвратить с помощью профилактических прививок) подобное заявление актуально и в нынешнее время.

Однако, несмотря на общее одобрение членов собрания, губернская управа оказалась не готова нести подобные расходы, в том числе потому, что на станцию часто приезжали люди из других губерний. Позднее для жителей губернии губернское земство станет компенсировать проезд до места лечения, включая полную стоимость железнодорожного билета и услуги извозчика от вокзала до станции в размере 50 копеек, а также содержание больных и провожатых в пути в размере 25 копеек в сутки. Оплата коечного лечения и продовольственного содержа-

¹² Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп.1, ед. хр. 3503, Л. 11

¹³ Государственный архив Саратовской области, Ф. 5, Оп.1, ед. хр. 3022, Л. 357-359

¹⁴ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 1715, Л. 20-20 об.

¹⁵ Там же

¹⁶ Государственный архив Саратовской области, Ф.25, Оп.1, ед.хр. 1757, Л. 1.

¹⁷ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 1959, Л. 31 об.

¹⁸ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 2031, Л. 188

¹⁹ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 2667, Л. 8

²⁰ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 2667, Л. 9 об.

²¹ Государственный архив Саратовской области, Ф.5, Оп.1, ед.хр. 2667, Л. 10.

ния в приюте оставалась на усмотрение уездных земств [16].

По роду своей деятельности Саратовская пастеровская станция, в отличие от подобных учреждений, созданных в других городах, оставалась преимущественно практическим медицинским учреждением: сотрудники станции выполняли работу по приготовлению антирабической вакцины и выполнению прививок. Однако сотрудники пастеровской станции применяли научный подход к своей деятельности и постоянно совершенствовали методы лечения и организацию работы.

В 1908 году С. Л. Рашкович, будучи в то время заведующим станцией, высказывал необходимость «вменить в обязанность ветеринарным врачам, чтобы они, по вскрытии животных, подозреваемых в заболевании бешенством, отправляли бы мозг в стерилизованном глицерине на Пастеровскую станцию». Более того, С. Л. Рашкович предполагал внедрить в использование нового на тот момент метода обнаружения теляц Негри для постановки диагноза бешенства, указывал на необходимость надзора за привитыми по месту их жительства в течение 6 месяцев после прививки, а также проведения санитарно-просветительных бесед с населением о бешенстве [14].

Следует отметить, что первоначально П. К. Галлер высказывал идею об открытии в г. Саратове бактериологического института, при котором бы существовали пастеровская станция, отделения для производства антидифтерийных сывороток, а также лаборатории для проведения бактериологических и химических исследований. По его мнению, такой подход способствовал бы удешевлению эксплуатации подобных учреждений [7,13]. В 1902 году при Саратовском санитарном обществе предполагалась организация филиала ИЭМ, в ведение которого должна была перейти и пастеровская станция с целью не только выполнения антирабических прививок, но и проведения научных исследований. Однако губернское земство, не желая терять контроль за деятельностью пастеровской станции, отклонило подобное предложение [15].

Замысел П. К. Галлера осуществится только в 1918 году: для борьбы с эпидемиями, вызванными возбудителями особо опасных инфекций, советское правительство учредит в Саратове научно-исследовательский институт «Микроб» [20]. В настоящее время институт, будучи единственным производителем в России одного из средств для постэкспозиционной профилактики бешенства — антирабического иммуноглобулина, продолжает дело по защите людей от страшной неизлечимой инфекции, вызываемой вирусом бешенства.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Baer G. M. The natural history of rabies. New York: Academic Press; 1975. 454 p.
2. Самойлович Д. Нынешний способ лечения с наставлением как можно простому народу лечиться от угрызения бешеной собаки и от уязвления змеи с показанием на таблице гридиропальными фигурами, чем, когда и как змея уязвляет, где яд у нее

- бывает и проч. М.: Университетская типография Н. Новикова; 1780. 117 с.
3. Мухин Е. О. Краткое наставление врачевать от укушения бешенных животных. М.: 1831. 43 с.
 4. Марокетти, Г. Практический и теоретический трактат о водобоязни. Санкт-Петербург: Тип. Министерства внутр. дел, 1840. 212 с.
 5. Шерстнева Е. В. Первые пастеровские станции в России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(2):56—59.
 6. Саратовская земская неделя. 1898. 17: 142.
 7. Журналы Саратовского XXXI очередного губернского земского собрания. Саратов: Типография Губернского Земства; 1897. С. 140
 8. Миронов В. Г., Широкова В. В. Профессор П. К. Галлер. Неизвестные страницы жизни и деятельности. Культура и самознание русских и немцев в Поволжье. Вып.2, Саратов: Слово; 1994 С. 96—102.
 9. Галлер П. К. Отчет по командировке в С.-Петербург и за границу для изучения предохранительных прививок против бешенства по способу Пастера. Саратовская земская неделя. 1898. 31—32.
 10. Галлер П. К. Отчет по Пастеровской станции Саратовского губернского земства с 3 августа 1898 г. по 31 декабря 1899 г. Саратов, 1900. 15 с.
 11. Чекановский А. В. 25-летие Саратовской Пастеровской станции. *Вестник микробиологии и эпидемиологии*. 1924;3(3): 186—190.
 12. Журналы Саратовского 40-го очередного губернского земского собрания сессии 1905 года. Саратов: Тип. Губ. Земства; 1906. С. 183.
 13. Журналы Саратовского 42-го очередного губернского земского собрания сессии 8—25 января 1908 года. Саратов: Тип. Губ. Земства; 1908. С. 47—48.
 14. Рашкович С. Л. Десятилетняя деятельность Пастеровской станции Саратовского губернского земства за время с 3 августа 1898 г. по 3 августа 1908 г.: докл. 9 Губ. съезду врачей и председателей земских управ Саратовской губернии. Саратов: Тип. Губ. земства; 1908. 18 с.
 15. Журналы Саратовского 37-го очередного губернского земского собрания. Саратов: Тип. Губ. Земства; 1903. С. 140.
 16. Журналы Саратовского 48-го очередного губернского земского собрания 15—28 января 1914 г. Саратов: Тип. Губ. Земства. 1915; С. 223—227.
 17. Ефременко А. А. Организация пастеровской станции в Москве. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 1955;(9):99—102.
 18. Ефременко А. А., Левтова К. З. Об открытии Самарской пастеровской станции. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 1960;(5):83—85.
 19. Правительствонные распоряжения. *Врачебно-санитарная хроника Саратовской губернии*. 1903;(12):763—765.
 20. Попова А. Ю., Кутырев В. В.: редакторы. Подвиг во имя жизни. 125 лет противочумным учреждениям России и стран СНГ. Калининград: ПА Полиграфичъ; 2022. 544 с.

REFERENCES

1. Baer G. M. The natural history of rabies. New York: Academic Press. 1975. 454 p.
2. Samoylovich D. The current method of treatment with instruction as possible for ordinary people to be treated for the bite of a rabid dog and for the wounding of a snake with an indication on the table with gridironal figures, what, when and how the snake bites, where it has poison, and so on [Nyneshnij sposob lechenija s nastavleniem kak možhno prostomu narodu lechit'sja ot ugryzenija beshenoj sobaki i ot ujazvlenija zmei s pokazaniem na tablice gridiropal'nymi figurami, chem, kogda i kak zmeja ujazvljaet, gde jad u nee byvaet i proch.]. M.: University printing house N. Novikov; 1780. 117 p. (in Russian).
3. Mukhin E. O. A brief instruction to heal from the bite of rabid animals [Kratkoe nastavlenie vrachevat' ot ukushenija beshenyh zhivotnyh]. M., 1831. 43 p. (in Russian).
4. Marochetti, G. Practical and theoretical treatise on rabies [Prakticheskij i teoreticheskij traktat o vodobojazni] — St. Petersburg: Printing house of the Interior Ministry; 1840. 212 p. (in Russian).
5. Sherstneva E. V. The first Pasteur stations in Russia. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. [Problemy social'noy gigijeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]. 2012;(2):56—59 (in Russian).

