

# БЮЛЛЕТЕНЬ

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

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2024. № 1

18+

Национальный НИИ общественного  
здоровья имени Н. А. Семашко

Журнал основан в 1992 г.

[www.bulleten-nriph.ru](http://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.

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

Заведующий редакцией:  
Максимов Егор Сергеевич.

Ответственный секретарь:  
Кузьмина Юлия Александровна.

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

E-mail: [r.bulletin@yandex.ru](mailto: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](http://www.pochta.ru)  
на электронную версию: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

ISSN 2415-8410 (Print)

ISSN 2415-8429 (Online).

Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. Т. 28. № 1. 1—150.

Сдано в набор 05.03.2024.

Подписано в печать 18.04.2024.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.  
Печ. л. 18,75. Усл. печ. л. 18,33.  
Уч.-изд. л. 24,15.

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

2024. No. 1.

18+

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

Founded in 1992.

[www.bulleten-nriph.ru](http://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](mailto:r.bulletin@yandex.ru)

Subscription via the Internet:  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

Subscription to the electronic  
version of the journal:  
[www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

## Editor-in-chief

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

## Editorial board

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENTS

### Общественное здоровье и организация здравоохранения

### Public health and healthcare management

Менгист Г. А., Саввина Н. В. Пищевое поведение студентов вузов: взаимосвязь с возрастом, индексом массы тела, психологическим дистрессом и социальной поддержкой	5
Ледовских Ю. А. Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи как инструмент управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология»	11
Найденова Н. Е., Евдаков В. А., Фомичева М. Л. Результативность профилактических вмешательств в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах	17
Царев С. А., Суслин С. А., Вавилов А. В., Зинатуллина Д. С., Измалков Н. С. Оценка затрат на медикаментозное лечение пациентов в стационарных условиях по профилю «наркология»	23
Гришина Л. А., Данилов А. В., Каташина Т. Б. Телемедицинские технологии как механизм обеспечения доступности и качества медицинской помощи: организационные и правовые аспекты	29
Сычёв Д. С., Родионов И. А., Русских С. В., Алексашина А. О., Дворникова Т. А. Теоретическое обоснование понятия «Детские риски» (обзор литературы)	35
Носова Е. С., Александрова О. Ю. Региональная стратегия предотвращения самоубийств. Первые шаги	40
Вошев Д. В., Вошева Н. А., Сон И. М., Драпкина О. М. Мнение пациентов о цифровизации в первичной медико-санитарной помощи	47
Якушин М. А., Воробьева А. В., Карпова О. В., Васильев М. Д. К вопросу о структурировании гериатрической патологии	54
Кизеев М. В., Голубева Г. А., Нежкина Н. Н., Бодунов А. В., Куликова Ю. А. Организационные пути совершенствования медицинской реабилитации в Российской Федерации на примере ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России	64
Роюк В. В., Фомин В. В., Решетников В. А., Сидельников С. А., Коршевер Н. Г. Автоматизированный способ оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19	69
Ананченкова П. И., Врубель М. Е., Белошистый С. Ю. Роль общественных организаций в развитии экспорта медицинских услуг: кейс Ассоциации медицинского туризма	77
Шипова В. М., Шаматава Н. Е. Актуальные проблемы применения планово-нормативных данных для организации медицинской помощи по гериатрии	83
<b>Вопросы демографии</b>	
Шмелев И. А., Черкасов С. Н. Анализ демографической ситуации в Самарской области	90
Краснов А. Е., Мингазова Э. Н. Смертность населения в XXI веке: региональные особенности	96
<b>Социальная структура, социальные институты и процессы</b>	
Богдан И. В., Горносталев М. Д., Кузьменков В. А., Потяева Т. А., Чистякова Д. П. Потребление наркотиков в Москве: опыт социологической оценки	102
Умнов А. Б. Совершенствование организационных аспектов ведения медицинской документации (на примере обзора решения Конституционного Суда РФ)	109
<b>История медицины</b>	
Сапронов И. Р. К вопросу об истории применения отдельных рот медицинского усиления в процессе лечения раненых в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.	118
Саркисов А. С. Видный деятель отечественной педиатрии Людмила Александровна Исаева	123
Егорышева И. В., Чалова В. В. Александр Александрович Кадьян (1849—1917)	126

Mengist G. A., Savvina N. V. Eating behavior of university students: relationships with age, body mass index, psychological distress and social support	5
Ledovskikh Yu. A. Clinical guidelines and standards of medical care as a tool for managing the organization of cancer care	11
Naydenova N. E., Evdakov V. A., Fomicheva M. L. The effectiveness of preventive interventions in remote and hard-to-reach settlements	17
Tsarev S. A., Suslin S. A., Vavilov A. V., Zinatullina D. S., Izmailkov N. S. Assessment of the costs of drug treatment of patients in inpatient conditions according to the profile «narcology»	23
Grishina L. A., Danilov A. V., Katashina T. B. Telemedicine technologies as a mechanism for ensuring the availability and quality of medical care: organizational and legal aspects	29
Sychev D. S., Rodionov I. A., Russkikh S. V., Aleksashina A. O., Dvornikova T. A. Theoretical substantiation of the concept of the «children's risks» (literature review)	35
Nosova E. S., Aleksandrova O. Yu. Regional strategy for suicide prevention: first steps and design	40
Voshev D. V., Vosheva N. A., Son I. M., Drapkina O. M. Patients' Opinion on digitalization in primary health care: a study on the impact of digital maturity of the healthcare system on citizens' satisfaction	47
Yakushin M. A., Vorobeva A. V., Karpova O. V., Vasiliev M. D. On the issue of structuring geriatric pathology	54
Kizeev M. V., Golubeva G. A., Nezhkina N. N., Bodunov A. V., Kulikova Yu. A. Organizational ways to improve medical rehabilitation in the Russian Federation on the example of the Federal State Medical Institution Reshma medical center FMBA of Russia	64
Royuk V. V., Fomin V. V., Reshetnikov V. A., Sidelnikov S. A., Korshover N. G. An automated method for evaluating the success of a medical organization repurposed to provide medical care to patients with COVID-19	69
Ananchenkova P. I., Vrubel M. E., Beloshisty S. Yu. The role of public organizations in the development of the export of medical services: the case of the Medical Tourism Association	77
Shipova V. M., Shamatava N. Ye. Current problems of the application of planning and regulation data for the organization of medical care for geriatrics	83
<b>Demographic issues</b>	
Shmelev I. A., Cherkasov S. N. Analysis of the demographic situation in the Samara region	90
Krasnov A. E., Mingazova E. N. Mortality in the 21st century: regional features	96
<b>Social structure, social institutions and processes</b>	
Bogdan I. V., Gornostalev M. D., Kuzmenkov V. A., Potyeva T. A., Chistyakova D. P. Drug Use in Moscow: A Sociological Assessment	102
Umnov A. B. Improving organizational aspects of maintenance of medical documentation (based on the example of a review of the decision of the Constitutional Court of the Russian Federation)	109
<b>History of medicine</b>	
Sapronov I. R. To the question of the history of the use of individual medical strengthening companies in the process of treatment of the wounded in the years of the Great Patriotic war 1941—1945	118
Sarkisov A. S. A prominent figure of Russian pediatrics Lyudmila Aleksandrovna Isaeva	123
Egorysheva I. V., Chalova V. V. Alexander Alexandrovich Kadyan (1849—1917)	126

<i>Серебряный Р. С., Маликова А. А.</i> Деятельность земских медицинских учреждений по ликвидации холерных эпидемий во второй половине XIX в. (на материалах Воронежской губернии) .....	130	<i>Serebryany R. S., Malikova A. A.</i> Activities of zemstvo medical institutions for the elimination of cholera epidemics in the second half of the XIX century (based on the materials of the Voronezh province)
<i>Бодулина Н. А., Карташев А. В.</i> Роль глазных отрядов профессора Н. М. Павлова в устранении трахомы на Ставрополье .....	137	<i>Bodulina N. A., Kartashev A. V.</i> The role of Professor N. M. Pavlov's eye detachments in eliminating trachoma in the Stavropol region
<i>Исакова В. Г.</i> И. П. Павлов — учёный, совершивший научную революцию .....	143	<i>Isakova V. G.</i> Pavlov is a scientist who made a scientific revolution
<i>Максимов Е. С.</i> Перестройка дореволюционного зубоврачевания в первые годы советской власти: планы и итоги ..	147	<i>Maksimov E. S.</i> Reorganization of pre-revolutionary dentistry in the first years of Soviet power: plans and results

# Общественное здоровье и организация здравоохранения

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.001

## Пищевое поведение студентов вузов: взаимосвязь с возрастом, индексом массы тела, психологическим дистрессом и социальной поддержкой

Гетнет Абебе Менгист<sup>1✉</sup>, Надежда Валерьевна Саввина<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова», 677000, г. Якутск, Российская Федерация

<sup>1</sup>getabebe7@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8269-7424>

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

**Аннотация.** Понимание пищевого поведения и факторов, влияющих на него, важно для профилактики и лечения избыточного веса и ожирения. Таким образом, целью данного исследования было определить взаимосвязь подшкал пищевого поведения с возрастом, индексом массы тела, психологическим стрессом и социальной поддержкой среди студентов университета в Якутске, Республика Саха (Якутия). Онлайн-кросс-опрос был проведен среди студентов бакалавриата Северо-Восточного федерального университета имени М. К. Аммосова с 1 октября по 30 ноября 2022 г. Для анализа данных использовали t-критерий независимой выборки и коэффициент корреляции Пирсона. Пороговое значение  $p$  для статистической значимости составило 0,05. Всего в анализ было включено 384 участника исследования. Среди участников исследования 242 (63%) были женщинами со средним возрастом 20,93+2,1 года. Большинство участников исследования (69%) имели экстернальное пищевое поведение, 67,4% — эмоциональное пищевое поведение и 43,8% — ограничительное пищевое поведение. Три вида пищевого поведения, а именно эмоциональное пищевое поведение, ограничительное пищевое поведение и экстернальное пищевое поведение, положительно коррелировали друг с другом. Пищевое поведение также коррелировало с психологическим дистрессом и индексом массы тела. Следовательно, чтобы лучше понять взаимосвязь между пищевым поведением и его причинными факторами, необходимо правильно спланированное лонгитюдное исследование.

**Ключевые слова:** пищевое поведение; студенты вузов; индекс массы тела; психологический дистресс; социальная поддержка.

**Для цитирования:** Менгист Г. А., Саввина Н. В. Пищевое поведение студентов вузов: взаимосвязь с возрастом, индексом массы тела, психологическим дистрессом и социальной поддержкой // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 5—10. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.001.

## Public health and healthcare management

Original article

### Eating behavior of university students: relationships with age, body mass index, psychological distress and social support

Getnet A. Mengist<sup>1✉</sup>, Nadezhda V. Savvina<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>Northeastern Federal University named after M.K.Ammosov, 677000, Yakutsk, Russian Federation

<sup>1</sup>getabebe7@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8269-7424>

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

**Annotation.** Understanding eating behaviors and the factors that affect them is important for the prevention and treatment of overweight and obesity. Therefore, the aim of this study was to determine the relationship of subscales of eating behaviors with age, body mass index, psychological distress and social support among university students in Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia). An online cross-sectional survey was conducted among undergraduate students of North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov from October 1 to November 30, 2022. An independent sample t-test and Pearson's correlation coefficient were used for analysis of the data. The p-value cutoff for statistical significance was 0.05. A total of 384 study participants were included in the analysis. Among the study participants, 242 (63%) were females with a mean age of 20.93+2.1 years. The majority of study participants (69%) had external eating behavior, 67.4% had emotional eating behavior and 43.8% had restrictive eating behavior. The three kinds of eating behaviors namely emotional eating behavior, restrictive eating behavior and external eating behavior were positively correlated each other. The eating behaviors were also correlated with psychological distress and body mass index. Therefore, to better understand the relationship between eating behaviors and their causal factors, a properly designed longitudinal study is required.

**Key words:** eating behaviors; university students; body mass; psychological distress; social support

© Г. А. Менгист, Н. В. Саввина, 2024

**For citation:** Mengist G. A., Savvina N. V. Eating behavior of university students: relationships with age, body mass index, psychological distress and social support. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):5–10. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.001.

## Введение

Во всем мире распространность избыточного веса и ожирения растет. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространность ожирения увеличилась на 50% в период с 2000 по 2016 год. В 2016 году около 39% взрослых имели избыточный вес, а 13% страдали ожирением [1, 2]. Избыточный вес и ожирение представляют собой сложные взаимодействия между генетическими и поведенческими факторами. Однако поведенческие факторы риска, такие как пищевое поведение, малоподвижный образ жизни и низкий уровень физической активности, являются основными причинами избыточного веса и ожирения [3, 4].

Пищевое поведение — это набор когнитивных процессов, которые влияют на принятие диетических решений. Существует три вида пищевого поведения: эмоциональное пищевое поведение, Экстернальное пищевое поведение и ограничительное пищевое поведение. Эмоциональное пищевое поведение относится к приему пищи в ответ на стресс или негативные эмоции, такие как гнев, страх или тревога. Экстернальное пищевое поведение относится к перееданию в ответ на вкусовые качества пищи, вид и запах пищи, голод или внешние воздействия, такие как потребление другими людьми. Ограничительное пищевое поведение — это преднамеренное ограничение потребления пищи для поддержания или снижения массы тела. Однако ограничительное пищевое поведение сопровождается перееданием в результате усиления чувства голода и аппетита вследствие длительного ограничения в еде [4–6].

Студенты университетов представляют собой особые группы населения, которые очень уязвимы к нездоровому пищевому поведению, что может увеличить риск избыточного веса и ожирения, а также других неинфекционных заболеваний, связанных с питанием [7]. Например, перекрестное исследование, проведенное для анализа особенностей пищевого поведения учащихся, показали, что распространенность экстернального пищевого поведения, эмоционального пищевого поведения и ограничительного пищевого поведения составила 86%, 52% и 38% соответственно [8].