6. Saratov zemstvo week [Saratovskaja zemskaja nedelja]. 1898, 17: 142 (in Russian).
7. Journals of the Saratov XXXI regular provincial zemstvo assembly [Zhurnaly Saratovskogo XXXI ocherednogo gubernskogo zemskogo sobranija]. Saratov: Provincial Zemstvo Printing House; 1897. P. 140 (in Russian).
8. Mironov V. G., Shirokova V. V. Professor P. K. Haller. Unknown pages of life and activity [Professor P. K. Galler. Neizvestnye stranicy zhizni i dejatel'nosti] // Culture and self-consciousness of Russians and Germans in the Volga region. Issue 2, Saratov: Word; 1994. P. 96—102 (in Russian).
9. Galler P. K. Report on a business trip to St. Petersburg and abroad to study protective vaccinations against rabies according to the Pasteur method [Otchet po komandirovke v S.-Peterburg i za granicu dlja izuchenija predohranitel'nyh privivok protiv beshenstva po sposobu Pastera]. Saratov Zemstvo Week. 1898. 31—32. (in Russian).
10. Galler P. K. Report on the Pasteur Station of the Saratov Provincial Zemstvo from August 3, 1898 to December 31, 1899 [Otchet po Pasterovskoj stancii Saratovskogo gubernskogo zemstva s 3 avgusta 1898 g. po 31 dekabrja 1899 g.]. Saratov, 1900. 15 p. (in Russian).
11. Chekanovsky A. V. 25th anniversary of the Saratov Pasteur Station. *Bulletin of Microbiology and Epidemiology*. [Vestnik mikrobiologii i epidemiologii]. 1924;3(3):186—190 (in Russian).
12. Journals of the Saratov 40th ordinary provincial zemstvo meeting of the session of 1905 [Zhurnaly Saratovskogo 40-go ocherednogo gubernskogo zemskogo sobranija sessii 1905 goda]. Saratov: Print. house of the Provincial Zemstvo; 1906. P. 183. (in Russian).
13. Journals of the Saratov 42nd ordinary provincial zemstvo meeting of the session January 8—25, 1908 [Zhurnaly Saratovskogo 42-go ocherednogo gubernskogo zemskogo sobranija sessii 8—25 janvarja 1908 goda]. Saratov: Provincial Zemstvo Printing House; 1908. P. 47—48. (in Russian).
14. Rashkovich S. L. Ten-year activity of the Pasteur station of the Saratov provincial zemstvo during the period from August 3, 1898 to August 3, 1908: reports of 9th provincial congress of doctors and chairmen of zemstvo councils of the Saratov province [Desjatiletnjaja dejatel'nost' Pasterovskoj stancii Saratovskogo gubernskogo zemstva za vremja s 3 avgusta 1898 g. po 3 avgusta 1908 g.]. Saratov: Provincial Zemstvo Printing House; 1908. 18 p. (in Russian).
15. Journals of the Saratov 37th ordinary provincial zemstvo assembly [Zhurnaly Saratovskogo 37-go ocherednogo gubernskogo zemskogo sobranija]. Saratov: Provincial Zemstvo Printing House; 1903. P. 140. (in Russian).
16. Journals of the Saratov 48th Regular Provincial Zemstvo Assembly January 15—28, 1914 [Zhurnaly Saratovskogo 48-go ocherednogo gubernskogo zemskogo sobranija 15—28 janvarja 1914 g]. Saratov: Provincial Zemstvo Printing House. 1915. P. 223—227 (in Russian).
17. Efremenko A. A. Organization of the Pasteur Station in Moscow. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*. [Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii]. 1955;(9):99—102 (in Russian).
18. Efremenko A. A., Levtova K. Z. On the opening of the Samara Pasteur Station. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*. [Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii]. 1960;(5):83—85 (in Russian).
19. Government orders. *Medical and sanitary chronicle of the Saratov province*. [Vrachebno-sanitarnaya khronika Saratovskoy gubernii]. 1903;(12):763—765 (in Russian).
20. Popova A. Yu., Kutjrev V. V.: editors. A feat in the name of life. 125 years of anti-plague institutions in Russia and CIS countries [Podvig vo imja zhizni. 125 let protivochumnym uchrezhdenijam Rossii i stran SNG]. Kaliningrad: RA Poligrafych; 2022. 544 p. (in Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 29.05.2023; одобрена после рецензирования 25.07.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 29.05.2023; approved after reviewing 25.07.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.026

Научная школа профессора Алексея Ивановича Дойникова

Константин Анатольевич Пашков¹, Инара Эльмановна Нагиева²✉

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

^{1,2}ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

¹historymed@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

²Modernovita@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5746-2415>

Аннотация. В статье приведены краткие биографические данные и основные направления исследовательской работы ученых, выполнивших диссертационные исследования под руководством заведующего кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии Московского медицинского стоматологического института профессора Алексея Ивановича Дойникова. По мнению авторов, представителями научной клинической школы А. М. Дойникова следует считать Б. П. Маркова (Москва), Э. С. Каливрадзияна (Воронеж), В. В. Парилова (Красноярск), С. Е. Жолудева (Свердловск), В. М. Зотова (Самара) — эти профессора, работая в разных городах России, продолжили и творчески развили начатые им научные исследования в области ортопедической стоматологии.

Ключевые слова: история медицины, А. И. Дойников, научные клинические школы, ортопедическая стоматология.

Для цитирования: Пашков К. А., Нагиева И. Э. Научная школа профессора Алексея Ивановича Дойникова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 155—158. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.026.

Original article

Scientific School of Prof. Alexey Ivanovich Doinikov

Konstantin A. Pashkov¹, Inara E. Nagieva²✉

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

^{1,2}Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation.

¹historymed@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9155-4006>

²Modernovita@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5746-2415>

Annotation. The article presents brief biographical data and the main directions of research work of scientists who performed their dissertation research under the guidance of Professor Alexey Ivanovich Doinikov, Head of the Department of Propaedeutics of Orthopaedic Dentistry at the Moscow Medical Dental Institute. According to the authors, representatives of the scientific clinical school of A. M. Doinikov should be considered B. P. Markov (Moscow), E. S. Kalivrajiyan (Voronezh), V. V. Parilov (Krasnoyarsk), S. E. Zholudev (Sverdlovsk), V. M. Zotov (Samara) — these professors, working in different cities of Russia, continued and creatively developed the scientific research in the field of orthopedic dentistry initiated by him.

Key words: history of medicine, A. I. Doinikov, scientific clinical schools, orthopedic dentistry.

For citation: Pashkov K. A., Nagieva I. E. Scientific School of Prof. Alexey Ivanovich Doinikov. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):155–158. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.026.

Профессор Алексей Иванович Дойников — признанный корифей российской стоматологии, Заслуженный деятель науки РФ, академик Российской академии медико-технических наук — счастливо сочетал в себе качества высокопрофессионального врача, талантливого преподавателя и увлеченного исследователя. Основные направления его научной деятельности были связаны с вопросами протезирования пациентов при полном отсутствии зубов и несъемного протезирования, особенностями ортопедического лечения пациентов с сопутствующей патологией, непереносимостью протезов и аллергическими реакциями на используемые в ортопедии ма-

териалы, клиническим материаловедением, а также с вопросами организации и улучшения качества стоматологической ортопедической помощи населению. Рассказывая о развитии созданной им кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии ММСИ, которой он заведовал с 1962 по 1989 год, А. И. Дойников говорил: «Постепенно на кафедре стали работать, учиться, делать диссертации (в том числе и докторские) многие доктора, приехавшие в Москву из разных городов и стран — Пеева-Танчева (Болгария), Ене Лучиан (Румыния), Эль Нофели (Египет), У. Тей Саун (Бирма), Павленко А. (Киев), Желудев С. (Екатеринбург), Каливрадзиян (Воро-

неж), Мирзоян (Ереван), Париллов (Красноярск) и др. Сейчас все они заведуют кафедрами. А всего на кафедре выполнено и защищено более 60 кандидатских диссертаций».

Безусловно всех тех, кому выпало счастье работать с замечательным доктором и ярким ученым А. И. Дойниковым, можно считать его учениками, однако, для того чтобы говорить о научной клинической школе нужен более строгий методологический подход¹. Бородулин В. И. и Глянцев С. П. (2017) определяют научную клиническую школу как творческий врачебный коллектив, отвечающий следующим критериям:

- яркая личность учителя, создавшего школу — известного клинициста, преподавателя, автора оригинальных научных исследований (Учитель);
- наличие среди сотрудников учеников, способных выйти за рамки заданных учителем положений и самостоятельно развивать его взгляды, сохраняя при этом общность научных взглядов и основную тематику научных исследований, учитывая признание факта принадлежности к школе самими учителем и учеником (Ученик);
- наличие созданной основателем школы научно-исследовательской программы, включающей новые направления исследований, концептуальные или методические подходы (Учение);
- многолетняя совместная лечебная и исследовательская деятельность учителя и учеников как условие формирования единого врачебного и научного стиля представителей клинической школы [1].

Одним из наиболее ярких представителей научной клинической школы А. И. Дойникова стал, по нашему мнению, заслуженный деятель науки Российской Федерации (2002) профессор Борис Павлович Марков. Вся его профессиональная деятельность была связана с кафедрой пропедевтики ортопедической стоматологии Московского медицинского стоматологического института — здесь под руководством А. И. Дойникова он проходил ординатуру (1961—1963), был аспирантом (с 1963 года), ассистентом (с 1964), доцентом (с 1973 года), а затем сменил Алексея Ивановича на должности заведующего кафедрой (1989—2004 годы). Здесь в 1968 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Пути повышения функциональной эффективности протезов при ортопедическом лечении больных с полным отсутствием зубов», в 1989 году — докторскую диссертацию на тему «Клинико-экспериментальное обоснование применения имплантатов и постоянных магнитов при ортопедическом лечении больных с полной утратой зубов».

Став заведующим кафедрой, Борис Павлович продолжал разрабатывать традиционные для шко-

лы А. И. Дойникова научные темы: совершенствование ортопедического лечения пациентов с полной утратой зубов, создание и внедрение в клиническую практику новых технологий и материалов для использования в ортопедической стоматологии, в том числе использование магнитов и энергии СВЧ. Он автор более чем 200 печатных трудов и 10 изобретений (матрицы для изготовления зубных протезов, различных устройств для фиксации зубных протезов и др.). Под его руководством на кафедре были защищены докторские диссертации, в которых исследовалось влияние разнородных металлов на состояние костной ткани (Я. И. Изабакаров, 1994), изучалось повышенное истирание твердых тканей зубов (А. Г. Молдованов, 1997). Кандидатские диссертации, защищенные под руководством Б. П. Маркова, были посвящены новым технологиям в стоматологии, в том числе при съемном протезировании (разработка и обоснование применения эластичной пластмассы для двухслойных базисов съемных протезов, дезинфекции слепков методом плазменной обработки и др.), протезированию при сопутствующей патологии (сахарный диабет, остеопороз), изучению влияния вредных производств на состояние органов полости рта рабочих и особенности ортопедического лечения у таких пациентов (влияние кадмия и цинка, хлорного производства, стекловолоконного производства), а также вопросам организации стоматологической помощи, улучшению процесса преподавания, аллергии и непереносимости протезов.