Исследования показали, что на нездоровое пищевое поведение влияет ряд факторов, таких как индекс массы тела (ИМТ) [9], возраст [10], социальные [11] и психологические факторы [12]. Понимание пищевого поведения и факторов, влияющих на него, важно для профилактики и лечения избыточного веса и ожирения [13]. Однако исследований пищевого поведения студентов в России немного [8, 14, 15]. Кроме того, эти исследования были сосредоточены на распространенности пищевого поведения, а не на изучении взаимосвязи между пищевым поведением и факторами риска.

## Цель исследования

Определить взаимосвязь подшкал пищевого поведения с возрастом, индексом массы тела, психологическим стрессом и социальной поддержкой среди студентов университета в Якутске, Республика Саха (Якутия).

## Материалы и методы

*Место и период исследования.* Исследование проводилось в Северо-Восточном федеральном университете имени М. К. Аммосова (СВФУ) с 1 октября по 30 ноября 2022 года.

*Дизайн исследования и участники.* Среди студентов бакалавриата был проведен онлайн-опрос.

*Инструмент для сбора данных.* Анонимная онлайн-анкета, созданная с помощью Google Forms, была использована для сбора данных через социальную сеть (WhatsApp). Анкета состояла из пяти разделов. Первый раздел состоял из демографической информации о поле и возрасте учащихся. Второй раздел состоял из вопросов об антропометрических данных о весе и росте участников исследования. Вес и рост участников исследования были собраны для определения ИМТ. ИМТ ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ) участников исследования рассчитывали путем деления массы тела в (кг) на квадрат роста в метрах ( $\text{м}^2$ ). Третий раздел был посвящен вопросам о пищевом поведении. Пищевое поведение оценивали с помощью голландского опросника пищевого поведения “Dutch Eating Behavior Questionnaire” (DEBQ) [5]. Он состоит из 33 пунктов для оценки 3-х подшкал пищевого поведения: экстернальное пищевое поведение (10 пунктов), эмоциональное пищевое поведение (13 пунктов) и ограничительное пищевое поведение (10 пунктов). Средний балл по каждой подшкале рассчитывался путем сложения баллов, полученных по отдельным пунктам, и деления их на количество пунктов, включенных в подшкалу. Более высокие баллы в каждой подшкале отражают более высокий уровень эмоционального пищевого поведения, ограничительного пищевого поведения и экстернального пищевого поведения. Нормальные значения эмоционального, ограничительного и экстернального пищевого поведения составляют 1,8, 2,4 и 2,7 балла соответственно [14, 15]. Четвертый раздел состоял из вопросов о психологическом дистрессе (симптомы тревоги и депрессии). Психологический дистресс оценивали с помощью Контрольного списка симптомов Хопкинса-10 “Hopkins Symptom Checklist-10” (HSCL-10) [16]. Пятый раздел анкеты был посвящен вопросам социальной поддержки. Социальная поддержка оценивалась с использованием шкалы социальной поддержки Осло “Oslo Social Support Scale-3 (OSS-3) с тремя вопросами [17].

*Анализ данных.* Данные, собранные с помощью форм Google, были проанализированы с использованием SPSS версии 23. Сначала была проверена нормальность данных с использованием гистограмм

мы, графика нормальности, асимметрии и эксцесса. Описательные статистические данные, такие как среднее значение, стандартное отклонение (СО), частота и процент, использовались для описания переменных. Поскольку данные были распределены нормально, для анализа использовались параметрические тесты. Для сравнения средних значений использовали независимый выборочный t-критерий. Взаимосвязь между эмоциональным пищевым поведением, ограничительным пищевым поведением, экстернальным пищевым поведением, возрастом, ИМТ, психологическим дистрессом и социальной поддержкой измерялась с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Пороговое значение  $p$  для статистической значимости составило 0,05.

**Этическое одобрение.** Исследование одобрено Локальным этическим комитетом Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова (протокол № 33 от 15 декабря 2021 г.). Все участники исследования, включенные в исследование, дали информированное согласие в режиме онлайн. Участники исследования были проинформированы о том, что они могут продолжить опрос, если выберут «Я согласен участвовать в исследовании». Кроме того, конфиденциальность и анонимность анкеты сохранялись.

### Результаты

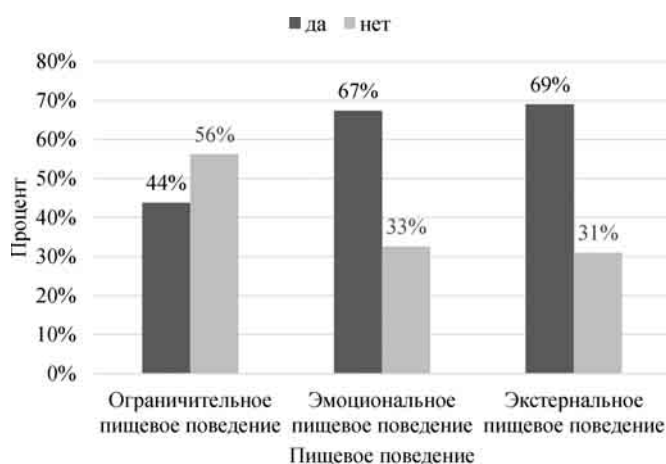
Всего в анализ было включено 384 участника исследования. Среди участников исследования 242 (63%) были женщины. Средний возраст и ИМТ участников исследования составили 20,93 + 2,1 года и 22,63 + 3,94 года соответственно. Что касается пищевого поведения, экстернальное пищевое поведение имело самый высокий средний балл, который имел средний балл 3,01 + 0,71. Средние баллы психологического стресса и социальной поддержки участников исследования составили 2,21 + 0,81 и 8,8 + 2,42, соответственно (см. табл. 1).

Что касается распространенности пищевого поведения, то 69%, 67% и 44% участников исследования имели экстернальное пищевое поведение, эмоциональное пищевое поведение и ограничительное пищевое поведение соответственно (см. рисунок).

Таблица 1

Характеристики участников исследования (n=384)

Категориальные переменные	№ (%)		
Пол			
женщины	242 (67%)		
мужчины	142 (37%)		
Непрерывные переменные	Среднее + стандартное отклонение	Минимум	Максимум
Возраст (в годах)	20,93 + 2,1	18	25
Индекс массы тела (кг/м <sup>2</sup> )	22,63 + 3,94	15,06	32,47
Ограничительное пищевое поведение	2,24 + 0,88	1	5
Эмоциональное пищевое поведение	2,33 + 0,95	1	5
Экстернальное пищевое поведение	3,01 + 0,71	1,4	4,9
Психологический дистресс	2,21 + 0,81	1	4
Социальная поддержка	8,8 + 2,42	3	14



Распространенность пищевого поведения среди студентов бакалавриата.

Абсцисса указывает на пищевое поведение. Ордината указывает процент

В таблице 2 показано сравнение среднего возраста, ИМТ, ограничительного пищевого поведения, эмоционального пищевого поведения, экстернального пищевого поведения, психологического стресса и социальной поддержки между женщинами и мужчинами. Существовала статистически значимая разница между средними показателями ИМТ, эмоционального пищевого поведения, экстернального пищевого поведения и психологического стресса и полом участников исследования. Средний показатель ИМТ у мужчин был выше, чем у женщин ( $p < 0,001$ ). Средние показатели эмоционального пищевого поведения, экстернального пищевого поведения и психологического стресса у женщин были выше, чем у мужчин (см. табл. 2).

Корреляции Пирсона между ограничительным пищевым поведением, эмоциональным пищевым поведением, экстернальным пищевым поведением, возрастом, ИМТ, психологическим дистрессом и социальной поддержкой у женщин и мужчин представлены в таблице 3. Как у мужчин, так и у женщин ограничительное пищевое поведение положительно коррелировало с эмоциональным пищевым поведением и ИМТ. У обоих полов экстернальное пищевое поведение положительно коррелировало с психологическим дистрессом. Ограничительное пищевое

Таблица 2

Сравнение средних значений исследуемых переменных между женщинами и мужчинами.

Переменные	Женщины (n=242)	Мужчины (n=142)	$p^*$
	среднее + стандартное отклонение		
Возраст (в годах)	20,98 + 2,11	20,86 + 2,10	0,603
Индекс массы тела (кг/м <sup>2</sup> )	22,02 + 3,72	23,69 + 4,09	<0,001
Ограничительное пищевое поведение	2,29 + 0,86	2,18 + 0,9	0,260
Эмоциональное пищевое поведение	2,45 + 0,96	2,10 + 0,88	<0,001
Экстернальное пищевое поведение	3,09 + 0,72	2,77 + 0,66	0,004
Психологический дистресс	1,33 + 0,79	1,00 + 0,79	<0,001
Социальная поддержка	8,91 + 2,172	8,61 + 2,81	0,263

Примечание: \*Стьюдентный критерий независимых выборок.

Корреляция Пирсона между пищевым поведением и возрастом, ИМТ, психологическим дистрессом и социальной поддержкой среди женщин и мужчин

Переменные	Ограничительное пищевое поведение	Эмоциональное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение	Возраст (лет)	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Психологический дистресс	Социальная поддержка
	<i>r</i> ( <i>p</i> )						
Ограничительное пищевое поведение		0,187 (0,004)	0,123 (0,056)	0,049 (0,452)	0,280 (<0,001)	0,003 (0,966)	-0,050 (0,442)
Эмоциональное пищевое поведение	0,569 (0,001)		0,604 (<0,001)	-0,013 (0,839)	-0,047 (0,465)	0,404 (<0,001)	-0,074 (0,253)
Экстернальное пищевое поведение	0,332 (0,001)	0,455 (<0,001)		-0,024 (0,715)	-0,052 (0,418)	0,254 (<0,001)	0,094 (0,146)
Возраст (в годах)	-0,129 (0,126)	-0,121 (0,152)	-0,115 (0,173)		0,237 (<0,001)	-0,118 (0,066)	0,017 (0,796)
индекс массы тела (кг/м <sup>2</sup> )	0,405 (<0,001)	0,237 (0,005)	0,100 (0,235)	0,247 (0,003)		-0,192 (0,003)	0,068 (0,295)
Психологический дистресс	0,136 (0,106)	0,254 (0,002)	0,214 (0,011)	-0,221 (0,008)	0,019 (0,824)		-0,281 (<0,001)
Социальная поддержка	-0,007 (0,936)	-0,107 (0,204)	0,001 (0,992)	0,128 (0,128)	0,133 (0,115)	-0,322 (<0,001)	

Примечание: корреляции Пирсона для женщин представлены выше главной диагонали; в то время как корреляции Пирсона для мужчин представлены ниже главной диагонали; *r*-коэффициент корреляции Пирсона; *p*- уровень статистической значимости

поведение положительно коррелировало с экстернальным пищевым поведением только у самцов. Только у мужчин эмоциональное пищевое поведение положительно коррелировало с ИМТ. Как у мужчин, так и у женщин не было статистически значимой корреляции между пищевым поведением и социальной поддержкой или возрастом (см. табл. 3).

### Обсуждение

На нездоровое пищевое поведение влияет ряд факторов [9—12]. Поэтому настоящее исследование было проведено для оценки связи между эмоциональным пищевым поведением, ограничительным пищевым поведением и экстернальным пищевым поведением и возрастом, ИМТ, психологическим дистрессом и социальной поддержкой среди студентов университета.

Это исследование показало, что 69% участников исследования имели экстернальное пищевое поведение. Этот вывод аналогичен исследованию, проведенному Тереховой и др. [15], но ниже, чем в исследовании Каратерзи и Климковича [8]. Точно так же 67% участников этого исследования имели эмоциональное пищевое поведение. Этот результат немного выше, чем в отчетах других исследований (8, 15). Распространенность ограничительного пищевого поведения в этом исследовании составляет 44%. Этот результат немного выше, чем в исследовании Каратерзи и Климкович [8], но ниже, чем в исследовании Тереховой и др. [15].

В настоящем исследовании средний показатель ИМТ у мужчин был выше, чем у женщин. Это может быть связано с переоценкой своего веса самцами и занижением веса самками [18]. Средние баллы эмоционального пищевого поведения и внешнего пищевого поведения у женщин были выше, чем у мужчин. Этот вывод аналогичен другим исследованиям [9, 10, 19]. В текущем исследовании симптомы депрессии и тревоги были выше среди женщин. Этот вывод согласуется с другими исследованиями [20, 21].

В текущем исследовании ограничительное пищевое поведение положительно коррелировало с эмоциональным пищевым поведением и ИМТ у обоих полов. Возможно, это связано с тем, что ограничи-

тельное пищевое поведение может быть как причиной, так и следствием эмоционального пищевого поведения и изменения ИМТ [6, 22]. Этот вывод аналогичен исследованию Ковальковской и Поиньоса [23].

Как у мужчин, так и у женщин эмоциональное пищевое поведение положительно коррелировало с экстернальным пищевым поведением и психологическим дистрессом. Возможно, это связано с тем, что эмоциональное пищевое поведение может быть как причиной, так и следствием экстернального пищевого поведения и психологического дистресса. Этот вывод аналогичен исследованию Калкана и др. [19]. У обоих полов экстернальное пищевое поведение положительно коррелировало с психологическим дистрессом. Это указывает на то, что по мере повышения уровня депрессии и тревожности у студентов увеличивается и уровень экстернального пищевого поведения. Этот вывод аналогичен исследованию, проведенному Конттиненом и др. [12].

Ограничительное пищевое поведение положительно коррелировало с внешним пищевым поведением только у самцов. Это может быть связано с тем, что ограничение потребления пищи в течение более длительного периода может вызвать чувство голода. Голод, в свою очередь, может привести к внешнему приему пищи. Это согласуется с исследованием Пойньос и др. [10]. Также была обнаружена сильная положительная корреляция между эмоциональным питанием и ИМТ только у мужчин. Это может быть связано с тем, что увеличение потребления пищи в ответ на стресс и негативные эмоции может привести к увеличению веса. Этот вывод также аналогичен исследованию, проведенному Конттиненом и др. [12]. Из-за перекрестного характера этого исследования эти корреляции между пищевым поведением и связанными с ним факторами не доказали причинно-следственную связь. Это продемонстрировало необходимость в правильно спланированном лонгитюдном исследовании.