Алексей Иванович Дойников был также руководителем и консультантом диссертационных работ профессора Эдварда Саркисовича Каливграджяна (1951—1920), защитившего в 1986 году кандидатскую диссертацию «Возможности снижения атрофических процессов альвеолярных отростков беззубых челюстей при ортопедическом лечении», а в 1993 году — докторскую диссертацию «Моделирование и алгоритмизация автоматизированных процессов диагностики и восстановления функции зубочелюстной системы». Выпускник стоматологического факультета Воронежской государственной медицинской академии имени Н. Н. Бурденко (1973), Эдвард Саркисович прошел на кафедре ортопедической стоматологии академии путь от ассистента (с 1985 года) до заведующего кафедрой (с 1993 года). Основными направлениями его научной деятельности стали разработка методов повышения эффективности ортопедических конструкций при полном отсутствии зубов и способов лечения при обширных дефектах зубных рядов, разработка и внедрение в практику материалов для ортопедической стоматологии и зубопротезной техники. Эдвард Саркисович — автор более 350 публикаций и 3 монографий, соавтор учебника «Ортопедическая стоматология» (2012), вместе с другими учениками А. И. Дойникова — Б. П. Марковым и С. Е. Жолудевым — участвовал в издании «Руководства по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов»; он автор более 40 изобретений и руководитель более 50 кандидатских и 7 докторских дис-

¹ Профессор Дойников: «Все для блага людей!» Интервью Профессора А. И. Дойникова журналу «Стоматология для всех» 2001 год. <https://www.dentoday.ru/products/01800.php>

сертаций. Стоматологической ассоциацией России профессор Э. С. Каливраджиян был удостоен Орден I и II степени за заслуги перед стоматологией, а в 2007 г. ему было присвоено звание «Учитель года» [2].

Еще один представитель научной клинической школы А. И. Дойникова, профессор Виктор Васильевич Парилов родился в 1957 году в Железногорске-Илимском (Иркутская область); окончил Иркутский государственный медицинский институт в 1979 году; прошел аспирантуру в Московском медицинском стоматологическом институте; в 1986 году защитил кандидатскую диссертацию «Пути повышения эффективности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов методом совершенствования стабилизации протезов». Вернувшись в Красноярск, работал ассистентом на кафедре ортопедической стоматологии Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. В 1988 году выполнил под руководством А. И. Дойникова и успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Биометрическое и математическое обоснование ортопедического лечения больных после полной утраты зубов с применением индивидуального конструирования зубных рядов в полных съемных протезах», в 33 года став самым молодым в СССР доктором медицинских наук по стоматологии. С 1992 по 2005 Виктор Васильевич Парилов заведовал кафедрой ортопедической стоматологии Красноярского государственного медицинского университета [3,4].

А. И. Дойников был руководителем диссертационных исследований профессора Сергея Егоровича Жолудева. Уроженец Первоуральска (Свердловская область), С. Е. Жолудев в 1983 году окончил стоматологический факультет Свердловского государственного медицинского института; в том же году был зачислен в ординатуру на кафедру ортопедической стоматологии; с 1985 года работал ассистентом, с 1993 года заведовал кафедрой. Под руководством профессора А. И. Дойникова он выполнил и в 1990 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Применение металлизированных базисов съемных пластиночных протезов при явлениях непереносимости акрилатов»; в 1998-м — докторскую диссертацию на тему «Клиника, диагностика, лечение и профилактика явлений непереносимости акриловых зубных протезов». Основные направления его научной деятельности включают традиционные для школы Дойникова направления — адаптацию организма пациента к конструкционным материалам и клиническое материаловедение; он — автор монографии «Адгезивные средства в ортопедической стоматологии» (2007), соавтор учебника «Ортопедическая стоматология» (издан дважды, в 2011, 2012) и «Руководства по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов» (издано трижды, в 2005, 2007 и 2011 годах), 200 печатных работ, руководитель около 20 кандидатских и докторских диссертаций [5,6].

К представителям научной клинической школы А. И. Дойникова следует отнести и профессора Валентина Михайловича Зотова. Он родился в 1942 году в Смоленской области; по окончании ММСИ в 1969 году работал врачом-стоматологом в центральной городской больнице Куйбышева; в 1970—1976 годах — ординатор клиники хирургической стоматологии Куйбышевского медицинского института им Д. И. Ульянова. В 1979 г в Москве защитил кандидатскую диссертацию на тему «Лечение переломов и реплантация мышечковых отростков нижней челюсти». С 1984 года — доцент кафедры ортопедической стоматологии Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова, с 1986 г. по 2002 г. — заведующий кафедрой ортопедической стоматологии Самарского государственного медицинского университета. Под руководством Д. И. Дойникова выполнил и в 1997 году защитил докторскую диссертацию «Современные методы лечения и реабилитации больных с множественной и сочетанной травмой челюстно-лицевой области; звание профессора получил в 2001 году. Основным научным направлением кафедры было ортопедическое лечение повреждений костей лица ортопедическими методами. Валентин Михайлович Зотов — автор более 150 научных работ, 17 методических рекомендаций и учебных пособий, 25 изобретений и патентов РФ, 70 рационализаторских предложений [7].

В доступной литературе нам не удалось найти сведения о зарубежных докторантах, которых упоминал в своих воспоминаниях А. И. Дойников. Таким образом, по нашему мнению, представителями научной клинической школы Алексея Михайловича Дойникова, следует считать Б. П. Маркова (Москва), Э. С. Каливраджияна (Воронеж), В. В. Парилова (Красноярск), С. Е. Жолудева (Свердловск), В. М. Зотова (Самара) — эти ученики А. И. Дойникова, работая в разных городах России, продолжали и творчески развивали начатые им научные исследования в области ортопедической стоматологии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бородулин В. И., Глянцев С. П. К истории научных клинических школ в России: о некоторых спорных вопросах методологии исследования проблемы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(4):240—245.
2. Профессор Каливраджиян Эдвард Саркисович (15.10.1951 — 23.10.2020). *Университетская клиника*. 2020;37(4):139—140.
3. Парилов В. В. Пути повышения эффективности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов методом совершенствования стабилизации протезов. Автореферат дис. канд. мед. наук. Моск. гос. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко. М.; 1986. 15 с.
4. Парилов В. В. Биометрическое и математическое обоснование ортопедического лечения больных после полной утраты зубов с применением индивидуального конструирования зубных рядов в полных съемных протезах. Автореферат дис. д-ра мед. наук. Моск. гос. мед. стоматол. ин-т. М.; 1988. 20 с.
5. Карасева В. В., Жолудев С. Е. 35 лет кафедре ортопедической стоматологии Уральского государственного медицинского университета. *Проблемы стоматологии*. 2014;(1):57—58.
6. Жолудев С. Е., Мандра Ю. В. Страницы истории уральской научно-педагогической школы стоматологии. *Проблемы стоматологии*. 2015;11(3—4):57—60.
7. Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов, посвященный 50-летию стоматологического образования в СамГМУ. Самара: Офорт; 2016. С. 62.

REFERENCES

1. Borodulin V. I., Glyantsev S. P. To the history of scientific clinical schools in Russia: about some controversial issues of methodology of research problem. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdra-vookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2017;25(4):240—245 (In Russian).
2. Professor Kalivrajian Edward Sarkisovich (15.10.1951 — 23.10.2020). *University Clin. [Universitetskaya klinika]*. 2020;37(4):139—140 (In Russian).
3. Parilov V. V. Ways of increasing the efficiency of prosthetic treatment of patients with complete absence of teeth by the method of improving the stabilization of prostheses. Abstract of Cand. of Medical Sciences. Moscow State Medical Dentistry Institute named after N. A. Semashko. N. A. Semashko. M.; 1986. 15 p. (In Russian).
4. Parilov V. V. Biometric and mathematical substantiation of prosthetic treatment of patients after complete loss of teeth with the use of individual design of tooth rows in complete removable prostheses. Author's abstract of the dissertation. Dr. of medical sciences. Moscow State Medical Dentistry Institute. M.; 1988. 20 p. (In Russian).
5. Karaseva V. V., Zholudev S. E. 35 Years of the Department of Orthopedic Dentistry of the Ural State Medical University. *Problems of Stomatology. [Problemy stomatologii]*. 2014;(1):57—58 (In Russian).
6. Zholudev S. E., Mandra Y. V. Pages of history of the Ural scientific and pedagogical school of stomatology. *Problems of stomatology. [Problemy stomatologii]*. 2015;11(3—4):57—60 (In Russian).
7. Actual questions of stomatology. Collection of scientific papers dedicated to the 50th anniversary of dental education in SamS-MU. Samara: Ofort; 2016. 62 p. (In Russian).

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

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

Статья поступила в редакцию 11.07.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 11.07.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 614.3/4(091)(470.56)

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.027

Санитарно-эпидемиологическое состояние Оренбургской (Чкаловской) области в 1930-е гг.

Евгений Леонидович Борщук¹, Андрей Викторович Пахомов²✉

^{1,2}ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Оренбург,
Российская Федерация

¹be@orgma.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3617-5908>

²andrei-v-pahomov@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1329-8681>

Аннотация. Исследование посвящено изучению санитарно-эпидемиологического состояния Оренбургской области с момента ее образования (1934 г.) до начала Великой Отечественной войны. Впервые на региональном материале показан уровень санитарно-эпидемиологического благополучия области, представлены количественные данные по наиболее распространенным заболеваниям, изучены факторы, влияющие на санитарно-эпидемиологическое состояние, а также санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, реализуемые в исследуемый период. Авторами проделана серьезная историографическая работа. В статье представлены и систематизированы труды по различным аспектам санитарно-эпидемиологического состояния, как отдельных советских регионов, так и государства в целом.

Ключевые слова: эпидемии, эпидемическая обстановка, санитарно-гигиеническое состояние, советское здравоохранение.