### Ограничения исследования

Это исследование имело определенные ограничения. Во-первых, обобщаемость результатов исследования ограничена, так как данные были собраны



посредством онлайн-опроса и проведены только в одном университете. Во-вторых, анкеты, заполненные самостоятельно, используемые в этом исследовании для оценки подшкал пищевого поведения и психологического стресса, могут использоваться только для выявления симптомов и не могут использоваться для постановки диагноза. Наконец, из-за перекрестного характера этого исследования не может быть установлена прямая причинно-следственная связь.

### Выводы

Распространенность эмоционального пищевого поведения, ограничительного пищевого поведения и экстернального пищевого поведения среди студентов была высокой. Три вида пищевого поведения, а именно эмоциональное пищевое поведение, ограничительное пищевое поведение и экстернальное пищевое поведение, положительно коррелировали друг с другом. Ограничительное пищевое поведение и эмоциональное пищевое поведение положительно коррелировали с ИМТ. Эмоциональное пищевое поведение и экстернальное пищевое поведение положительно коррелировали с симптомами депрессии и тревоги. Следовательно, чтобы лучше понять взаимосвязь между пищевым поведением и его причинными факторами, необходимо правильно спланированное лонгитюдное исследование.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Касимов Р. А. Избыточная масса тела как фактор риска заболеваемости населения территорий. *Проблемы Развития Территории*. 2016;83(3):137—150.
- Blüher M. Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(5):288—98. DOI: 10.1038/s41574-019-0176-8.
- Кособуцкая С. А., Крючкова А. В., Панина О. А., Поletaeva И. А., Кондусова Ю. В. Роль пищевого поведения в формировании здорового образа жизни. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2019;(77):35—39.
- Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord*. 1986;5(2):295—315. DOI:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T.
- Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Curr Diab Rep*. 2018;18(6):35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.
- Al-Qahtani MH. Dietary Habits of Saudi Medical Students at University of Dammam. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10(3):353—62. DOI: 10.12816/0048729.
- Каратерзи В. А., Климкович М. В. Особенности пищевого поведения студентов с разным уровнем жизнестойкости. *Право. Экономика. Психология*. 2020;20(4):89—94.
- Löffler A, Luck T, Then FS, Luck-Sikorski C, Pabst A, Kovacs P, et al. Effects of psychological eating behaviour domains on the association between socio-economic status and BMI. *Public Health Nutr*. 2017;20(15):2706—2712. DOI: 10.1017/S1368980017001653.
- Poinhos R, Oliveira BMPM, Correia F. Eating behavior in Portuguese higher education students: The effect of social desirability. *Nutrition*. 2015;31(2):310—314. DOI: 10.1016/j.nut.2014.07.008.
- Ruddock HK, Brunstrom JM, Vartanian LR, Higgs S. A systematic review and meta-analysis of the social facilitation of eating. *Am J Clin Nutr*. 2019;110(4):842—861. DOI: 10.1093/ajcn/nqz155.
- Konttinen H, van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukka A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2019;16(1):28. DOI: 10.1186/s12966-019-0791-8.

- Леонова Е. Н. Социально — психологические типы пищевого поведения. *Вестник Удмуртского университета. Серия филология. Психология. Педагогика*. 2017;27(4):174—181.
- Ляпин В. А., Семенова Н. В., Демчук Э. А. Пищевое поведение студентов вузов разного профиля. *Омский научный вестник*. 2014;134(2):147—150.
- Терехова А. А., Федотов Н. Д., Ямщикова Т. В. Пищевое поведение студентов медицинского вуза. *Modern Science*. 2021;(4—2):129—133.
- Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry*. 2003;57(2):113—8. DOI: 10.1080/08039480310000932.
- Kocalevent RD, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, et al. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol*. 2018;17(6(1)):31. DOI: 10.1186/s40359-018-0249-9.
- Schmidt MI, Duncan BB, Tavares M, Polanczyk CA, Pellanda L, Zimmer PM. Validity of self-reported weight—a study of urban Brazilian adults. *Rev Saude Publica*. 1993;27(4):271—6. DOI: 10.1590/s0034-89101993000400007.
- Kalkan UY, Mataracı DD, Durgun H, Gök Uğur H. The examination of the relationship between nursing students' depression, anxiety and stress levels and restrictive, emotional, and external eating behaviors in COVID-19 social isolation process. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(2):507—516. DOI: 10.1111/ppc.12703.
- Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. 2016;50(4):456—68. DOI: 10.1111/medu.12962.
- Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res*. 2015;141(3):354—7. DOI: 10.4103/0971—5916.156571.
- Haynos AF, Wang SB, Fruzzetti AE. Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample. *Eat Disord*. 2018;26(1):5—12. DOI: 10.1080/10640266.2018.1418264.
- Kowalkowska J, Poinhos R. Eating Behaviour among University Students: Relationships with Age, Socioeconomic Status, Physical Activity, Body Mass Index, Waist-to-Height Ratio and Social Desirability. *Nutrients*. 2021;13(10):3622. DOI: 10.3390/nu13103622.

### REFERENCES

- World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Kasimov R. A. Overweight as a risk factor for population of the territories. *Problems of the development of the territory. [Problemy Razvitiya Territorij]*. 2016;83(3):137—150 (in Russian).
- Blüher M. Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019; 15(5):288—98. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8>.
- Kosobutskaya S. A., Kryuchkova A. V., Panina O. A., Poletaeva I. A., Kondusova Yu. V. The role of eating behavior in the formation of a healthy lifestyle. *Scientific and Medical Bulletin of the Central Chernozem'ya region. [Nauchno - meditsinskiy vestnik tsentral'nogo chernozem'ya]*. 2019;(77):35—39 (in Russian).
- Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord*. 1986;5(2):295—315. DOI:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T.
- Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Curr Diab Rep*. 2018;18(6):35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.
- Al-Qahtani MH. Dietary Habits of Saudi Medical Students at University of Dammam. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10(3):353—62. DOI: 10.12816/0048729.
- Karaterzi V. A., Klimkovich M. V. Peculiarities of food behavior of students with different level of hardness. *Right. Economy. Psychology. [Pravo. Ekonomika. Psikhologiya]*. 2020;20(4):89—94 (in Russian).
- Löffler A, Luck T, Then FS, Luck-Sikorski C, Pabst A, Kovacs P, et al. Effects of psychological eating behaviour domains on the association between socio-economic status and BMI. *Public Health Nutr*. 2017;20(15):2706—2712. DOI: 10.1017/S1368980017001653.
- Poinhos R, Oliveira BMPM, Correia F. Eating behavior in Portuguese higher education students: The effect of social desirability. *Nutrition*. 2015;31(2):310—314. DOI: 10.1016/j.nut.2014.07.008.

11. Ruddock HK, Brunstrom JM, Vartanian LR, Higgs S. A systematic review and meta-analysis of the social facilitation of eating. *Am J Clin Nutr.* 2019;110(4):842—861. DOI: 10.1093/ajcn/nqz155.
12. Kontinen H, van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala Ari. Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019;16(1):28. DOI: 10.1186/s12966-019-0791-8.
13. Leonova E. N. Socio-psychological types of eating behavior]. *Bulletin of Udmurt University. Philosophy series. Psychology. Pedagogy.* [Vestnik Udmurtskogo universiteta. Seriya filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika]. 2017;27(4):174—181 (in Russian).
14. Lyapin V. A., Semenova N. V., Demchuk E. A. Eating behavior of university students of different profiles. *Omsk Scientific Bulletin.* [Omskiy nauchnyy vestnik]. 2014;134(2):147—150 (in Russian).
15. Terekhova A. A., Fedotov N. D., Yamshchikova T. V. Eating behaviour of medical students. *Modern Science.* 2021;4(2):129—133 (in Russian).
16. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry.* 2003;57(2):113—8. DOI: 10.1080/08039480310000932.
17. Kocalevent RD, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, et al. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol.* 2018;17(6(1)):31. DOI: 10.1186/s40359-018-0249-9.
18. Schmidt MI, Duncan BB, Tavares M, Polanczyk CA, Pellanda L, Zimmer PM. Validity of self-reported weight—a study of urban Brazilian adults. *Rev Saude Publica.* 1993;27(4):271—6. DOI: 10.1590/s0034-89101993000400007.
19. Kalkan UY, Mataracı DD, Durgun H, Gök Uğur H. The examination of the relationship between nursing students' depression, anxiety and stress levels and restrictive, emotional, and external eating behaviors in COVID-19 social isolation process. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(2):507—516. DOI: 10.1111/ppc.12703.
20. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ.* 2016;50(4):456—68. DOI: 10.1111/medu.12962.
21. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res.* 2015;141(3):354—7. DOI: 10.4103/0971—5916.156571.
22. Haynos AF, Wang SB, Fruzzetti AE. Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample. *Eat Disord.* 2018;26(1):5—12. DOI: 10.1080/10640266.2018.1418264.
23. Kowalkowska J, Poínhos R. Eating Behaviour among University Students: Relationships with Age, Socioeconomic Status, Physical Activity, Body Mass Index, Waist-to-Height Ratio and Social Desirability. *Nutrients.* 2021;13(10):3622. DOI: 10.3390/nu13103622.

**Вклад авторов:** все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

**Соблюдение этических норм:** Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом Медицинского института Северо-Восточного федерального университета имени М. К. Аммосова (протокол № 33 от 15 декабря 2021 г.). Информированное согласие в режиме онлайн было получено от всех участников исследования.

**Финансирование:** Авторы не получали финансовой поддержки для исследования, авторства и/или публикации этой статьи.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Contribution of the authors:** All the authors contributed equally to this article.

**Compliance with ethical standards:** The study was approved by the Local Ethics Committee of the Medical Institute of the Northeastern Federal University named after M. K. Ammosov (Minutes No. 33 of December 15, 2021). Online informed consent was obtained from all study participants.

**Funding:** The authors did not receive any financial support for the research, authorship and/or publication of this article.

**Conflict of interest:** The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 25.05.2023; одобрена после рецензирования 12.10.2023; принята к публикации 05.02.2024.

The article was submitted 25.05.2023; approved after reviewing 12.10.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.002

## Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи как инструмент управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология»

Юлия Анатольевна Ледовских

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества  
медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская  
Федерация;

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного  
профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального  
образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация

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

**Аннотация.** В настоящее время перед системой здравоохранения стоит задача внедрения клинических рекомендаций в клиническую практику, что требует оценки потребности в ресурсном обеспечении оказания медицинской помощи. Начиная с 2019 года стандарты медицинской помощи разрабатываются на основе клинических рекомендаций. В исследовании проведена оценка возможности планирования ресурсного обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций. В результате было показано, что стандарты медицинской помощи, утвержденные приказом Минздрава России, позволяют оценивать потребность в лекарственных препаратах (с определенными ограничениями) и количестве коек. Цифровой прототип стандартов медицинской помощи позволяет проводить более детальную оценку в разрезе условий оказания медицинской помощи, видов и методов противоопухолевого лечения, а также дополнительно оценивать потребность в единицах планирования, принятых в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в медицинских кадрах. В целом, стандарты медицинской помощи, разработанные на основе клинических рекомендаций, можно считать инструментом управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология».

**Ключевые слова:** стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации, стандартизированный модуль, онкологическая помощь, управление здравоохранением, ресурсное обеспечение

**Для цитирования:** Ледовских Ю. А. Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи как инструмент управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология» // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 11–16. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.002.

Original article

### Clinical guidelines and standards of medical care as a tool for managing the organization of cancer care

Yulia A. Ledovskikh

Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation  
Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional  
Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

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

**Annotation.** Currently, the healthcare system is faced with the task to implement clinical guidelines into clinical practice, which requires an assessment of needs for resource support for the provision of medical care. Starting from 2019, standards of medical care are being developed based on clinical guidelines. The study assessed the possibility of planning the resource support for the provision of medical care for cancer diseases according to the standards of medical care developed on the basis of clinical guidelines. As a result, it was shown that the standards of medical care approved by the order of the Ministry of Health of Russia make it possible to assess the need for medicines and the number of cots. Wherein the digital prototype of medical care standards allows for a more detailed assessment and in terms of the conditions for providing medical care, types and methods of antitumor treatment, as well as additionally assessing the need for medical care and medical personnel. So currently the standards of medical care developed on the basis of the clinical guidelines can be considered as a tool for managing the organization of cancer care.

**Key words:** standards of medical care, clinical guidelines, standardized module, cancer care, health care management, resource provision

**For citation:** Ledovskikh Yu.A. Clinical guidelines and standards of medical care as a tool for managing the organization of cancer care. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(1):11–16. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.002.

### Введение

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации (РФ), как во всем мире, ос-

новными документами, на которые должны ориентироваться врачи при выборе тактики лечения пациентов, являются клинические рекомендации

(КР). Изменения законодательства последних лет определили КР основообразующими документами при организации оказания медицинской помощи, что поставило перед системой здравоохранения РФ задачу внедрения клинических рекомендаций в клиническую практику. Уже сегодня перед национальными медицинскими исследовательскими центрами в рамках реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»<sup>1</sup> стоят задачи внедрения в субъектах РФ системы контроля качества медицинской помощи на основе КР.

Согласно статье 79 Федерального закона № 323<sup>2</sup> медицинские организации обязаны обеспечить оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе КР. При этом в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», начиная с 2019 года уже реализуется оказание медицинской помощи в соответствии с КР, что обеспечивается, в том числе выделением дополнительного финансирования<sup>3</sup>.

КР представляют собой совокупность тезис-рекомендаций, в которых указывается научно-обоснованная информация о применении медицинских вмешательств. Каждый тезис-рекомендация в КР должен отвечать на три вопроса: «что делать?», «кому делать?», «с какой целью?»<sup>4</sup>. При этом в КР могут быть рекомендованы альтернативные методы медицинских вмешательств, и решение выбора метода в определенной клинической ситуации для определенного пациента остается правом выбора лечащего врача.

Структура клинических рекомендаций не подразумевает указание усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения медицинских вмешательств, что не позволяет проводить по ним какие-либо расчеты. Наряду с этим стандарты медицинской помощи, которые с 2019 года разрабатываются на основе КР, представляют собой структурированные в табличной форме перечни медицинских услуг, лекарственных препаратов (ЛП), компонентов крови и медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебного питания с указанием усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения, что позволяет использовать стандарты медицинской помощи для проведения расчетов с целью планирования ресурсов системы здравоохранения. Допол-

нительно к этому в основе методики разработки стандартов медицинской помощи лежит формирование стандартизированных модулей медицинской помощи (стандартизированные модули) и математических моделей<sup>5</sup>. Стандартизированные модули описывают в структурированной форме объем медицинской помощи, необходимый в рамках случая оказания медицинской помощи при применении определенного метода лечения. Математическая модель строится по принципу дерева решений и позволяет определить вероятность применения стандартизированных модулей в популяции пациентов, а также кратность применения стандартизированных модулей и их последовательность в зависимости от клинических параметров, влияющих на выбор тактики лечения в соответствии с КР. При построении математической модели используются статистические данные при условии их наличия, а в случае их отсутствия — экспертные оценки разработчиков стандарта медицинской помощи.

Таким образом, разработанные на основе КР стандарты медицинской помощи с одной стороны представляют собой документы в табличной форме сложившегося формата, утверждаемые приказом Минздрава России, а с другой стороны имеется цифровой прототип стандарта.

Следует отметить, что уже начиная с 2018 года на основе стандартизированных модулей были пересмотрены принципы формирования клинко-статистических групп (КСГ), используемые для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии и лучевой и химиолучевой терапии [1,2].

Целью данного исследования является оценка возможности планирования ресурсного обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе КР, на примере стандарта, разработанного на основе клинических рекомендаций «Рак желудка».

### Материалы и методы

В рамках проведенного исследования были проанализированы КР «Рак желудка»<sup>6</sup>, размещенные в Рубрикаторе КР Минздрава России в 2020 году и стандарт медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение), утвержденный приказом Минздрава России от 01.03.2021 № 144н<sup>7</sup>.

Наряду с утвержденным стандартом медицинской помощи анализировался его цифровой прототип в виде 94 стандартизированных модулей и математической модели, учитывающей как статистические данные, так и экспертные оценки разработчиков стандартов медицинской помощи.

В ходе исследования стандарт медицинской помощи был оценен на предмет возможности:

— планирования лекарственного обеспечения,

<sup>1</sup> Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/nmits>

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

<sup>3</sup> Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/onko>

<sup>4</sup> Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»

<sup>5</sup> Методические рекомендации по разработке проектов стандартов медицинской помощи. URL: <https://rosmedex.ru/standarts>

<sup>6</sup> [https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/574\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/574_1)

<sup>7</sup> Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 144н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при раке желудка»

Таблица 1

**Годовая потребность в ЛП, рассчитанная по стандарту медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение) для 100 пациентов**

МНН ЛП	ЕИ в стандарте медицинской помощи	Потребность в ЕИ из стандарта медицинской помощи	Дозировка	ЕИ в ЕСКЛП	Потребность в ЕИ из ЕСКЛП
Доцетаксел	мг	773	40 мг/мл	мл	19
Иринотекан	мг	1 289	20 мг/мл	мл	64
Капецитабин	мг	10 602 304	150 мг	шт	70 682
Ниволумаб	мг	13 395	10 мг/мл	мл	1 340
Оксалиплатин	мг	42 351	150 мг	мг действующего вещества	42 351
Паклитаксел	мг	7 876	6 мг/мл	мл	1 313
Пембролизумаб	мг	11 200	25 мг/мл	мл	448
Рамуцирумаб	мг	25 088	10 мг/мл	мл	2 509
Трастузумаб	мг	20 328	150 мг	мг действующего вещества	20 328
Фторурацил	мг	1 325 447	50 мг/мл	мл	26 509
Цисплатин	мг	2 492	1 мг/мл	мл	2 492
Эпирубицин	мг	113	50 мг	мг действующего вещества	113

- планирования объемов медицинской помощи в разрезе видов противоопухолевого лечения (хирургическое, противоопухолевая лекарственная терапия, лучевая и химиолучевая терапия),
- расчета потребности в количестве коек, в том числе в разрезе условий оказания медицинской помощи,
- расчета потребности в медицинских кадрах.

### Результаты

Стандарт медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение) описывает объем медицинских услуг, ЛП, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и видов лечебного питания (компоненты стандарта) на один пациенто-год (указанная в паспортной части длительность лечения равна 365 дням). Анализ разделов стандарта медицинской помощи показал, что перечни медицинских услуг, ЛП, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и лечебного питания соответствуют медицинским вмешательствам, рекомендованным в клинических рекомендациях для проведения диагностики заболевания и противоопухолевого лечения. Таким образом, стандарт медицинской помощи описывает объем медицинской помощи, необходимый для пациентов, которым в году впервые выставлен диагноз и начато противоопухолевое лечение, и для пациентов, диагноз которым поставлен в предыдущие годы, и продолжающих противоопухолевое лечение. В связи с чем расчет количества пациентов для последующего определения потребности в медицинской помощи может основываться на количестве пациентов, впервые выявленных в году с учетом поправочного коэффициента для популяции пациентов, диагноз, которым был поставлен в предыдущие годы. Сведения о популяциях пациентов могут быть получены из формы № 7 федерального статистического наблюдения<sup>8</sup>.

Следует отметить, усредненные показатели частоты предоставления для компонентов стандарта в утвержденном стандарте медицинской помощи рассчитываются в среднем для РФ и обозначают долю пациентов от общей популяции пациентов, относящейся к стандарту, которым должна быть оказана медицинская помощь с применением определенного компонента стандарта. В то же время цифровой прототип стандарта позволяет скорректировать значения параметров в математической модели для каждого субъекта РФ в отдельности исходя из особенностей популяции пациентов и применяемых методов лечения, что позволяет смоделировать расчеты потребности по стандартам медицинской помощи для субъектов РФ с учетом их особенностей. Для стандарта медицинской помощи взрослым при

раке желудка (диагностика и лечение) такими параметрами могут быть: распределение долей популяции пациентов по стадиям распространенности опухолевого процесса, доля пациентов с гиперэкспрессией белка HER2 и микросателлитной нестабильности, вероятности применения альтернативных для клинической ситуации схем противоопухолевой лекарственной терапии.

### Планирование лекарственного обеспечения.

Формат представления сведений о ЛП в стандартах медицинской помощи позволяет рассчитать потребность в противоопухолевых ЛП в разрезе нозологий.

Перечень ЛП в стандартах медицинской помощи структурирован в табличной форме. Наличие сведений об усредненной частоте предоставления и средней курсовой дозы позволяет рассчитать потребность в лекарственных препаратах в единицах измерения (ЕИ), представленных в стандартах медицинской помощи в разрезе международных непатентованных наименований (МНН).

Следует отметить, что для получения потребности в ЕИ ЛП, принятых в едином структурированном справочнике каталоге ЛП (ЕСКЛП)<sup>9</sup> требуется провести дополнительные расчеты, учитывающие дозировки ЛП, представленные в ЕСКЛП.

В таблице 1 представлены результаты расчета годовой потребности в ЛП по стандарту медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение) для 100 пациентов в ЕИ, представленных в стандарте и в ЕСКЛП.

Ограничением расчета потребности, проведенной по стандарту медицинской помощи, является законодательное ограничение на включение в стандарты медицинской помощи лекарственных препаратов ЛП, применяемых вне показаний, т. е. «офф-лейбл».

<sup>8</sup> Приказ Росстата от 27.12.2022 № 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»

<sup>9</sup> <https://esklp.egisz.rosminzdrav.ru/>

Следует отметить, что стандартом медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России, не регламентировано разделение лекарственных препаратов по условиям оказания медицинской помощи, что позволяет в рамках планирования моделировать потребность в разрезе условий оказания медицинской помощи и источников финансирования лекарственного обеспечения для субъекта РФ исходя из его особенностей.

Проведение расчета потребности в ЛП по цифровому прототипу стандарта, т. е. по стандартизированным модулям позволяет провести расчет потребности во всех ЛП, в том числе и ЛП «офф-лейбл», применение которых описано в КР. Кроме того, цифровой прототип стандарта позволяет провести расчет в разрезе схем противоопухолевой лекарственной терапии, описанных в КР и являющихся классификационными критериями в модели КСГ, а также позволяет определить приоритетные схемы противоопухолевой лекарственной терапии из описанных в клинических рекомендациях альтернатив и распределить их по условиям оказания медицинской помощи, в том числе для возможности планирования лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях.

*Планирование объемов медицинской помощи в разрезе видов противоопухолевого лечения (хирургическое, противоопухолевая лекарственная терапия, лучевая и химиолучевая терапия)*

Форма стандарта медицинской помощи не подразумевает представление компонентов стандарта в принятых программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) единицах объема планирования медицинской помощи: обращение для заболеваний в амбулаторных условиях, случай лечения в дневном стационаре, случай госпитализации в круглосуточном стационаре. При этом цифровой прототип стандарта медицинской помощи, состоящий из стандартизированных модулей, которые согласуются с единицами планирования объемов медицинской помощи, принятых ПГГ, позволяет рассчитать объемы медицинской помощи в разрезе условий ее оказания. Т.к. стандартизированные модули формируются отдельно на каждый метод лечения, описанный в КР, это позволяет рассчитать потребность в объемах медицинской помощи в разрезе видов про-

тивоопухолевого лечения (хирургического лечения, противоопухолевой лекарственной терапии, лучевой и химиолучевой терапии) на основе статистических данных о заболеваемости. В таблице 2 представлены результаты расчета количества случаев оказания медицинской помощи для видов противоопухолевого лечения в разрезе круглосуточного и дневного стационаров, на примере стандарта медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение) для 100 пациентов.

Таким образом, цифровой прототип стандарта медицинской помощи позволяет моделировать планирование объемов медицинской помощи на уровне субъекта РФ в разрезе условий ее оказания для методов лечения, применение которых при оказании медицинской помощи может быть реализовано в разных условиях.

*Расчет потребности в количестве коек, в том числе в разрезе условий оказания медицинской помощи*

В стандарте медицинской помощи количество койко-дней или пациенто-дней по профилю указывается посредством кратности применения медицинской услуги «Ежедневный осмотр врачом-специалистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара», что позволяет рассчитать количество койко-дней и пациенто-дней на год на основе статистических данных о заболеваемости путем произведения значений усредненного показателя частоты предоставления и кратности применения на количество пациентов. Таким образом, путем деления количества койко-дней и пациенто-дней для года на показатель среднего числа дней занятости койки можно рассчитать потребность в койках. Например, по стандарту медицинской помощи взрослым при раке желудка усредненный показатель частоты предоставления медицинской услуги «В01.027.003 Ежедневный осмотр врачом-онкологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара» равен 1 и усредненный показатель кратности применения 28, т. е. для оказания медицинской помощи в год 100 пациентам требуется 2 800 койко-дней или пациенто-дней. Исходя из среднероссийской занятости онкологических коек в 2021 году равной 295,1 дню [3], потребность в койках составляет 9 коек. Ограничением представленного расчета, является тот факт, что в стандарте медицинской помощи для услуги «Ежедневный осмотр врачом-специалистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара» нет разделения значений усредненного показателя частоты предоставления и кратности применения по условиям оказания и видам противоопухолевого лечения, т. е. проведение расчета возможно без детализации. При этом цифровой прототип стандарта медицинской помощи позволяет детализировать расчет исходя из длительности госпитализации, указанной для стандартизированного модуля и расчетного количества случаев оказания медицинской помощи как по ус-

Таблица 2

**Количество случаев оказания медицинской помощи, рассчитанное по стандарту медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение) для 100 пациентов в разрезе видов противоопухолевого лечения и условий оказания медицинской помощи**

Вид противоопухолевого лечения	Количество случаев оказания медицинской помощи	
	Круглосуточный стационар	Дневной стационар
Хирургическое лечение	68	0
Противоопухолевая лекарственная терапия	228	337

ловиям, так и в разрезе видов противоопухолевого лечения, т. е. профилей коек по отделениям. Например, с учетом условий оказания медицинской помощи для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, исходя из занятости койки 295,1 день потребуется 8 коек для круглосуточного стационара и 5 коек для дневного стационара.

#### *Расчет потребности в медицинских кадрах*

Расчет потребности в медицинских кадрах можно провести, основываясь на расчетном количестве коек и рекомендуемых штатных нормативах структурных подразделений медицинских организаций, согласно порядку оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях<sup>10</sup>. Так порядком оказания медицинской помощи для отделения противоопухолевой лекарственной терапии рекомендованное количество должностей врача-онколога составляет 1 должность на 10 коек. Таким образом, исходя из рассчитанного количества коек равного 8 для проведения противоопухолевой лекарственной терапии в круглосуточном стационаре по цифровому прототипу стандарта медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение) требуется 0,8 должности врача-онколога. При этом при проведении расчетов может быть использован поправочный коэффициент, рассчитанный как соотношение штатных должностей к числу физических лиц, который для врачей-онкологов в 2021 году составлял 1,5 [3].

#### **Обсуждение**

С момента реализации федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» и выделения в рамках ее реализации дополнительного финансирования на внедрение КР, актуальным является вопрос разработки инструментов, позволяющих планировать ресурсное обеспечение оказания медицинской помощи с учетом КР. Особое внимание в последние годы уделяется решению вопроса планирования лекарственного обеспечения пациентов с онкологическими заболеваниями и разработки инструментов, способствующих решению данного вопроса [4,5]. Также обсуждаются проблемы преемственности при проведении противоопухолевой лекарственной терапии между стационарными и амбулаторными условиями оказания медицинской помощи, имеющимися в системе здравоохранения РФ, обусловленные особенностями финансирования лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях [6]. Кроме того, отмечается диспропорциональность как в планировании объемов медицинской помощи в субъектах РФ по профилю «онкология» [7], так и показателях работы коек онкологического профиля [8], что подтверждает актуальность разработки инструментов, позволяющих субъектам РФ организовывать оказание медицинской помощи на основе КР с учетом заболеваемости и распростра-

ненности онкологических заболеваний. В такой ситуации стандарты медицинской помощи, а также их цифровые прототипы, можно считать «эталонами», отражающим описанный в КР объем медицинской помощи из расчета на один усредненный пациент-год, что позволяют сравнивать фактическую ситуацию в субъекте РФ в части лекарственного обеспечения, объемов медицинской помощи в разрезе условий ее оказания, коечного фонда и обеспеченности медицинскими кадрами с моделью, построенной на основе стандартов медицинской помощи, в том числе и с учетом особенностей субъекта РФ.