Для цитирования: Борщук Е. Л., Пахомов А. В. Санитарно-эпидемиологическое состояние Оренбургской (Чкаловской) области в 1930-е гг. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 159—164. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.027.

Original article

The sanitary and epidemiological state of the Orenburg (Chkalov) region in the 1930s

Evgeny L. Borshchuk¹, Andrey V. Pakhomov²✉

^{1,2}Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg, Russian Federation

¹be@orgma.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3617-5908>

²andrei-v-pahomov@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1329-8681>

Annotation. The study is devoted to the study of the sanitary and epidemiological state of the Orenburg region from the moment of its formation (1934) to the beginning of the Great Patriotic War. For the first time, the regional material shows the level of sanitary and epidemiological well-being of the region, quantitative data on the most common diseases are presented, factors affecting the sanitary and epidemiological state of the region, as well as sanitary and anti-epidemic (preventive) measures implemented during the study period are studied. The authors have done serious historiographical work. The article presents and systematizes works on various aspects of the sanitary and epidemiological state of both individual Soviet regions and the state as a whole.

Key words: epidemics, epidemic situation, sanitary and hygienic condition, Soviet health care.

For citation: Borshchuk E. L., Pakhomov A. V. The sanitary and epidemiological state of the Orenburg (Chkalov) region in the 1930s. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2023;(4):159–164. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.027.

Введение

Интерес к изучению вопросов санитарно-эпидемиологического состояния отечественных регионов в первые десятилетия советской власти обусловлен рядом причин. Во-первых, уже на ранних стадиях становления государства были заложены основы советской системы здравоохранения. Резко увеличилась больничная сеть, начала оформляться единая система охраны материнства и младенчества. Точкой отсчета истории непосредственно санитарно-эпидемиологической службы страны принято считать принятие декрета «О санитарных орга-

нах Республики» (15 сентября 1922 г.), который определил круг задач и права санитарно-эпидемиологической службы как государственного санитарно-контрольного органа. На данном этапе были определены организационное устройство, ключевые принципы и направления работы ведомства.

Второй, еще более значимой причиной вызывающей интерес исследователей к заявленной теме является колоссальный опыт борьбы, с эпидемическими заболеваниями накопленный на данном этапе. В первые годы советской власти в стране буквально свирепствовали эпидемии болезней, достигших колоссальных размеров еще в имперской России и

усугубленных социальными потрясениями и войнами начала XX в. Среди тяжелейших эпидемических заболеваний можно отметить сыпной и брюшной тиф, холеру, корь, малярию. В результате работы системы здравоохранения к середине 1920-х гг. удалось полностью победить холеру, а к середине 1930-х гг. была ликвидирована чума [1, с.34]. Однако в целом эпидемическая обстановка оставалась еще достаточно сложной.

Вопросы санитарно-эпидемического состояния государства в первой трети XX в. уже давно попали под пристальное внимание исследователей разных научных областей. В целом имеющийся комплекс работ можно условно разделить на три группы. К первой отнесем труды посвященные общему развитию системы здравоохранения в первые десятилетия советской власти. В таких исследованиях, как правило, описываются социально-экономические и правовые аспекты становления и функционирования органов здравоохранения, определяется уровень и структура заболеваемости населения, дается характеристика методам борьбы с эпидемическими заболеваниями, а также общая оценка эффективности деятельности органов здравоохранения [2, 3, 4, 5, 6].

Вторая группа работ, затрагивающих эпидемиологическую ситуацию в 1920-1930-х гг., представлена в основном историко-демографическими исследованиями, в которых вспышки эпидемий рассматриваются в качестве важнейшего фактора роста смертности населения и возникновения демографического кризиса [7, 8, 9, 10].

К примеру, в работе Н. Н. Макаровой исследовано демографическое состояние города Магнитогорска в период первой половины 1930-х гг., которое она оценила как «демографическую катастрофу». При этом высокий уровень смертности в данный период исследователь связывает с неблагоприятными санитарными и экологическими условиями [11].

В научной статье Б. Б. Прохорова и И. В. Горшковой выделены периоды кризисов общественного здоровья происходивших в стране в XX столетии. Во многом данные кризисы исследователи связывают с разрушенной бытовой и санитарной инфраструктурой, отсутствием лекарственных средств и квалифицированной медицинской помощи в сельских районах [12].

И наконец, третья группа — работы, посвященные исследованию эпидемических вспышек отдельных, конкретно взятых заболеваний и организации борьбы с ними [13, 14, 15, 16].

Следует отметить, что представленная классификация условна, учитывая, что некоторые работы в той или иной степени затрагивают сразу все заявленные выше направления. Целью представленной работы стало изучение санитарно-эпидемиологического состояния Оренбургской области в период с 1934 по 1940 гг. В соответствии с целью были определены следующие задачи: выявить общий уровень санитарно-эпидемиологического благополучия населения исследуемого региона; определить ключевые факторы, влияющие на санитарно-эпидемиоло-

гическое состояние области; изучить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, реализуемые в исследуемый период. Поясним достаточно узкие хронологические рамки исследования. Нижняя граница обусловлена образованием Оренбургской области, практически в современных границах. С этого времени изменение границ в основном касалось внутреннего административно-территориального устройства [17].

Оренбургская (Чкаловская) область была образована постановлением ВЦИК от 7 декабря 1934 г. На момент образования в состав области вошли 51 район, 5 городов и 6 рабочих поселков, включая часть районов бывшего Средне-Волжского края, Казахской ССР и Башкирской АССР. По данным всесоюзной переписи, к концу 1930-х гг. область насчитывала 1 млн. 677 тыс. человек, из которых городского населения 379,5 тыс. и сельского — 1 млн. 297,5 тыс. человек¹. Верхняя граница исследования обусловлена началом Великой Отечественной войны существенно изменившей социально-экономическую обстановку в регионе.

Материалы и методы

Источниками информации для исследования послужили ранее неопубликованные документы фонда Р-1465 «Отдел здравоохранения Чкаловского облисполкома 1934—1956 гг.» Объединенного государственного архива Оренбургской области (ОГА-ОО). Проанализированы стенограммы областных съездов и совещаний врачей, контрольные цифры развития здравоохранения области, характеристики санитарно-эпидемиологического состояния г. Оренбурга (Чкалова) и районов области, доклады и докладные записки о состоянии здравоохранения в области, планы противоэпидемических мероприятий и медико-санитарного обслуживания населения, конъюнктурные обзоры строительства лечебных учреждений, деятельности санитарной авиации за каждый год изучаемого периода. Методологическую основу исследования составили статистический, историко-хронологический, историко-генетический методы.

Результаты

В целом изучение перечисленных выше архивных источников позволяет говорить о существенном развитии системы здравоохранения области во второй половине 1930-х гг. В частности планомерно увеличивался бюджет здравоохранения. К 1939 г. он увеличился на 280 % относительно 1935 г. и составил 47,9 млн. рублей². Росла сеть лечебно-профилактических учреждений. Больничная и внебольничная сеть и количество коек в больницах увеличились более чем в два раза (таблица 1). За счет республиканского бюджета в области была организована санитарная авиационная станция. Только за 1938 г. самолет облздрава совершил 126 вылетов в

¹ Объединенный государственный архив Оренбургской области (ОГАОО) Ф. Р-1465. Оп. 4. Д 1. Л. 110.

² ОГАОО. Ф. Р-1465. Оп. 1. Д 327. Л. 46.

Таблица 1

Данные о сети лечебно-профилактических учреждений Оренбургской (Чкаловской) области*

Годы	Показатели			
	количество больниц	койко-мест	врачебно-амбулаторных учреждений	фельдшерских и акушерских пунктов
1934	67	2511	157	155
1938	128	4151	208	358
1942	184	6835	269	700

* ОГАОО. Ф. Р-1465. Оп. 1. Д 95. Л. 2.

отдаленные районы для оказания медицинской помощи.

Важнейшая роль в системе здравоохранения отводилась противоэпидемической работе. Так, в письме Наркомздрава РСФСР Оренбургскому облздраву от 9 июня 1936 г. отмечалось, что вопросы борьбы с эпидемическими заболеваниями должны быть поставлены на один уровень с другими важнейшими политическими и хозяйственными задачами. В области достаточно активно проводились профилактические противоэпидемические мероприятия (таблица 2). Появились должности санитарных врачей, специализирующихся на отдельных вопросах, например, на профессиональных заболеваниях или водоснабжении, увеличилось количество оспопрививателей, некоторые больницы были оборудованы дезинфекционными установками.

В тоже время сложившаяся в области эпидемическая обстановка требовала пристального внимания. Из представленной ниже таблицы можно констатировать, что уровень отдельных видов эпидзаболеваний оставался еще достаточно высоким. Наиболее распространенным заболеванием была маля-

Таблица 2

Данные о противоэпидемических мероприятиях по Оренбургской области за 1935—1936 гг. (человек)*

Противоэпидемические мероприятия	1935 г.	1936 г.
Предохранительные прививки		
Против оспы		
Вакцинации	58 477	66321
Ревакцинации	441 952	303 465
Против брюшного тифа		
Законченные	89 055	90 859
Незаконченные	35 723	40 247
Против дизентерии	31 452	109 316
Против дифтерии	3831	13 976
Против скарлатины	25 939	24 276
Число оборудованных эпидкоек		
Эпидкоек в городах		
Постоянных	262	275
Временных	160	160
Эпидкоек в районах		
Постоянных	142	142
Временных	252	252
Санитарное просвещение		
Приобретено и разослано районам санпросвет литературы на разные темы (в том числе фото серии)	2569 экз.	25 300 экз.
Выпущено Оренбургским облздравом листовок, плакатов и брошюр по борьбе с заразными заболеваниями	—	11 500

* ОГАОО. Ф. Р-1465. Оп. 1. Д 263. Л. 7.

Таблица 3

Эпидемическая заболеваемость по Оренбургской области за 1934—1940 гг.* (количественные данные по числу официально зарегистрированных случаев)

Заболевания	Годы						
	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940
Брюшной тиф и паратиф	832	1955	1389	765	719	568	480
Сыпной тиф	3955	1423	577	308	486	210	157
Корь	3587	9218	8701	10348	10581	9163	11561
Скарлатина	534	2279	3932	2716	2136	1690	1738
Коклюш	4048	6320	1185	2598	6237	6268	6365
Дифтерия	998	1469	970	912	1092	1452	1522
Дизентерия и гемоколит	1238	4570	8182	4386	8227	7958	6778
Малярия	168737	175939	173649	116463	94576	107617	66148

* ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 1. Д 253. Лл. 7, 15-30, 61; Оп. 4. Д. 5. Лл. 120—129.

рия (таблица 3). Следует отметить, что в середине 1930-х гг. эпидемия малярии разразилась на общегосударственном уровне. По мнению современных исследователей этому способствовали социально-экономические процессы того периода. В связи с начавшейся индустриализацией страны огромные массы народа оказывались скученными в местах, где не было ни нормальных условий в плане гигиены, ни качественной медицинской помощи.

Не решенным оставался вопрос борьбы с паразитарными тифами и кишечными инфекциями. При этом пораженность отмечалась преимущественно в северных районах области — в Бугурусланском, Абдулинском, Секретарском, Пономаревском. Так, по данным на 1936 г., на эти районы приходилось порядка 50 % от всех зарегистрированных по области заболеваний паразитарными тифами.

По кишечным инфекциям особенно неблагоприятным являлись Оренбург, Бузулук, Орские новостройки, а также Курманаевский, Андреевский, Матвеевский, Зианчуринский и Асеевский районы. В 1935 г. почти все районы области поразила эпидемия дизентерии. Осенью 1935 г. в городе Оренбурге имела место эпидемия брюшного тифа и паратифов³.

Наиболее угрожающими кишечные инфекции были для детского населения, особенно в летне-осенний период. К примеру, по данным на июль 1936 г. общая смертность детей в возрасте до четырех лет от всех болезней и травм составила 576 человек (в том числе в возрасте до одного года 284 ребенка). Из них умерли от дизентерии — 60, гемоколитов и энтероколитов — 97, детских поносов и диспепсии — 126 детей. Смертность детей до 1 года от желудочно-кишечных заболеваний в общей смертности детей до 1 года составила 66,5%⁴.

Изучение архивных документов показало, что одной из главных причин высокого уровня заболеваемости было неудовлетворительное санитарное состояние области. Так, на 1936 г. в Оренбурге канализацией обслуживалось не более 10% населения,

³ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 1. Д 253. Л. 43.⁴ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 1. Д. 253. Л. 10.

ассенизационное дело находилось в запущенном состоянии (некультурные свалки, загрязненность дворов, площадей и улиц)⁵. В 1938 г. нагрузка канализационной сети составляла не более 11—12 %. Канализационные воды (около одного млн. куб. метров) без очистки и обезвреживания спускались в реку Урал⁶.

В летнее время город снабжается нефилтрованной водой из Урала. Коммунальный водопровод, эксплуатировался на тот момент уже около 100 лет и по своей мощности (7 тыс. кубометров в сутки) не удовлетворял нужд населения и промышленности. В летние месяцы, когда был наибольший расхода воды, она пускалась в сеть без очистки. Кроме указанного водопровода в городе имелись еще три — первый железнодорожный и электростанции «Красный маяк», расположенные на реке Сакмара, и второй железнодорожный на станции Оренбург II, питающийся из грунтовых вод. Все три водопровода не имели очистных сооружений. Около 11 % населения города пользовались водой из колодцев.

В Оренбурге имелось 6 бань с общей пропускной способностью 630 человек, что являлось явно недостаточным. При этом только две бани имели санитарные пропускники с пропускной способностью 220 человек в час. Имелась небольшая дезинфекционная станция с санитарным пропускником, который обрабатывал исключительно эпидемические очаги. Также имелись только две механизированные прачечные: первая — при военном госпитале, мощностью 300 кг в смену и вторая — горкомхоза при бане № 2 с пропускной способностью 1000 кг белья в смену⁷.

В Бугуруслане значительная часть города пользовалась водой из загрязненной реки Турханки⁸. При этом в докладной записки начальнику Оренбургского облздравотдела о хлорировании воды р. Турханки от 19 мая 1935 г. отмечено следующее: «Турханка (по существу большой ручей, с расходом воды 196 литров в секунду) протекает в городской черте, в восточной части города. Береговая полоса Турханки сильно занавожена и загрязнена всяческими нечистотами (навоз для выделки кизяка, стирка белья, свалка мусора и т. д.). Уклон со всей северо-западной части города имеет направление к Турханке, в силу чего все почвенные смывы после атмосферных осадков естественно устремляются в реку и еще больше загрязняют ее. Среди значительного количества населенных кварталов Бугуруслана, расположенных по обоим берегам Турханки водопроводная сеть или плохо развита или отсутствует совсем. В силу этого у населения появилась естественная тяга к реке, как источнику водоснабжения. Как раз в этой части города сосредоточен эндемический очаг брюшного тифа. Турханка при выходе из города тут же впадает в реку Кинель, загрязняя последнюю своими водами. Вниз по течению Кинеля располо-

жен ряд населенных пунктов. На берегу Турханки, в 1,5—2 км от ее устья расположен эпидгоспиталь с остро-кишечными инфекциями. Обследованием установлено, что госпиталь своим нахождением в данном месте создает постоянную угрозу и опасность загрязнения реки своими нечистотами, проникающими в реку с поверхности почвы, а также просачивающимися через почву»⁹.

В г. Орске и новостройках не было канализации, очистительных сооружений и хлоратора на водопроводе. В отчете государственной санитарной инспекции за 1940 г. отмечалось крайне неудовлетворительное состояние объектов пищевой промышленности и других значимых социальных объектов города. Были отмечены следующие проблемы: «рабочие мясокомбината не обеспечены спецовками, бруцеллезный скот обрабатывается без них. Баня и вошебойка работают не постоянно, больше находятся на ремонте. В бараках большая скученность населения. Складское помещение тесное, канализации нет. Территория двора грязная. Санитарное состояние хлебозавода не удовлетворительное, канализации нет, лаборатория завода грязная. Хлебопекарни здания сырые, непригодные, тесные. Помещение молочного завода тесное, завод грязный, нет канализации, сбор и транспортировка молочных продуктов из колхозов происходят в антисанитарном состоянии. Текущего санитарного надзора нет. Отработанные банные воды городской бани спускаются в реку Орь, без предварительной дезинфекции, нет даже отстойников. Баня по объему не обеспечивает население, состояние ветхое. Территория двора городской больницы грязная, мойная яма очищается редко, канализации нет. Родильный дом имеет водопровод, но нет канализации. Канализационные воли спускаются в поглощательные колодцы. Эпидемиологическая больница не имеет водопровода»¹⁰.

При обследовании сельской местности, также определялись явные предпосылки для развития эпидемических (особенно кишечных) заболеваний. В докладных записках в облздравотдел отмечалось, что при домах колхозников, как правило, отсутствовали «уборные». Отбросы и мусор в компостных кучах не обезвреживались, навоз от домашних животных за пределы домохозяйства не вывозился. В результате повсюду появлялись массы мух потенциально являвшихся переносчиками инфекций. Реки загрязнялись канализационными и производственными стоками, водопоями скота и т. д. Колодезное хозяйство находилось в запущенном состоянии¹¹.

Санитарно-гигиеническая не благоустроенность существенно влияла на подъем заболеваемости детскими инфекциями (скарлатина, корь и др.). В данном ракурсе следует отметить такие проблемы как скученность в детских учреждениях, слабую постановку прививочного дела¹². Из данных отчета госу-

⁵ Там же. Л. 43.

⁶ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 4. Д. 1. Л. 111.

⁷ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 4. Д. 1. Л. 111.

⁸ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 4. Д. 253. Л. 43.

⁹ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 1. Д. 256. Лл. 30-30 об.

¹⁰ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 1. Д. 270.

¹¹ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 1. Д. 253. Л. 43.

¹² Там же. Л. 43 об.

дарственной санитарной инспекции за 1940 г. следует, что детские сады города Оренбурга были переполнены детьми. При этом жилая площадь детских учреждений была сокращена до 1,5 кв. метров на одного ребенка. Отмечалось недостаточное оборудование твердым и мягким инвентарем, часто дети спали на полу¹³.