На сегодняшний день на основе КР, размещенных в рубрикаторе Минздрава России, относящихся к возрастной категории взрослые и кодам МКБ-10 С00—С80, т. е. солидным опухолям, разработаны и утверждены стандарты медицинской помощи, имеющие цифровые прототипы. КР и стандарты медицинской помощи охватывают все локализации и нозологические формы солидных опухолей, представленные в статистических данных. Таким образом, стандарты медицинской помощи взрослым, относящиеся к кодам МКБ-10 С00-С80, могут являться основой для планирования ресурсного обеспечения при организации оказания медицинской помощи для возрастной категории взрослые при солидных опухолях.

В тоже время ограничением использования стандартов медицинской помощи является тот факт, что расчет усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения компонентов стандартов и вероятность применения стандартизированных модулей в популяции пациентов в цифровом прототипе основывается на экспертных оценках. В результате стандарт медицинской помощи описывает оптимальный объем медицинской помощи для системы здравоохранения, функционирующей в идеальных экономических условиях. При этом в реальной практике существуют ограничения доступности медицинской помощи, обусловленные финансовыми факторами, логистическими, организационными и др. Следует отметить, что уже сегодня цифровизация системы здравоохранения позволяет получать и накапливать фактические данные об оказываемой медицинской помощи, в том числе данные о применяемых в популяциях пациентов методов диагностики и лечения, что должно позволить при формировании стандартов медицинской помощи использовать данные, полученные по результатам анализа экспертных оценок и данные реальной клинической практики, и таким образом совершенствовать методологию разработки стандартов медицинской помощи на основе КР.

#### **Заключение**

Структура стандартов медицинской помощи, разработанных на основе КР и утвержденных приказом Минздрава России, позволяет оценивать потребность в лекарственных препаратах и количестве коек. При этом цифровые прототипы стандартов медицинской помощи дополнительно позволяют оценивать объемы медицинской помощи и потреб-

<sup>10</sup> Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»

ность в медицинских кадрах, а также проводить оценку ресурсного обеспечения в разрезе условий оказания медицинской помощи, видов и методов противоопухолевого лечения. Таким образом, в настоящее время стандарты медицинской помощи, разработанные на основе КР можно считать инструментом управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология».

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Авксентьева М. В., Омеляновский В. В., Петровский А. В., Давыдов М. И., Железнякова И. А., Тюляндин С. А. и др. Новые подходы к формированию клинико-статистических групп, объединяющих случаи госпитализации для лекарственного лечения злокачественных новообразований. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2018;32(2):8—22. doi: 10.31556/2219—0678.2018.32.2.008—022.
2. Ледовских Ю. А., Семакова Е. В., Омеляновский В. В., Кравцов А. А., Прохорович Е. А., Авксентьева М. В., и др. Новые подходы к формированию клинико-статистических групп для оплаты лучевой и химиолучевой терапии на основе клинических рекомендаций с использованием стандартизированных модулей медицинской помощи. *Biomedical Photonics*. 2019;8(4):36—46. doi: 10.24931/2413—9432—2019—8—4—36—46.
3. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. М.; 2022. 239 с.
4. Линник С. А., Туменко Е. Е. Онкологический калькулятор как инструмент оптимизации лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(5):418—424. doi: 0.47470/0044-197X-2021-65-5-418-424.
5. Петровский А. В., Амосова В. А., Туменко Е. Е., Линник С. А., Обухова О. В., Андрамонова И. О., Трякин А. А. Онкологические калькуляторы для расчета потребности в лекарственных препаратах: обоснование необходимости создания и сравнительная характеристика. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(1):9-21. doi: 10.17116/medtech2021430119.
6. Агафонова Ю. А., Федяев Д. В., Омеляновский В. В., Снеговой А. В. Преемственность лекарственного обеспечения на амбулаторном и стационарном этапах терапии онкологических пациентов. Проблемы и пути решения. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(3):37—44. doi: 10.17116/medtech20214303137.
7. Шелякин В. А., Линник С. А., Третьяков Д. А., Худяев А. С., Швачко С. А. Планирование медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2023;(1):60—69. doi: 10.21045/1811-0185-2023-1-60-69.
8. Евдаков В. А., Бантьева М. Н., Маношкина Е. М., Мельников Ю. Ю. Показатели работы коек круглосуточного пребывания онкологического профиля в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2020;(10):12—18. doi: 10.37690/1811-0185-2020-10-12-18.

## REFERENCES

1. Avxentyeva MV, Omelyanovskiy VV, Petrovskiy AV, Davydov M. I., Zheleznyakova I. A., Tyulyandin S. A., et al. New approaches to the development of diagnostic related groups for cancer pharmacotherapy in Russian Federation. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. [Meditzinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]. 2018;32(2):8—22. doi: 10.31556/2219—0678.2018.32.2.008—022 (in Russian).
2. Ledovskikh YA, Semakova EV, Omelyanovskiy VV, Kravtsov AA, Prokhorovich EA, Avxentyeva MV, et al. New approaches to formation of diagnosis-related groups for payment for radiotherapy and chemoradiotherapy based on clinical guidelines with the use of standardized modules of healthcare. *Biomedical Photonics*. 2019;8(4):36—46. doi: 10.24931/2413—9432—2019—8—4—36—46 (in Russian).
3. Kaprin AD, Starinsky VV, Shakhzadova AO. The state of oncological care for the population of Russia in 2021. M; 2022. 239 p. (in Russian).
4. Linnik SA, Tumenko EE. Oncology calculator as a tool for optimizing drug provision for patients with malignant neoplasms in the subjects of the Russian Federation. *Health Care of the Russian Federation*. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]. 2021;65(5):418—424. doi: 0.47470/0044-197X-2021-65-5-418-424 (in Russian).
5. Petrovskiy AV, Amosova VA, Tumenko EE, Linnik SA, Obukhova OV, Andramonova IO, Tryakin AA/ Calculators for the assessment of need for drugs in oncology: justification of necessity and comparative characteristics. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. [Meditzinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]. 2021;43(1):9—21. doi: 10.17116/medtech2021430119 (in Russian).
6. Agafonova YuA, Fedyaev DV, Omelyanovskiy VV, Snegovoy AV. Continuity of outpatient and inpatient drug supply of cancer patients — problems and solutions. *Medical Medical Technologies. Assessment and Choice*. [Meditzinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]. 2021;43(3):37—44. doi: 10.17116/medtech20214303137 (in Russian).
7. Shelyakin VA, Linnik SA, Tretyakov DA, Khudyaev AS, Shvachko SA. Planning medical care for patients with cancer in the constituent entities of the Russian Federation. *Health care manager*. [Manager Zdravookhranenia]. 2023;(1):60—69. doi: 10.21045/1811-0185-2023-1-60-69 (in Russian).
8. Evdakov VA, Banteva MN, Manoshkina EM, Melnikov YY. Efficiency indicators of the round-the-clock hospital beds of the oncologic profile in the Russian Federation. *Health care manager*. [Manager Zdravookhranenia]. 2020;(10):12—18. doi: 10.37690/1811-0185-2020-10-12-18 (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 20.06.2023; одобрена после рецензирования 06.12.2023; принята к публикации 05.02.2024.

The article was submitted 20.06.2023; approved after reviewing 06.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.



Научная статья

УДК 614.2:616-084-036.8:911.372/.373

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.003

## Результативность профилактических вмешательств в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах

Надежда Евгеньевна Найденова<sup>1✉</sup>, Валерьян Алексеевич Евдаков<sup>2</sup>,  
Марина Леонидовна Фомичева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Томская областная клиническая больница, г. Томск, Российская Федерация; Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Российская Федерация;

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины — филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук» (НИИТГПМ — филиал ИЦиГ СО РАН), г. Новосибирск, Российская Федерация

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

<sup>2</sup>evdakov41@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5836-4427>

<sup>3</sup>MFomicheva@mznso.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2833-534X>

**Аннотация.** В настоящей статье представлены результаты анализа частоты, значений и динамики биологических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, выявленных у взрослого населения при проведении комплексного обследования в отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктах Томской области в 2017г (n=848) и в 2019г (n=750).

Исследование выполнено в рамках реализации регионального проекта «Маршрут здоровья», в котором принимали участие сотрудники мобильной медицинской бригады центра здоровья Томской областной клинической больницы.

Сравнительный анализ результатов повторного обследования в 2019г, проведен по той же программе с унифицированной методикой выявления ФР в тех же территориях Томской области, что и в 2017 г. Выявлена значительная частота биологических ФР ССЗ в исследуемой группе пациентов. в 2017г и 2019 г. Среди ФР ССЗ чаще встречались повышенный уровень АД и гиперхолестеринемия. При сравнительном анализе с 2017г в 2019г отмечена тенденция к снижению в частоты биологических ФР ССЗ (повышенного уровня АД и гиперхолестеринемии) и тенденция к снижению значений ФР ССЗ (средних уровней САД и холестерина) у жителей, обследованных в отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктах Томской области.

Положительные тенденции по снижению частоты и значениям ФР ССЗ можно рассматривать как основание для оценки результативности комплексного профилактического вмешательства, выполненного в рамках регионального проекта.

**Ключевые слова:** центры здоровья, профилактические вмешательства, факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания, оценка результативности

**Для цитирования:** Найденова Н. Е., Евдаков В. А., Фомичева М. Л. Результативность профилактических вмешательств в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 17—22. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.003.

### Original article

## The effectiveness of preventive interventions in remote and hard-to-reach settlements

Nadezhda E. Naydenova<sup>1✉</sup>, Valeryan A. Evdakov<sup>2</sup>, Marina L. Fomicheva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Tomsk regional clinical hospital, Tomsk, Russian Federation; Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation;

<sup>2</sup>Federal Research Institute «Health Organization and Informatics» of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>Research Institute of Therapy and Preventive Medicine, branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution «Federal Research Center Institute of Cytology and Genetics of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences» (NIITPM — branch of ICIГ SB RAS), Novosibirsk, Russian Federation

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

<sup>2</sup>evdakov41@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5836-4427>

<sup>3</sup>MFomicheva@mznso.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2833-534X>

**Annotation.** This article presents the results of an analysis of the frequency, values and dynamics of biological risk factors for the development of cardiovascular diseases identified in the adult population during a comprehensive survey in remote and hard-to-reach rural areas of the Tomsk region in 2017 (n=848) and in 2019 (n= 750).

The study was carried out as part of the implementation of the regional project «Route of Health», in which employees of the mobile medical team of the health center of the Tomsk Regional Clinical Hospital took part.

A comparative analysis of the results of the re-examination in 2019 was carried out according to the same program with a unified methodology for identifying risk factors in the same territories of the Tomsk region as in 2017. A significant frequency of biological risk factors for CVD was found in the study group of patients. In 2017 and 2019 Elevated blood pressure and hypercholesterolemia were more common among risk factors for CVD.

In a comparative analysis from 2017 to 2019, there was a trend towards a decrease in the frequency of biological risk factors for CVD (elevated blood pressure and hypercholesterolemia) and a trend towards a decrease in the values of risk factors for CVD (average levels of SBP and cholesterol) in residents examined in remote and hard-to-reach rural settlements of the Tomsk region.

Positive trends in reducing the frequency and values of CVD risk factors can be considered as a basis for evaluating the effectiveness of a comprehensive preventive intervention carried out within the framework of a regional project.

**Key words:** health centers, preventive interventions, risk factors, cardiovascular disease, performance evaluation

**For citation:** Naydenova N. E., Evdakov V. A., Fomicheva M. L. The effectiveness of preventive interventions in remote and hard-to-reach settlements. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):17–22. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.003.

#### Список сокращений

АГ — артериальная гипертензия  
АД — артериальное давление  
ДАД — диастолическое артериальное давление  
ЗОЖ — здоровый образ жизни  
ММБ — мобильная медицинская бригада  
НИЗ — неинфекционные заболевания  
ПМК — передвижной медицинский комплекс  
ПМСП — первичная медико-санитарная помощь  
РБ — районная больница  
РФ — Российская Федерация  
САД — систолическое артериальное давление  
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания  
ТО — Томская область  
ТОКБ — Томская областная клиническая больница  
ФР — факторы риска  
ЦЗ — центр здоровья

#### Введение

Целесообразность профилактического консультирования пациентов по факторам риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и способам коррекции ФР доказана многочисленными исследованиями. Комплексные профилактические вмешательства на любом этапе и уровне оказания медицинской помощи могут привести к существенному снижению частоты ФР ССЗ, снижению уровня общего холестерина, глюкозы, АД, способствуют формированию мотивации к оздоровлению и повышению приверженности пациентов к медикаментозной терапии [1–4].

Медицинская помощь по выявлению и коррекции ФР развития ССЗ в Российской Федерации (РФ) реализуется в первичном звене здравоохранения в рамках проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и в центрах здоровья (ЦЗ) для взрослого населения [5,6].

Установлено, что значительно повысить потенциал ПМСП в борьбе с ССЗ могут мобильные медицинские бригады, которые обеспечивают приближение профилактического консультирования к месту жительства населения [7–11]. Деятельность мобильных медицинских бригад особенно актуальна для сельского населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах, территориях с недостаточно развитой транспортной инфраструктурой, низкой плотностью населения, со сложными природно-климатическими условиями, удаленностью от медицинских организаций районного и областного подчинения [12].

Универсальным решением для таких субъектов РФ может быть использование передвижных медицинских комплексов (ПМК) на платформах авто-транспортных средств высокой проходимости [8].