Заключение

В целом проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы и обобщения. Во-первых, отчетливо видно, что проблема эпидемических заболеваний, в период 1930-х гг. еще не была решена, область нуждалась в существенном увеличении количества санитарно-противоэпидемических мероприятий. Количественные данные позволяют говорить о достаточно высоком уровне заболеваемости малярией, остро-кишечными инфекциями, паразитарными тифами и т. д. Во-вторых, очевидно, что постоянные эпидемические вспышки были во многом обусловлены низким уровнем культуры и санитарно-гигиенического благополучия населения области, что достаточно наглядно подтверждают архивные документы, и в особенности отчеты органов государственной санитарной инспекции. В тоже время, нельзя не отметить положительную динамику относительно развития областной лечебно-профилактической сети, а также увеличивающееся внимание со стороны государственных органов к санитарно-гигиеническим проблемам.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Ерегина Н. Т. От борьбы с эпидемиями — к оздоровлению труда и быта! *История в подробностях*. 2013;(3):30—35.
- Виноградов Н. А. *Здравоохранение в предвоенный период (1935—1940)*. М.: Медгиз; 1955. 39 с.
- Давыдова Т. В. Советское законодательство о здравоохранении в довоенный период (1917—1941 гг.): историко-правовой аспект. *Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки*. 2015;20(11(151)):79—85.
- Гадицкая М. А., Самсоненко Т. А. Медицинское обслуживание в повседневности колхозной деревни 1930-х гг. (на материалах Юга России). *Власть*. 2017;25(5):192—197.
- Христенко Д. Н., Красовская Ю. В. Коллективизация и становление системы здравоохранения на селе. *Самарский научный вестник*. 2019;8(4(29)):200—204.
- Островкин Д. Л. Развитие советской системы здравоохранения на Урале в 1917—1941 гг.: автореф. дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2018. 28 с.
- Исупов В. А. Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки. Новосибирск: Сибирский хронограф; 2000. 244 с.
- Жиромская В. Б. Демографическая история России в 1930-е гг. Взгляд в неизвестное. М.: «Русская политическая энциклопедия» (РОССПЭН); 2001. 280 с.
- Демографическая модернизация России, 1900—2000 / под ред. А. Г. Вишневого. М.: Новое издательство; 2006. 608 с.
- Серебряный Р. С., Яремчук О. В. История становления и развития охраны младенчества в Самарском крае: монография. М.: РУСАЙНС; 2021 г. 192 с.
- Макарова Н. Н. Демографическая характеристика Магнитогорска: анализ причин смертности и рождаемости (1930—1935). *Социум и власть*. 2009;23(3):96—100.
- Прохоров Б. Б., Горшкова И. В. Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке. *Мир России*. 1999;8(4):125—137.
- Бадугинова М. В. Борьба со вспышкой эпидемии Чумы в Калмыцкой АССР и Сталинградской области в 1937—1938 гг. *Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН*. 2012;(2):108—113.
- Исупов В. А. Эпидемия сыпного тифа как фактор сверхсмертности городского населения Западной Сибири (1932—1933 гг.). *Уральский исторический вестник*. 2014;44(3):90—95.
- Клементьева Н. В. Деятельность медико-санитарных органов Южного Урала по борьбе с малярией в первые десятилетия советской власти. *Самарский научный вестник*. 2017;6(2(19)):158—162.
- Альбицкий В. Ю., Шер С. А. Опыт борьбы с острыми детскими инфекциями в Советской России (1930—1940). *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2021;(3):32—37.
- Чибилёв А. А., Богданов С. В., Григорьевский Д. В. Тенденции трансформации границ Оренбургского края в новое и новейшее время. *Бюллетень Оренбургского научного центра УРО РАН*. 2015;(4).

REFERENCES

- Eregina N. T. From the fight against epidemics — to the improvement of work and life! *The story in detail. [Istoriya v podrobnostyakh]*. 2013;(3):30—35. (in Russian).
- Vinogradov N. A. *Healthcare in the pre-war period (1935—1940)*. M.: Medgiz; 1955 (in Russian).
- Davydova T. V. Soviet legislation on healthcare in the pre-war period (1917—1941): historical and legal aspect. *Bulletin of the Tambov University. Series: Humanities. [Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Gumanitarnye nauki]*. 2015;20(11(151)):79—85. (in Russian).
- Gaditskaya M. A., Samsonenko T. A. Medical care in the everyday life of a collective farm village of the 1930s (based on materials from the South of Russia). *Power. [Vlast']*. 2017;25(5):192—197. (in Russian).
- Khristenko D. N., Krasovskaya Yu. V. Collectivization and the formation of the healthcare system in rural areas. *Samara Scientific Bulletin. [SamarSKIY nauchnyy vestnik]*. 2019;8(4(29)):200—204. (in Russian).
- Ostrovkin D. L. Development of the Soviet healthcare system in the Urals in 1917—1941: abstract. dis. ... candidate of Historical Sciences. Yekaterinburg; 2018:28 (in Russian).
- Isupov V. A. Demographic catastrophes and crises in Russia in the first half of the XX century: Historical and demographic essays. Novosibirsk: Siberian Chronograph; 2000:244 (in Russian).
- Zhiromskaya V. B. Demographic history of Russia in the 1930s. A look into the unknown. M.: «Russian political Encyclopedia» (ROSSPEN); 2001:280 (in Russian).
- Demographic modernization of Russia, 1900—2000. Edited by A. G. Vishnevsky. M.: New Publishing house; 2006:608 (in Russian).
- Serebryanov R. S., Yaremchuk O. V. The history of the formation and development of infant protection in the Samara Region: monograph. M.: RUSAINS; 2021:192 (in Russian).
- Makarova N. N. Demographic characteristics of Magnitogorsk: analysis of the causes of mortality and fertility (1930—1935). *Society and power. [Sotsium i vlast']*. 2009;23(3):96—100. (in Russian).
- Prokhorov B. B., Gorshkova I. V. Public health crises in Russia and the USSR in the XX century. *The world of Russia. [Mir Rossii]*. 1999;8(4):125—137. (in Russian).
- Baduginova M. V. Fight against the outbreak of the Plague epidemic in the Kalmyk ASSR and Stalingrad region in 1937—1938. *Bulletin of the Kalmyk Institute for Humanitarian Studies of the Russian Academy of Sciences. [Vestnik Kalmytskogo instituta humanitarnykh issledovaniy RAN]*. 2012;(2):108—113. (in Russian).
- Isupov V. A. Epidemic of typhus as a factor of supermortality of the urban population of Western Siberia (1932—1933). *Ural His-*

¹³ ОГАОО. Ф. Р-1465 Оп. 1. Д 270.

- torical Bulletin. [Ural'skiy istoricheskiy vestnik]. 2014;44(3):90—95. (in Russian).
15. Klementyeva N. V. Activity of the medical and sanitary authorities of the Southern Urals to combat malaria in the first decades of Soviet power. *Samara Scientific Bulletin. [Samarskiy nauchnyy vestnik]*. 2017;6(2(19)):158—162. (in Russian).
16. Albitsky V. Yu., Sher S. A. Experience in combating acute childhood infections in Soviet Russia (1930—1940). *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya im. N. A. Semashko]*. 2021;(3):32—37. (in Russian).
17. Chibilev A. A., Bogdanov S. V., Grigorevsky D. V. Trends in the transformation of the borders of the Orenburg Region in the new and modern times. *Bulletin of the Orenburg Scientific Center of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences. [Byulleten' Orenburgskogo nauchnogo tsentra URO RAN]*. 2015;(4). (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 25.03.2023; одобрена после рецензирования 13.07.2023; принята к публикации 03.11.2023. The article was submitted 25.03.2023; approved after reviewing 13.07.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Научная статья

УДК 61(091)

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.028

Деятельность И. М. Сеченова и развитие физиологии как основы медицинского просвещения

Мария Сергеевна Тутурская

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

gratcheva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5635-6207>

Аннотация: В статье рассматривается влияние научной и педагогической деятельности И. М. Сеченова на распространение интереса к физиологии среди специалистов и в обществе второй половины XIX в. в целом. И. М. Сеченов настаивал на важности развития экспериментальных методов и лабораторных исследований, был последовательным популяризатором теории Ч. Дарвина. Его работы обсуждались и дополнялись работами других ученых, способствуя постепенным изменениям представлений о человеке. Вопросы о том, какое место занимает человек среди живых организмов, чем обусловлены те или иные особенности получали ответы в естественнонаучном дискурсе, а позднее — в популярной медицинской литературе для народа.

Ключевые слова: И. М. Сеченов, санитарное просвещение, физиология, Дарвин

Для цитирования: Тутурская М. С. Деятельность И. М. Сеченова и развитие физиологии как основы медицинского просвещения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 165–168. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.028.

Original article

I. M. Sechenov impact and the development of physiology as the basis of health education

Maria S. Tutorskaya

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

gratcheva@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5635-6207>

Abstract: The paper discusses the impact of I. M. Sechenov's research and teaching efforts on the spread of interest in physiology within the academic world and in society at large during the second half of the 19th century. I. M. Sechenov insisted on the importance of developing experimental methods and laboratory research, and was a consistent popularizer of Charles Darwin's theory. His scientific inquiries were discussed and supplemented by the work of other scientists, contributing to a gradual change in the concept of what is man. The problem of what place a human occupies among living organisms, what causes certain features received answers in natural science discourse, and later in popular medical literature for the people.

Key words: I. M. Sechenov, health education, physiology, Darwin

For citation: Tutorskaya M. S. I. M. Sechenov impact and the development of physiology as the basis of health education. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):165–168. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.028.

Фундаментом медицинского просвещения или, распространения гигиенических знаний в терминологии рубежа XIX–XX вв., был естественнонаучный взгляд на человека и его здоровье. Стремление перейти от привычных рассуждений о «сверхъестественном» к понятию «естественного» присутствовала даже в богословии применительно к духовной жизни человека этого периода [1, с. 585]. В медицине же эта тенденция была всеохватывающей. Медицинские просветители следовали нормам, сложившимся в среде научных обществ, старались противопоставить доказанные в лабораториях и клиниках научные истины суевериям и предрассудкам. Болезнь представлялась читателям как соответствующее страдание тела, выражающееся в дисфункции определенных органов и систем организма. В качестве причин заболе-

ваний указывались инфекции и социальные факторы, такие как недоедание, жизнь и работа в пыльных и непроветриваемых помещениях, и невежество, но никогда не воздействие каких-то неведомых сил вроде сестер лихорадок, порчи или сглаза.

В просветительской литературе, которая издавалась для широкого круга читателей, особый акцент делался на анатомических и физиологических описаниях. Так, брошюры по дифтерии дополнялись иллюстрациями зева в нормальном и больном состоянии, материалы по трахоме и слепоте начинались с описания строения глаза, руководства для беременных — анатомией женской половой системы и физиологией беременности и родов.