Томская область характеризуется сложной транспортной схемой, географической удаленностью территорий, суровым климатом. Двенадцать из двадцати муниципальных образований области приравнены к районам Крайнего Севера. С 2017 г. в Томской области реализуется региональный проект «Маршрут здоровья» с целью выявления ФРССЗ у жителей отдаленных и труднодоступных населенных пунктов, их коррекции, своевременного лечения, повышения мотивации к формированию здорового образа жизни и ответственности за собственное здоровье.

В проекте участвуют многопрофильные мобильные медицинские бригады, используются ПМК различного назначения. Принимающим участие в реализации регионального проекта сотрудникам мобильной медицинской бригады ЦЗ Томской областной клинической больницы (ТОКБ) представилась возможность наряду с выявлением и коррекцией ФР ССЗ изучить частоту биологических ФР развития ССЗ у жителей отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктов Томской области.

**Цель настоящего исследования** — проанализировать частоту, динамику биологических ФР ССЗ, выявленных у пациентов при проведении комплексного обследования ЦЗ в отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктах Томской области в 2017 г и 2019 г

#### Материалы и методы

В анализ были включены результаты обследования взрослого населения, выполненного в рамках реализации регионального проекта «Маршрут здоровья» ЦЗ ТОКБ в отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктах 3-х муниципальных образований Томской области в 2017 г (n=848) и в 2019 г (n=750). Абсолютное большинство 88% (n=750) обследовано дважды в 2017 г и в 2019 г.

На 1 этапе регионального проекта «Маршрут здоровья» мобильной медицинской бригадой ЦЗ ТОКБ выполнилось комплексное обследование взрослого населения по утвержденному перечню и профилактическое вмешательство (рисунок 1).

Комплексное обследование включало: измерение роста, массы тела с расчетом индекса массы тела, измерение артериального давления (АД) по стандартной методике, определение уровня общего холестерина и глюкозы в капиллярной крови экспресс-методом, экспресс-оценку состояния сердца;



Схема мероприятий регионального проекта «Маршрут здоровья».

ангиологический скрининг; комплексную оценку функций дыхательной системы, измерение внутриглазного давления, определение остроты зрения. Всем курящим лицам измеряли содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе

Профилактическое вмешательство проводилось в форме углубленного профилактического консультирования с выявлением поведенческих и биологических ФР ССЗ, оценкой суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), в том числе с помощью таблицы SCORE в случае отсутствия ССЗ. Профилактическое консультирование выполнялось в 100% случаев специально подготовленными врачами ЦЗ ТОКБ.

Полученные результаты обследования, заключение по выявленным ФР ССЗ обсуждались с пациентами с определением основных проблем, требующих коррекции (немедикаментозной и медикаментозной). В зависимости от степени готовности пациента к решению выявленной проблемы проводилось профилактическое консультирование (по питанию, физической активности, отказу от курения, соответственно и пр.), соответственно.

Составлялась адресная программа изменения образа жизни и коррекции ФР ССЗ, определялась модель конечного результата профилактического наблюдения, проводилось обучение пациента правилам измерения АД, ведению дневника самоконтроля АД, пульса, массы тела, дневника питания и дневника курения с выдачей соответствующего раздаточного материала, необходимого для изменения образа жизни. Каждый пациент получал программу изменения образа жизни и коррекции ФР ССЗ.

Результаты исследований, рекомендации специалистов мобильной медицинской бригады ЦЗ ТОКБ были переданы в районные больницы (РБ) (рис. 1).

На 2-м этапе регионального проекта «Маршрут здоровья» мобильными медицинскими бригадами РБ в соответствии с рекомендациями врачей ЦЗ ТОКБ проводились дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов, осуществлялось диспансерное наблюдение пациентов с ССЗ и пациентов группы высокого и очень высокого суммарного сердечно-сосудистого риска, выполнялось профилактическое консультирование (рисунок 1).

В настоящем исследовании изучали частоту биологических ФР развития ССЗ, определяли средние значения ФР ССЗ на основании результатов проведенного комплексного обследования жителей в отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктах Томской области в 2017г и в 2019 г.

Оценивались следующие биологические ФР развития ССЗ: гиперхолестеринемия — уровень общего холестерина  $\geq 5,0$  ммоль/л; гипергликемия — уровень глюкозы в цельной капиллярной крови  $\geq 5,6$  ммоль/л; избыточная масса тела — индекс массы тела от 25,0 до 29,9 кг/м<sup>2</sup>; ожирение — индекс массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>; повышенный уровень артериальное давление (АД) — систолическое артериальное давление (САД)  $\geq 140$  мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД)  $\geq 90$  мм рт. ст. Определяли значения ФР ССЗ — средние уровни глюкозы, общего холестерина в крови, САД и ДАД, индекса массы тела.

Сравнительный анализ результатов повторного обследования в 2019г, проведен по той же программе с унифицированной методикой выявления ФР в тех же территориях Томской области, что и в 2017 г.

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет статистических программ Statistica 13.0. Для показателей, измеряемых по количественной шкале, определяли медиану Me (Q1-Q3). Для качественных показателей «наличие/отсутствие», определяли частоту выявления показателя (%). Достоверность различий средних величин оценивали с использованием U — критерия Манна-Уитни. Достоверность различий относительных величин оценивали с использованием критерия  $\chi^2$ . Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения  $p < 0,05$ .

## Результаты

Среди обследованных сельских жителей преобладали пациенты в возрастной группе 55 лет и старше (64% в 2017 г. и 67% в 2019г). Средний возраст лиц, прошедших обследование, в 2017г составил 59,2 (52—66) лет, в 2019г — 60,1 (51—68) лет. Средний возраст обратившихся мужчин в 2017 г. — 61,5 (56—68) лет, в 2019г — 60,2(53—67) лет, женщин в 2017г -58,4(50,5—65) лет и в 2019г — 60,5(51—68) лет, соответственно.

Распределение обследованных жителей по полу показало, что в 2017г было 78% женщин (n=660), мужчин было 22% (n=188). В 2019г также обратилось больше женщин — 76% (n=782) против 24% (n=255) мужчин.

Выполнен анализ частоты, динамики биологических ФР развития ССЗ, выявленных у пациентов при проведении комплексного обследования ЦЗ в отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктах Томской области в 2017г и 2019 г.

По результатам комплексного обследования ЦЗ частота случаев с избыточной массой тела и ожирением существенно не отличалась в 2017 г. и в 2019 г. Доля лиц с избыточной массой тела в 2017г составила 33,8%, в 2019г — 28,8%. Ожирение было выявлено в 45,8% случаев в 2017 г. и в 47,6% случаев в 2019 г. (таблица 1).

По сравнению с 2017 г в 2019г наблюдалась тенденция к снижению частоты повышенного уровня АД с 60,1% в 2017 году до 46,6% в 2019 г. среди обследованных пациентов ( $p < 0,05$ ). Отмечено снижение частоты гиперхолестеринемии с 85,8% в 2017г

Таблица 1

**Частота биологических ФР ССЗ у жителей отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктов Томской области в 2017г и в 2019г, %**

Факторы риска	2017г			2019г		
	мужчины (n=188)	женщины (n=660)	всего (n=848)	мужчины (n=178)	женщины (n=572)	всего (n=750)
Избыточная масса тела	39,4*	32,3*	33,8	30,6	28,2	28,8
Ожирение	30,9*	50,0*	45,8	32,9*	52,8*	47,6
Повышенный уровень АД	61,0*	59,8*	60,1*	50,6*	45,1*	46,6*
Гиперхолестеринемия	67,2*	84,4*	85,8*	28,6*	51,0*	47,2*
Гипергликемия	9,5*	11,9*	12,5*	18,2*	15,1*	21,7*

\* различия статистически значимы (p<0,05)

ФР ССЗ — факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

АД — артериальное давление

до 47,2% в 2019 г. (p<0,05). Однако выявлена тенденция к росту частоты гипергликемии с 12,5% в 2017 году до 21,7% в 2019г среди обследованных сельских жителей (p<0,05) (таблица 1).

При оценке динамики частоты выявления биологических ФР развития ССЗ были установлены гендерные особенности. Обнаружена тенденция к снижению частоты выявления повышенного уровня АД с 59,8% в 2017г до 45,1% в 2019г и тенденция к снижению частоты гиперхолестеринемии с 84,4% в 2017г до 51% в 2019г среди женщин (p<0,05). Наблюдалась тенденция к снижению частоты гиперхолестеринемии с 67,2% в 2017г до 28,6% в 2019г у мужчин в результате проведенного профилактического вмешательства (p<0,05). Однако выявлена тенденция к росту частоты гипергликемии с 9,5% в 2017 г. до 18,2% в 2019 г. у мужчин (p<0,05) (таблица 1).

Сравнительный гендерный анализ показал, что гиперхолестеринемия выявлялась статистически значимо чаще у женщин (84,8% в 2017 г. и 51% в 2019 г.), против (67,2% в 2017 г. и 28,6% в 2019г) у мужчин (p<0,05). Случаи ожирения также преобладали у женщин (50,0% в 2017г и 52,8% в 2019г), против (30,9% в 2017г и 32,9% в 2019г) у мужчин (p<0,05). Повышенный уровень АД наблюдался чаще у мужчин (61,0% в 2017г и 50,6% в 2019 г.), против (59,8% в 2017 г. и 45,1% в 2019г) у женщин (p<0,05) (таблица 1).

Проведена оценка средних значений ФР ССЗ у жителей отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктов Томской области в 2017г и 2019г с анализом динамики, определением гендерных особенностей (таблица 2).

По сравнению с 2017г в 2019г наблюдалась тенденция к снижению среднего уровня САД с 140(126—158) мм рт.ст. в 2017г до 138(123—156) мм рт.ст. в 2019 г. у обследованных пациентов. Отмечена тенденция к снижению среднего уровня холестерина в крови с 5,6(4,6—6,3) ммоль/л в 2017г до 4,8 (4,0—5,6) ммоль/л в 2019г в результате проведенного профилактического вмешательства у жителей отдаленных и труднодоступных населенных пунктов (p<0,05).

Сложной для коррекции в данной категории пациентов оказались избыточная масса тела, ожирение и гипергликемия. Без изменений в динамике оставались средние уровни индекса массы тела. Отмечена тенденция к незначительному росту среднего уровня глюкозы в крови в исследуемой группе пациентов (таблица 2).

Обнаружены статистически значимые различия при оценке средних значений ФР ССЗ в динамике в зависимости от пола. По сравнению с 2017г в 2019г установлено снижение среднего уровня САД с 140(128—160) мм рт. ст. в 2017г до 136(122—154)мм рт.ст. в 2019г и среднего уровня холестерина с 6,2(5,6—6,7) ммоль/л в 2017г до 5,0(4,2—5,7) ммоль/л в 2019г у женщин в результате профилактического вмешательства (p<0,05). Выявлено снижение среднего уровня холестерина с 5,8(4,9—6,2) ммоль/л в 2017г до 4,3(3,65—5,0) ммоль/л в 2019г у мужчин (p<0,05). (таблица 2).

Установлены статистически значимые гендерные различия при оценке средних значений ФР ССЗ у обследованных лиц. Средний уровень холестерина в крови в 2017г и в 2019г был выше у женщин (6,2 (5,6—6,7) ммоль/л и 5,0 (4,2—5,7 ммоль/л)), против (5,8 (4,9—6,2) ммоль/л и 4,3 (3,6—5,0)) ммоль/л у мужчин (p<0,05). Средний уровень САД в 2019 г. был выше у мужчин (144,5(129—158)) против (138(123—156)) у женщин (p<0,05) (таблица 2).

Подводя итоги, следует отметить, что установленные в исследовании статистически значимые тенденции частоты биологических ФР ССЗ у обследованных сельских жителей подтверждают тенденции для средних уровней соответствующих значений ФР ССЗ в динамике (таблица 1,2).

Таблица 2

**Средние значения ФР ССЗ у жителей отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктов Томской области в 2017г и 2019 г, Ме (Q1—Q3)**

Показатели/ значения ФР ССЗ	2017г			2019г		
	мужчины (n=188)	женщины (n=660)	всего (n=848)	мужчины (n=178)	женщины (n=572)	всего (n=750)
САД мм рт. ст.	144,5 (130—160)	140 (128—160)*	140 (126—158)	144,5 (129—158)*	136 (122—154)*	138 (123—156)
ДАД мм рт. ст.	90 (80—95)	89 (80—97)	89 (80—98)	89,5 (83—100)	89 (80—99)	89 (81—99)
Индекс массы тела кг/м <sup>2</sup>	27,2 (23,5—30,8)	30,0 (26,3—35,1)	29,4 (25,4—33,7)	27,4 (23,4—31,6)	30,2 (26,2—34,1)	29,4 (25,4—33,6)
Глюкоза ммоль/л	5,6 (5,1—6,1)	5,7 (5,2—6,3)	5,7 (5,2—6,3)*	5,7 (5,3—6,5)*	5,8 (5,3—6,5)	5,8* (5,3—6,5)
Холестерин ммоль/л	5,8 (4,9—6,2) *	6,2 (5,6—6,7) *	5,6 (4,6—6,3) *	4,3 (3,6—5,0) *	5,0 (4,2—5,7) *	4,8 (4,0—5,6) *

\* Различия статистически значимы (p<0,05)

### Обсуждение

Изучение частоты выявления биологических ФР развития ССЗ и их динамики являются объективным основанием для оценки результативности профилактических вмешательств.

Результаты настоящего исследования показали, что у жителей отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктов Томской области выявлена значительная частота биологических ФР ССЗ. Наиболее распространенными ФР развития ССЗ в исследуемой группе, как в 2017г, так и в 2019г были повышенный уровень АД и гиперхолестеринемия (таблица 1,2).

Полученные нами данные по частоте выявления биологических ФР ССЗ (повышенный уровень АД, ожирение, гиперхолестеринемии), включая гендерные различия по частоте выявления биологических ФР ССЗ корреспондируют с данными исследований, проведенных в РФ и за рубежом [13—17].

Выявленные тенденции к снижению частоты ФР ССЗ (повышенного уровня АД и гиперхолестеринемии) у обследованных пациентов, тенденции к снижению значений ФР ССЗ (средних уровней САД и холестерина) в 2019г в сравнении с 2017 г. можно рассматривать как основание для оценки результативности профилактических мероприятий, выполненных в рамках регионального проекта (таблица 1, 2, рисунок 1).

Вместе с тем, трудным для коррекции в исследуемой группе пациентов оказались избыточная масса тела, ожирение, гипергликемия. Отмеченные в нашем исследовании закономерности отражают изменение образа жизни жителей отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктов.

Успех профилактического вмешательства во многом зависит от осознанного отношения пациента к своему здоровью, приверженности к выполнению врачебных рекомендаций, профессиональной компетенции медицинских работников. Следует отметить, что при проведении профилактического консультирования специалистами ЦЗ ТОКБ использованы все компоненты профилактического консультирования (информирование — обучение — мотивирование), которые позволяют повысить его результативность в отношении формирования мотивации у пациента и в конечном итоге приверженности к выполнению врачебных рекомендаций [18]. В исследуемой группе пациенты в 100% случаев были информированы о наличии ФР ССЗ, необходимости их коррекции, целесообразности динамического наблюдения.

В настоящее время проблеме эффективного профилактического консультирования в системе медицинской профилактики придается особое значение, так как профилактическое консультирование включено в Порядок диспансеризации, как обязательный компонент.

Взаимодействие медицинских работников структур медицинской профилактики с медицинскими работниками первичного звена здравоохранения, создание преемственности ведения пациентов с

ССЗ и пациентов группы высокого и очень высокого ССР, вовлеченность среднего медицинского персонала в профилактические мероприятия способствуют повышению эффективности профилактики ССЗ в системе ПМСП [19] и результативности Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

**Заключение.** Выявлена значительная частота биологических ФР ССЗ в исследуемой группе пациентов. в 2017г и 2019 г. Среди ФР ССЗ чаще встречались повышенный уровень АД и гиперхолестеринемия.

При сравнительном анализе с 2017г в 2019г отмечена тенденция к снижению частоты биологических ФР ССЗ (повышенного уровня АД и гиперхолестеринемии) и тенденция к снижению значений ФР ССЗ (средних уровней САД и холестерина) у жителей, обследованных в отдаленных и труднодоступных сельских населенных пунктах Томской области.

Положительные тенденции по снижению частоты ФР ССЗ можно рассматривать как основание для оценки результативности комплексного профилактического вмешательства, выполненного в рамках регионального проекта.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шляхто Е. В., Звартау Н. Э., Виллевалде С. В., и др. Система управления сердечно-сосудистыми рисками: предпосылки к созданию, принципы организации, целевые группы. *Российский кардиологический журнал*. 2019;24(11):69—82. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-11-69-82.
2. Погосова Н. В., Юферева Ю. М., Юсубова А. И., и др. Современные подходы к консультированию лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. *Профилактическая медицина*. 2017;20(5):24—9. DOI: 10.17116/profmed201720524-29.
3. Lin J. S., O'Connor E. A., Evans C. V., et al. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle for cardiovascular disease prevention in persons with cardiovascular risk factors: an updated systematic evidence review for the U. S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014. (Evidence Synthesis, No. 113.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK241537/> (14 Oct 2021).
4. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2010;17(1):1—17. DOI: 10.1097/HJR.0b013e3283313592.
5. Кривонос О. В., Бойцов С. А., Погосова Н. В., и др. Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья: методические рекомендации. М.; 2012.
6. Погосова Н. В. Юферева Ю. М., Самородская И. В., и др. Профилактический скрининг: все за и против. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016;15(3): 4—13. DOI: 10.15829/1728-8800-2016-3-4-13.
7. Паскаль А.В. Инновационные подходы к проблеме формирования системы медико-социальной помощи жителям села. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2006;(5):38—9.
8. Калининская А. А., Баянова Н. А., Сулькина Ф. А. Передвижные медицинские комплексы в условиях села. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;(1):144—54. DOI: 10.24411/2312-2935-2019-10009.
9. Barbazza E, Pedersen H.B, Birtanov Y, et al. Ten evidence-based policy accelerators for transforming primary health care in the WHO European Region. *Public health panorama*. 2018;4(4):507—514.
10. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, et al., eds. Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition. World Health Organization; 2018. 278 p.

11. Руголь Л. В., Сон И. М., Кириллов В. И., и др. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения. *Профилактическая медицина*. 2020;23(2):26—34. DOI: 10.17116/profmed20202302126.
12. Линденбратен А. Л., Гришина Н. К., Ковалева В. В., и др.; Хабриев Р. У., ред. Методические рекомендации по использованию модульных мобильных медицинских комплексов для организации выездных форм оказания первичной медико-санитарной помощи населению. М.; 2014.
13. Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Имаева А. Е., и др. Контроль артериальной гипертензии в Российской Федерации (данные observationalного исследования ESSERF-2). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2019;15(4):450—66. DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
14. Метельская В. А., Шальнова С. А., Деев А. Д., и др. Анализ распространенности показателей, характеризующих атерогенность спектра липопротеинов, у жителей Российской Федерации (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Профилактическая медицина*. 2016;19(1):15—23. DOI: 10.17116/profmed201619115-23.
15. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(6):7—122. DOI:10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
16. Шальнова С. А., Деев А. Д., Баланова Ю. А. и др. Двадцатилетние тренды ожирения и артериальной гипертензии и их ассоциации в России. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(4):4—10. DOI:10.15829/1728-8800-2017-4-4-10.
17. Шальнова С. А., Драпкина О. М. Значение исследования ЭССЕ-РФ для развития профилактики в России. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):209—215. DOI:10.15829/1728-8800-2020-2602.
18. Калинина, А.М., С. А. Бойцов. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы. Часть 1. *Профилактическая медицина*. 2013;(4):8—12.
19. С. А. Бойцов, А. М. Калинина, П. В. Ипатов. Новые клинико-организационные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи. *Терапевтический архив*. 2013;(8):8—13.
6. Pogosova N. V., Yufereva Yu. M., Samorodskaya I. V., et al. Preventional screening: all pros and contras. *Cardiovascular Therapy and Prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*.2016;15(3):4—13. (In Russian) DOI: 10.15829/1728-8800-2016-3-4-13.
7. Paskal' A. B. Innovative approaches to the problem of system formation of medical and social assistance for villagers. *Problems of social hygiene, health service and history of medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2006;(5):38—9.(InRussian).
8. Kalininskaya A. A., Bayanova N.A., Sulkina F. A. Mobile medical complexes in village conditions. *Current problems of health care and medical statistics. [Sovremennyye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki]*. 2019;(1):144—54. (In Russian).
9. Barbazza E, Pedersen H.B, Birtanov Y, et al. Ten evidence-based policy accelerators for transforming primary health care in the WHO European Region. *Public health panorama*. 2018;4(4):507—514.
10. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, et al., eds. Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition. World Health Organization; 2018. 278 p.
11. Rugol L. V., Son I. M., Kirillov V. I., et al. Organizational technologies that increase the availability of medical care for the population. *The Russian Journal of Preventive Medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*.2020;23(2):26—34. (In Russian) DOI: 10.17116/profmed20202302126.
12. Lindenbraten A. L., Grishina N. K., Kovaleva V. V., et al; Khabriev R. U., eds. Planning of organizational and methodical work and field assistance organization for medical institutions: methodical recommendations № 2002/107: reg. by Ministry of Health of Russia on 15.10.02. (In Russian)
13. Balanova Y. A., Shalnova S. A., Imaeva A. E., et al. On behalf of ESSE-RF-2 researchers. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSE-RF-2 Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology. [Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii]*.2019;15(4):450—66. (In Russian) DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
14. Metelskaya V. A., Shalnova S. A., Deev A. D., et al. Analysis of atherogenic dyslipidemias prevalence among population of Russian Federation (results of the ESSE-RF Study). *The Russian Journal of Preventive Medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*.2016;19(1):15—23. (In Russian) DOI: 10.17116/profmed201619115-23.
15. Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. Developed by the Committee of experts of the Russian Society of Cardiology (RSC), Russian Society of Preventive Cardiology (RSPC), Russian Society of Non-Communicable Diseases. *Russ J Cardiol. [Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal]*.2018;23(6):7—122. (InRussian) DOI:10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
16. Shalnova S. A., Deev A. D., Balanova Yu. A., et al. Twenty-year trends in obesity and arterial hypertension and their associations in Russia. *Cardiovascular Therapy and Prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*.2017;16(4):4—10. (In Russian) DOI:10.15829/1728-8800-2017-4-4-10.
17. Shalnova S. A., Drapkina O. M. Contribution of the ESSE-RF study to preventive healthcare in Russia. *CardiovascularTherapyandPrevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*.2020;19(3):209—215. (InRussian) DOI:10.15829/1728-8800-2020-2602.
18. Kalinina A. M., Boitsov S. A. Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: Basic principles. Part 1. *The Russian Journal of Preventive Medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*. 2013;(4):8—12. (In Russian).
19. Boitsov S. A., Kalinina A. M., Ipatov P. V. New clinical and organizational approaches to preventing cardiovascular diseases in the primary health care system. *Therapeuticarchive. [Terapevticheskii arkhiv]*.2013;(8):8—13. (InRussian).

## REFERENCES

1. Shlyakhto E.V, Zvartau N.E, Villevalde S. V., et al. Cardiovascular risk management system: prerequisites for developing, organization principles, target groups. *Russian Journal of Cardiology. [Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal]*.2019;24(11):69—82. (In Russian) DOI: 10.15829/1560-4071-2019-11-69-82.
2. Pogosova N. V., Yufereva.Yu. M., Yusubova A. I., et al. Contemporary approaches to counseling in individuals at high and very high cardiovascular risk. *The Russian Journal of Preventive Medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*.2017;20(5):24—9. (In Russian) DOI: 10.17116/profmed201720524-9.
3. Lin J. S., O'Connor E. A., Evans C. V., et al. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle for cardiovascular disease prevention in persons with cardiovascular risk factors: an updated systematic evidence review for the U. S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014. (Evidence Synthesis, No. 113.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK241537/> (14 Oct 2021).
4. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2010;17(1):1—17.DOI: 10.1097/HJR.0b013e3283313592.
5. Krivonos O. V., Boitsov S. A., Pogosova N. V., et al. Health-care for adults in health centers: methodical recommendations. Moscow; 2012. (InRussian).

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

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

Статья поступила в редакцию 28.04.2023; одобрена после рецензирования 16.02.2024; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 28.04.2023; approved after reviewing 16.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 614.2:616.89—008.441.13:616.89—008.441.33

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.004

## Оценка затрат на медикаментозное лечение пациентов в стационарных условиях по профилю «наркология»

Сергей Анатольевич Царев<sup>1</sup>, Сергей Александрович Суслин<sup>2✉</sup>,  
Александр Владимирович Вавилов<sup>3</sup>, Диляра Сабировна Зинатуллина<sup>4</sup>,  
Николай Сергеевич Измалков<sup>5</sup>

<sup>1–5</sup>Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (СамГМУ Минздрава России), г. Самара, Российская Федерация

<sup>1</sup>tsasergey@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3679-8806>

<sup>2</sup>sasuslin@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2277-216X>

<sup>3</sup>vavil500@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1105-0268>

<sup>4</sup>dsadri@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4048-4674>

<sup>5</sup>clinica@samsmu.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0773-9524>

**Аннотация.** В исследовании проводится оценка расходов на медикаментозное лечение пациентов, страдающих наркологическими расстройствами, в условиях круглосуточного стационара, с различными диагнозами по МКБ — 10. Цель исследования — оценка некоторых характеристик затрат на используемое медикаментозное лечение пациентов с различными наркологическими заболеваниями при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях с учетом вариабельности затрат, степени их соответствия клиническим рекомендациям, средней величины расходов. Материалы и методы. Произведен расчет характеристик затрат на медикаменты в четырех группах пациентов с наиболее распространенными диагнозами по профилю «наркология». Проанализировано 200 медицинских карт стационарного больного — историй болезни (форма № 003/у) пациентов, прошедших курс лечения в стационаре государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ГБУЗ) «Самарский областной клинический наркологический диспансер» в 2022 году. Произведен расчет коэффициента вариации затрат, а также проведено сравнение средних значений затрат на медикаменты (в рублях). Также определено, какая доля затрат на медикаменты приходится на рекомендуемые клиническими протоколами препараты, либо группы препаратов. Применялись аналитический и статистический методы исследования. Результаты. Средние расходы на медикаментозное лечение на одну госпитализацию по всем диагнозам составили 1969,1±157,5 руб. при наибольших расходах на лечение абстинентного состояния, вызванного употреблением опиоидов (2189,7±176,4 руб.) и наименьших расходах при лечении неосложненного абстинентного состояния, вызванного употреблением алкоголя (1484,6±145,7 руб.). В целом по всем группам пациентов доля затрат на рекомендуемые в клинических рекомендациях группы медикаментов составляет 58,3%, что имеет достаточно низкое значение. Получены высокие значения коэффициента вариации затрат на медикаменты в изучаемых группах от 33,2% при синдроме зависимости от опиоидов до 56,9% в группе пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящимся на аверсивном лечении. Стоимость медикаментов для лечения пациентов с диагнозом неосложненного абстинентного состояния, вызванного употреблением алкоголя, имела значимое различие от стоимости медикаментозного лечения пациентов других групп. Заключение. Несмотря на высокие показатели коэффициента вариации расходов и наличие статистически значимых различий средних размеров затрат в стационарном лечении некоторых групп пациентов, делать выводы о необходимости увеличения числа клинико-статистических групп (КСГ) по профилю «наркология» при бюджетном финансировании системы, основываясь на разнице в расходах медикаментов, преждевременно. Корректно проводить сравнение средних значений затрат в группах с различным диагнозом при сравнении высоких уровнях расходов на медикаменты, включенные в клинические рекомендации.