Одним из первых среди популяризаторов естественнонаучных взглядов был Иван Михайлович

Сеченов (1829—1905). В некрологе, опубликованном в «Журнале Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова», К. И. Шидловский писал: «[Сеченов] обладал великим даром самые сложные научные изыскания выносить из тиши ученого кабинета на свет божий и делать их достоянием широких кругов общества, воспитывая, таким образом, в нем привычку к реальному мышлению и уважение к естественнонаучному знанию» [2, с. 519].

И. М. Сеченов, талантливый лектор и сторонник практических демонстраций и экспериментального метода не только знакомил слушателей с последними мировыми открытиями в области физиологии, но и мог привлечь молодежь к самостоятельной разработке научных вопросов. «С энтузиазмом молодости, сам преисполненный веры в силу науки и ума, он учил их умению вопрошать природу и получать ответ; он говорил не только о том, что сделано уже в таинственной области нервных явлений, но и о том, что предстоит еще сделать, пробуждая этим мысль слушателей и открывая перед ней самые широкие горизонты» [3, с. 37].

Помимо исследовательской деятельности и преподавания И. М. Сеченов уделял много времени публикации результатов своих изысканий и переводам научных статей и книг европейских ученых. В 1863 г. после ряда перипетий с цензурой была опубликована работа «Рефлексы головного мозга». Первоначально И. М. Сеченов планировал опубликовать статью «Попытка свести способы происхождения психических явлений на физиологические основы» в № 10 «Современника», издававшегося в то время под редакцией Н. А. Некрасова. В редакции изменили название на более общее: «Попытка ввести физиологические основы в психические процессы». Тем не менее, статья была запрещена к печати. 3 октября 1863 года незадолго до этого созданный Совет министра внутренних дел по делам книгопечатания¹ вынес решение, согласно которому произведение Сеченова «направлено к отрицанию нравственных основ общества, к потрясению догмата о бессмертии души и вообще религиозных начал» [4, с. 204]. Совет запретил печатать его в литературном журнале, не допуская ему стать «средством к пропаганде этих взглядов», но дозволил помещение статьи в медицинском или другом научном издании [4, с. 205]. Сеченов еще раз изменил название, избрав лаконичное «Рефлексы головного мозга», и опубликовал работу в «Медицинском вестнике» [5].

Текст пользовался популярностью не только у физиологов и профессионального сообщества — за номером медицинской газеты охотилась вся читающая публика. Наряду с научной полемикой в специализированных журналах работу обсуждали художественные персонажи популярных романов. В частности, герои романа «Анна Каренина», публиковавшегося с 1875 года в журнале «Русский вестник». Стива Облонский, размышляя о своей связи с француженкой-гувернанткой, объясняет сам себе

случившееся «рефлексами головного мозга». Другой герой — Константин Левин, приехав в Москву к брату, застаёт его за обсуждением модного вопроса: «есть ли граница между психическими и физиологическими явлениями в деятельности человека и где она?» с известным харьковским профессором философии [6, с. 27]. Появление подобных сюжетов в литературе подчеркивает то, что работа Сеченова способствовала интересу к физиологии в обществе в целом, а не только среди ученых. Она стала символом нового направления в культуре и источником объяснений не только физиологических, но и социальных, жизненных явлений.

Тогда же, когда шла подготовка к публикации «Рефлексов», И. М. Сеченов и его будущая жена М. А. Бокова начинают совместно работать над переводами на русский язык работ европейских физиологов и знакомятся с В. О. Ковалевским — исследователем и создателем научного издательства в Санкт-Петербурге [7, с. 132]. В автобиографических записках И. М. Сеченов пишет, что после запрета продолжать обучение в Медико-хирургической академии Мария Александровна «осталась дома и села за переводы, благо была разносторонне образована, знала языки и умела писать по-русски» [7, с. 132]. Совместно с Сеченовым они переводят «Основы физиологии» Л. Германа и учебник физиологической химии В. Кюне, «Анатомию и физиологию органов чувств» А. Фика и «Физиологическую оптику» Г. Гельмгольца [8, с. 83]. На титульных листах информация об участии М. А. не указана, однако об этой совместной работе писал и сам И. М. Сеченов, и исследователи архивов [9, с. 31].

Свободное от работы время Сеченовы посвящали общению с друзьями. Посещали знаменитые «субботы» С. П. Боткина, друга Сеченова со студенческой скамьи. На этих вечерах бывали врачи, литераторы и музыканты. На одном из этих вечеров М. А. Балакирев, пациент Боткина, познакомился с А. П. Бородиным. Сам Бородин также нередко принимал гостей — у него Сеченовы наслаждались музыкой, которой хозяин иногда «угощал публику, тщательно скрывая, что он серьезный музыкант» [7, с. 104]. В квартире Д. И. Менделеева читали громко вышедший в это время «Обрыв» И. А. Гончарова. В дискуссиях на подобных вечерах, как и в лабораториях и учебных аудиториях формировалась система взглядов научного сообщества.

Не последнее место в этой системе занимали идеи, связанные с теорией эволюции или «трансформизмом», как чаще писали ученые XIX в. В 1871—1872 гг. под редакцией И. М. Сеченова вышел первый перевод книги «Происхождение человека и подбор по отношению к полу», в которой Ч. Дарвин рассматривал эволюционную теорию применительно к человеку. Эта публикация вызвала неоднозначную реакцию цензурного комитета. Ходили слухи, что М. Н. Лонгинов — начальник главного управления по делам печати Министерства внутренних дел, собирается запретить книгу. По этому поводу А. К. Толстой написал длинное стихотворное «Послание к М. Н. Лонгинову о дарвинизме»:

¹ Центральное учреждение цензуры в период 1863—1865 гг.

...Да и в прошлом нет причины
 Нам искать большого ранга,
 И, по мне, шматина глины
 Не знатней орангутанга...» [10, с. 421].

Слухи о запрете публикации не подтвердились, и работа получила широкую известность.

Значимость работ Ч. Дарвина для российских ученых подтверждается его избранием в 1867 г. членом-корреспондентом Академии наук по разряду биологии, а также многолетней полемикой по вопросам теории эволюции в научных журналах. Впрочем, даже Н. Я. Данилевский, один из наиболее последовательных критиков отдельных идей Ч. Дарвина, признавал, что: «Дарвинизм изменяет, переворачивает наши ходячие и наши научные биологические взгляды и аксиомы, но вместе с тем и все наше мировоззрение до самого корня и основания» [11, с. 7]. Не последнее место в популяризации идей Дарвина и этом мировоззренческом перевороте играла деятельность И. М. Сеченова: и как редактора научных работ, и как талантливого популяризатора. Новые поколения российских врачей и натуралистов почти поголовно считали себя дарвинистами [12, с. 25].

Сорок лет И. М. Сеченов посвятил преподаванию. Он не делал различий по аудитории и читал одинаковые курсы студентам и студенткам. В 1883 г. был опубликован его очерк, посвященный успехам и деятельности университетов за прошедшие 25 лет. И. М. Сеченов связывал достижения русской науки с двумя обстоятельствами. Во-первых, в 1860-е г. при естественных и медицинских факультетах были учреждены многочисленные лаборатории — это позволило «вести в среду учащихса самый процесс созидания науки». Во-вторых, возобновилась практика, которая была забыта с 1848 по 1854 г., — командировки университетской молодежи за границу за казенный счет. И то и другое, в совокупности, обеспечило «усиление научной производительности в стране» и небывалый рост научных публикаций в международных журналах [13, с. 424]. С 1863 по 1882 г. вышло более 650 работ по микроскопической анатомии, физиологии и экспериментальной патологии, подписанные русскими фамилиями. «За весь предшествующий 30-летний период мне неизвестно ни одного специального труда» — писал Сеченов [13, с. 429]. Он высоко оценивал успехи медиков, отмечая, что уже в 1870-х российские гистологи и физиологи имели международное признание и приглашались в качестве авторов для написания отдельных глав немецких учебников по соответствующим дисциплинам.

После смерти И. М. Сеченова в 1905 г. совет Императорского Московского университета постановил издать собрание сочинений ученого. Редакция была поручена комиссии, в которую вошли М. А. Мензбир, Л. З. Мороховец и М. Н. Шатерников. В предисловии к двухтомному собранию они подчеркивали: «Если экспериментальные работы И. М. составили ему почетное европейское имя среди ученых, то широким кругам русского общества имя

Сеченова известно главным образом благодаря его психофизиологическим статьям» [14]. Труды Сеченова переиздавались, обсуждались, дополнялись работами других ученых, и наряду с прочими постепенно меняли представления о человеке, о том, какие научные методы позволяют лучше понять его природу и как объяснить те или иные физиологические реакции. Научная полемика способствовала общему развитию естествознания в целом. Вопросы о том, какое место занимает человек среди живых организмов, чем обусловлены те или иные особенности получали ответы в естественнонаучном дискурсе, а позднее — в популярной медицинской литературе для народа.

В 1894 г. при Обществе русских врачей в память Н. И. Пирогова была создана комиссия по школьной гигиене и распространению гигиенических знаний. Ее члены анализировали существующие издания по медицине и гигиене для народного читателя и готовили к публикации новые тексты. Наряду со справочными листками по инфекционным заболеваниям и первой помощи, большое внимание комиссии уделялось материалам посвященных тому, что есть человек и как он живет. В составленные членами комиссии списки рекомендованных для народных чтений брошюр были включены книги В. В. Лункевича «Как идет жизнь в человеческом теле?», А. Л. Караваева «Как устроено и живет человеческое тело» и подобные им. Ответы на поставленные в этих брошюрах вопросы почти не касались философских и религиозных материй, а основывались на анатомических и физиологических данных. Признав анатомию и физиологию основой медицинского знания, медицинское сообщество занялось популяризацией этого видения среди пациентов.

Во многом этот мировоззренческий переворот случился благодаря работе И. М. Сеченова, которого первый российский нобелевский лауреат И. П. Павлов в речи, посвященной Сеченову и его «Рефлексам», отмечал: «Несомненно, это была первая серьезная, настоящая научная попытка явления нашего субъективного мира анализировать физиологически», называл Ивана Михайловича «отцом физиологии» и законодателем науки².

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Соколова Л. В., Ноздрачев А. Д. «Небесная физиология» к 145-летию со дня рождения академика А. А. Ухтомского. *Вестник Российской академии наук*. 2020;90(6):583—592.
2. Шидловский К. И. Некролог И. М. Сеченову. *Журнал Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова*. 1905;(6—7):518—519.
3. Шатерников М. Н. Иван Михайлович Сеченов. В кн. *Борьба за науку в царской России: неизданные письма И. М. Сеченова, И. И. Мечникова, Л. С. Ценковского, В. О. Ковалевского, С. Н. Виноградского, М. М. Ковалевского и других*. Москва-Ленинград; 1931.
4. Яновская М. И. Сеченов. М.: Молодая гвардия; 1959.
5. Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга. *Медицинский вестник*. 1863;47—48.

² Архив Российской академии наук. Ф. 259. Оп. 1. № 108. Машинопись с правкой И.П.Павлова. Датируется по протоколу заседания 26 декабря 1929.

6. Толстой Л. Н. Анна Каренина. В кн. Полное собрание сочинений. Т. 18. М.-Л.: Художественная литература; 1934.
7. Сеченов И. М. Автобиографические записки. М.; 1907.
8. Лисицына Н. В., Иванова Л. Ю., Иванова И. И. Мария Александровна Бокова-Сеченова - первая Русская женщина — врач-офтальмолог. *Children's Medicine of the North-West*. 2021;9(4):82—85.
9. Бокарева, О. Б. Женщины-ученые по архивным источникам Архива РАН: опыт составления энциклопедических статей о М. А. Боковой-Сеченовой, Л. С. Штерн, Е. Н. Ивановой. В кн. Архивный поиск: Электронный сборник научных статей и публикаций. М.: Архив РАН; 2019.
10. Толстой А. К. Собрание сочинений в четырех томах. Т. 1. М.: Правда; 1969.
11. Дарвинизм. Критическое исследование Н. Я. Данилевского. СПб; 1885.
12. Кременцов Н. Л. Международная евгеника и российское медицинское сообщество, 1900—1917. *Историко-биологические исследования*. 2015;(1):7—40.
13. Сеченов И. М. Беглый очерк научной деятельности русских университетов за последнее двадцатипятилетие. В кн. Собрание сочинений И. М. Сеченова. Т. 1. 1908. С. 418—435.
14. Собрание сочинений И. М. Сеченова. Т. 1. 1908.
3. Shaternikov M. N. Ivan Mikhailovich Sechenov. The struggle for science in Tsarist Russia: unpublished letters of I. M. Sechenov, I. I. Mechnikov, L. S. Tsenkovsky, V. O. Kovalevsky, S. N. Vinogradsky, M. M. Kovalevsky and others. Moscow-Leningrad; 1931 (in Russian).
4. Yanovskaya M. I. Sechenov. M.: Molodaja gvardija; 1959 (in Russian).
5. Sechenov I. M. Reflexes of the brain. *Medical Bulletin. [Medicinskij vestnik]*. 1863;47—48 (in Russian).
6. Tolstoy L. N. Anna Karenina. Complete works. T. 18. M.-L.: Fiction; 1934 (in Russian).
7. Sechenov I. M. Autobiographical notes. M.; 1907 (in Russian).
8. Lisitsyna N. V., Ivanova L. Yu., Ivanova I. I. Maria Aleksandrovna Bokova-Sechenova is the first Russian woman ophthalmologist. *Children's Medicine of the North-West*. 2021;9(4):82—85 (in Russian)
9. Bokareva, O. B. Women scientists based on archival sources of the RAS Archive: experience in compiling encyclopedic articles about M. A. Bokova-Sechenova, L. S. Stern, E. N. Ivanova. Archive search: Electronic collection of scientific articles and publications. M.: Archive of the Russian Academy of Sciences; 2019 (in Russian).
10. Tolstoy A. K. Collected works in four volumes. T. 1. M.: Pravda; 1969 (in Russian).
11. Darwinism. A critical study of N. Ya Danilevsky. Saint-Petersburg; 1885 (in Russian).
12. Kremontsov N. L. International eugenics and the Russian medical community, 1900—1917. *Historical and biological research. [Istoriko-biologicheskie issledovaniya]*. 2015;(1):7—40 (in Russian).
13. Sechenov I. M. A quick sketch of the scientific activity of Russian universities over the last twenty-five years. In the book. Collected works of I. M. Sechenov. T. 1. 1908. P. 418—435 (in Russian).
14. Collected works of I. M. Sechenov. T. 1. 1908 (in Russian).

REFERENCES:

1. Sokolova L. V., Nozdrachev A. D. "Celestial physiology" for the 145th anniversary of the birth of Academician A. A. Ukhtomsky. *Bulletin of the Russian Academy of Sciences. [Vestnik Rossijskoj akademii nauk]*. 2020;90(6):583—592 (in Russian).
2. Shidlovsky K. I. Obituary of I. M. Sechenov. *Journal of the Society of Russian Doctors in memory of N. I. Pirogov. [Zhurnal Obshchestva russkih vrachej v pamjat' N. I. Pirogova]*. 1905;(6—7):518—519 (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 11.09.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.

The article was submitted 11.09.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.

Юбилей

Оксана Юрьевна Александрова (к 60-летию со дня рождения)

22 ноября 2023 года исполнилось 60 лет со дня рождения заместителя директора, заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» доктора медицинских наук, профессора Оксаны Юрьевны Александровой.

Александрова О. Ю. выдающийся ученый и крупный специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья, автор 295 научных работ, из них 13 монографий и 4 авторских свидетельства. Под руководством и при научном консультировании Александровой О. Ю. выполнены и успешно защищены 14 кандидатских и 5 докторских диссертаций.

После окончания Рязанского медицинского института имени академика И. П. Павлова, очной аспирантуры на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения того же института, О. Ю. Александрова работала в практическом здравоохранении врачом отделения неотложной терапии Больницы скорой медицинской помощи; врачом, заведующей отделением, заместителем главного врача городской поликлиники № 2 г. Рязани.

Александрова О. Ю. успешно совмещала практическую работу в системе здравоохранения с научно-исследовательской и педагогической работой. В 1995 году защитила кандидатскую диссертацию, в 2001 — докторскую диссертацию по специальностям: 14.00.51. — восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия; 14.00.33 — общественное здоровье и здравоохранение. Александрова О. Ю. долгие годы преподавала в Первом Московском государственном медицинском университете имени И. М. Сеченова, была профессором кафедры основ законодательства в здравоохранении, профессором высшей школы управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первого московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова.

С 2016 года по 2019 год являлась заместителем директора по учебной работе — деканом факультета усовершенствования врачей, заведующей кафедрой организационно-правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. В. Владимирского (МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского). В эти годы



под ее руководством были разработаны и успешно реализованы образовательные программы высшего и дополнительного профессионального образования, оптимизирована структура и укреплена материально-техническая база факультета усовершенствования врачей, впервые был спроектирован, создан, оборудован и введен в действие медицинский аккредитационно-симуляционный центр в Московской области в рамках которого проходили первичную специализированную аккредитацию как выпускники МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, так и других образовательных организаций страны.

С 2019 года по настоящее время Александрова О. Ю. является, заместителем директора, главным научным сотрудником, заведующим кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко». Под руководством и при непосредственном участии Александровой О. Ю. были лицензированы и аккредитованы более 20 программ по подготовке кадров высшей квалификации в магистратуре, ординатуре и аспирантуре, созданы 14 кафедр, где проходят обучение более 300 человек.

Александрова О. Ю. является членом Редакционных советов журналов: «Проблемы стандартизации в здравоохранении»; «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины»; «Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний»; «Медицинское право»; «Здравоохранение»; «Правовые вопросы в здравоохранении».

Педагогическую и научную работу Александрова О. Ю. совмещает с общественной деятельностью, проводит экспертизы законопроектов в области охраны здоровья граждан в Комитете по охране здоровья Государственной Думы РФ, Общественной палате РФ, Экспертном совете Открытого Правительства Российской Федерации. Многократно выступала с докладами на Парламентских слушаниях Государственной Думы РФ, заседаниях Общественной Палаты РФ.

Александрова О. Ю. является членом рабочих групп по разработке Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В настоящее время является членом рабочей группы по организационным, правовым и экономическим вопросам оказания медицинской помощи больным с редкими заболеваниями при Комитете по охране здоровья

Государственной Думы РФ. Функция, как члена рабочей группы, заключается в экспертизе документов на предмет соблюдения прав граждан на медицинскую помощь и лекарственное обеспечение при существующих механизмах финансирования здравоохранения.

Александрова О. Ю. награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» (дважды), в 2011 г. награждена почетной грамотой МЗ СР РФ за многолетний добросовестный труд.

Редакционная коллегия журнала сердечно поздравляет Оксану Юрьевну с юбилеем, желает ей крепкого здоровья и счастья на долгие годы, благополучия и оптимизма, вдохновения, новых оригинальных идей и возможностей для их воплощения! Пусть опорой в Ваших делах всегда будут понимание и поддержка единомышленников, любовь родных и близких! Пусть ваша профессиональная жизнь будет полна энергии, целеустремленности и настойчивости, а дома царит любовь, уют, забота и благополучие.