**Ключевые слова:** организация медицинской помощи по профилю «наркология», медикаментозное лечение, затраты, госпитализация, стационарные условия, клинические рекомендации

**Для цитирования:** Царев С. А., Суслин С. А., Вавилов А. В., Зинатуллина Д. С., Измалков Н. С. Оценка затрат на медикаментозное лечение пациентов в стационарных условиях по профилю «наркология» // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 23—28. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.004.

## Original article

**Assessment of the costs of drug treatment of patients in inpatient conditions according to the profile «narcolology»**Sergey A. Tsarev<sup>1</sup>, Sergey A. Suslin<sup>2</sup>✉, Alexander V. Vavilov<sup>3</sup>, Dilara S. Zinatullina<sup>4</sup>, Nikolay S. Izmalkov<sup>5</sup><sup>1-5</sup>Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (SamSMU of the Ministry of Health of Russia), Samara, Russian Federation<sup>1</sup>tsasergey@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3679-8806><sup>2</sup>sasuslin@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2277-216X><sup>3</sup>vavil500@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-1105-0268><sup>4</sup>dsadri@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4048-4674><sup>5</sup>clinica@samsmu.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0773-9524>

**Annotation.** The study evaluates the costs of medical treatment of patients suffering from narcological disorders in a 24-hour hospital with various diagnoses according to ICD — 10. The aim of the study is to assess some characteristics of the costs of the drug treatment used for patients with various drug-related diseases when providing them with medical care in inpatient settings, taking into account the variability of costs, the degree of their compliance with clinical recommendations, and the average cost. Materials and methods. The calculation of the characteristics of drug costs in four groups of patients with the most common diagnoses according to the profile «narcolology» was made. 200 medical records of an inpatient patient — case histories (form No. 003/y) of patients who underwent treatment in the hospital of the state budgetary healthcare Institution (GBUZ) «Samara Regional Clinical Narcological Dispensary» in 2022 were analyzed. The cost variation coefficient was calculated, and the average cost values for medicines (in rubles) were compared. It is also determined what proportion of the cost of medicines falls on the drugs recommended by clinical protocols, or groups of drugs. Analytical and statistical research methods were used. Results. The average cost of medical treatment per hospitalization for all diagnoses amounted to 1969.1±157.5 rubles. with the highest costs for the treatment of withdrawal caused by opioid use (2189.7 ± 176.4 rubles) and the lowest costs for the treatment of uncomplicated withdrawal caused by alcohol use (1484.6 ± 145.7 rubles). In general, for all groups of patients, the share of costs for the groups of medicines recommended in the clinical recommendations is 58.3%, which is quite low. High values of the coefficient of variation of drug costs in the studied groups were obtained from 33.2% for opioid dependence syndrome to 56.9% in the group of patients with alcohol dependence syndrome undergoing aversive treatment. The cost of medicines for the treatment of patients diagnosed with uncomplicated withdrawal caused by alcohol consumption had a significant difference from the cost of drug treatment of patients of other groups. Conclusion. Despite the high rates of the coefficient of variation of costs and the presence of statistically significant differences in the average cost of inpatient treatment of some groups of patients, it is premature to draw conclusions about the need to increase the number of clinical and statistical groups (CSG) in the profile of «narcolology» with budgetary financing of the system, based on the difference in the cost of medicines. It is correct to compare the average cost values in groups with different diagnoses with comparably high levels of spending on medicines included in clinical recommendations.

**Key words:** organization of medical care according to the profile «narcolology», drug treatment, costs, hospitalization, inpatient conditions, clinical recommendations

**For citation:** Tsarev S. A., Suslin S. A., Vavilov A. V., Zinatullina D. S., Izmalkov N. S. Assessment of the costs of drug treatment of patients in inpatient conditions according to the profile «narcolology». *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):23–28. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.004.

**Введение**

Затраты на медикаменты являются достаточно значительной частью расходов медицинской организации при организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях [1, с. 23; 2]. Различная стоимость лечения пациентов со схожими диагнозами нередко является причиной для увеличения числа клинико-статистических групп (далее — КСГ). Так, только в 2021 году в РФ появление новых схем лекарственной терапии, актуализация действующих схем, изменение стоимости препаратов стали причиной увеличения числа КСГ при лечении пациентов по многим профилям, включая такие как онкология, «инфекционные заболевания, неврология, кардиология и другие [3, с. 9; 4].

В регионах, осуществляющих компенсацию затрат на оказание медицинской помощи по профилю «наркология» не в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), а через финансирование из бюджета субъекта, количество КСГ существенно меньше, чем кодов диагнозов по международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ — 10). В связи с этим возникает ряд вопросов, а именно: насколько неоднородны расходы на медикаментозное лечение в группах пациентов с различным наркологическим диагнозом? И в случае, если они

неоднородны, является ли это основанием для формирования большего количества клинико-статистических групп?

Попытки провести фармако-экономический анализ стоимости лечения различных наркологических заболеваний предпринимались ранее [5, с. 93; 6, с. 56; 7, с. 325]. Достаточно часто подобный анализ являлся составной частью оценки стоимости болезни [8, с. 5; 9, с. 18], либо оценки эффективности модели оказания медицинской помощи [10, с. 34].

В рамках данного исследования интерес представляет сравнение затрат на медикаментозное лечение пациентов различных групп с точки зрения основания для возможного увеличения числа КСГ при оплате медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «наркология» вне системы ОМС. Поскольку основанием для использования тех или иных схем лечения, и как следствие, расходов на медикаментозное лечение пациентов с разными диагнозами являются клинические рекомендации, интерес представляет оценка вариабельности схем лечения, утвержденных данными клиническими рекомендациями<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Клинические рекомендации: Психические расстройства и расстройства поведения. URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/clin\\_recomend](https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend) (дата обращения 10.05.2023 г.).



Таблица 1

**Уровни доказательности и градации клинических рекомендаций в соответствии с видом исследования**

Критерии	Уровни и градации	Вид исследования	
Уровни доказательности LoE (level of evidence)	1	a Систематический обзор гомогенных рандомизированных исследований и метаанализов	
		b Рандомизированное исследование с узким доверительным интервалом	
		c Отдельные рандомизированные контролируемые исследования	
	2	a Систематический обзор гомогенных когортных исследований	
		b Когортное исследование или клиническое исследование с низким качеством рандомизации	
		c Отдельные контролируемые исследования	
	3	a Систематический обзор гомогенных исследований типа «случай-контроль»	
		b Отдельные исследования типа «случай-контроль»	
	Степень рекомендации GoR (grade of recommendation)	A	Серия случаев и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества
			Мнения экспертов
Большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при метаанализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований			
Одиночные рандомизированные исследования или большие нерандомизированные исследования			
Нерандомизированные исследования, отдельные наблюдения			

Таким образом, **целью** настоящего исследования является оценка некоторых характеристик затрат на используемое медикаментозное лечение пациентов с различными наркологическими заболеваниями при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях с учетом вариабельности затрат, степени их соответствия клиническим рекомендациям, средней величины расходов (в рублях).

**Материалы и методы**

С использованием клинико-экономического анализа произведен расчет характеристик затрат на медикаменты в четырех группах пациентов с наиболее распространенными диагнозами по профилю «наркология» (F10.232 — синдром зависимости от алкоголя, вторая стадия, на активном аверсивном лечении; F10.30 — абстинентное состояние неосложненное, вызванное употреблением алкоголя; F10.40 — абстинентное состояние с классическим делирием, вызванное употреблением алкоголя и F11.30 — абстинентное состояние, вызванное употреблением опиоидов).

Для оценки характеристик затрат в каждой из указанных четырех групп с различными диагнозами случайным образом отобраны 50 медицинских карт стационарного больного — историй болезни (форма № 003/у) пациентов (всего 200 историй болезни), прошедших курс лечения в стационаре государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ГБУЗ) «Самарский областной клинический наркологический диспансер» в 2022 году.

Для каждой из выбранных диагностических групп, произведен расчет коэффициента вариации затрат, а также проведено сравнение средних значений затрат на медикаменты (в рублях). Также определено, какая доля затрат на медикаменты приходится на рекомендуемые клиническими протоколами препараты, либо группы препаратов. При наличии высоких показателей коэффициентов вариации и статистически значимых различий в средних величинах расходов на медикаменты, можно делать выводы о существовании предпосылок к увеличению числа КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «наркология» при финансировании стационарной помощи вне системы ОМС.

Для изучаемых количественных показателей рассчитаны средние значения: среднее арифметическое, ошибка репрезентативности, стандартное отклонение, медиана, коэффициент вариации. Для оценки статистической значимости различий количественных переменных (стоимости медикаментов) в двух группах с различными диагнозами МКБ-10 использовался критерий Манна—Уитни в случаях с асимметричным распределением данных. Заключение о нормальности распределения данных делалось с использованием критериев Колмогорова — Смирнова и Шапиро—Уилка. Для сравнения медианных значений длительности лечения в трех и более группах использовался критерий Краскела — Уоллеса [11, с. 19].

Клинические рекомендации, являясь документацией, содержащими основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, достаточно давно применяются на практике при оказании помощи пациентам по профилю «наркология»<sup>2</sup>. Рекомендации имеют разную степень достоверности (grade of recommendation) и уровни доказательности (level of evidence).

В табл. 1 приведены принципы, на которых построено деление уровней доказательности клинических рекомендаций Oxford Centre for Evidence-Based Medicine [12, с. 5; 13].

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакет SPSS (22 версия). Применялись аналитический и статистический методы исследования.

**Результаты**

Для оценки эффективности затрат на медикаменты при лечении пациентов наркологического профиля в стационарных условиях, авторы обобщили данные клинических рекомендаций, разработанных профессиональным сообществом, применительно к четырем группам пациентов с наиболее распространенными наркологическими диагнозами. Результат представлен в табл. 2.

Из рекомендуемых клиническими рекомендациями к использованию групп препаратов, одна из них (противосудорожные препараты, группа № 1 в табл. 2), рекомендована во всех четырех наиболее

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

Таблица 2

Соответствие групп медикаментов диагнозам пациентов наркологического профиля, степени рекомендации (А, В, С) и уровням доказательности (1, 2, 3, 4, 5)

№	Группы медикаментов	Диагнозы			
		F10.4	F10.232	F10.3	F11.3
1	Противосудорожные (небензодиазепиновые) препараты	B-1	B-3	B-2	C-4
2	Производные бензодиазепина	C-4	—	A-1	C-5
3	Барбитураты (фенобарбитал)	B-3	—	A-2	C-5
4	Антипсихотики	C-5	B-3	—	B-3
5	Инфузионно-трансфузионная терапия	C-5	—	B-3	C-5
6	Тиамин	C-3	—	C-5	—
7	Блокаторы опиатных рецепторов	—	A-1	—	A-2
8	Коррекция водно-электролитного баланса (Na, K)	—	—	—	—
9	Магния сульфат (в/в)	C-5	—	—	—
10	Сенсибилизирующие средства	—	A-1	—	—
11	Антидепрессанты	—	B-2	—	—
12	Бета-блокаторы, альфа-2-агонисты	C-5	—	—	—
13	Антиоксиданты	—	—	B-2	—
14	Агонисты α-2-адренорецепторов	—	—	—	A-2
15	Опиоидные ненаркотические анальгетики	—	—	—	A-2
16	НПВС	—	—	—	C-5
17	Прегабалин	—	—	—	B-2

распространенных и взятых для анализа группах пациентов (потенциальные КСГ). Еще четыре группы препаратов (№№ 2, 3, 4, 5 — производные бензодиазепина, барбитураты, антипсихотики и инфузионно-трансфузионная терапия) рекомендованы в трех из четырех группах пациентов, то есть наиболее часто встречающиеся медикаменты (выделены в табл. 2 жирной рамкой).

Еще две группы препаратов (№№ 6, 7 — тиамин и блокаторы опиатных рецепторов) рекомендованы к использованию в двух группах пациентов. Все остальные группы препаратов рекомендованы в группе пациентов с одним из выбранных вариантов диагноза.

Таким образом, чем больше при лечении различных групп пациентов фактически используется медикаментов, рекомендованных в максимальном числе групп (№№ 1—5), тем меньше предполагается потенциальная вариабельность затрат на случай лечения в разных группах пациентов, и, соответственно, меньше предпосылок для увеличения КСГ при стационарном лечении пациентов, основанных на разнице фактических затрат на медикаменты в разных группах. При этом существует определенный потенциальный риск, что препараты из групп №№ 1—5, составляя основную массу приобретаемых медицинской организацией медикаментов, достаточно активно необоснованно назначаются при лечении некоторых состояний, которые не входят в клинические рекомендации при данном диагнозе).

Далее, в соответствии с целью исследования, по данным двухсот историй болезни (по 50 в каждой из групп пациентов) нами был произведен расчет затрат на медикаменты каждой из рекомендованных клиническими протоколами групп препаратов. Результаты представлены в табл. 3.

Средние расходы на медикаментозное лечение на одну госпитализацию по всем диагнозам составили 1969,1±157,5 руб. при наибольших расходах на лечение абстинентного состояния, вызванного употреблением опиоидов (2189,7±176,4 руб.) и наименьших расходах при лечении неосложненного абстинентного состояния, вызванного употреблением алкоголя (1484,6±145,7 руб.).

Как и предполагалось, наиболее дорогостоящим из выбранных групп пациентов является лечение абстинентного состояния при синдроме зависимости от опиоидов (F11.30). В этой же группе пациентов отмечен наименьший показатель коэффициента вариации расходов на медикаменты (33,2%), при наибольшем значении коэффициента вариации (56,9%) в группе пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящимся на аверсивном лечении.

При средней продолжительности одной госпитализации по всем диагнозам, равной 13,3±0,3 дням, максимальное значение данного показателя отмечается при синдроме зависимости от алкоголя (вторая стадия) на активном аверсивном лечении (20,4±0,53 дней), минимальное значение — при лечении абстинентного состояния, вызванного употреблением опиоидов (9,9±0,15 дней).

Средние расходы на медикаментозное лечение на один день пребывания в круглосуточном стационаре составляют 164,2±12,9 руб. При этом наибольшие расходы на медикаменты на один день пребывания в стационаре приходятся на группу пациентов с диагнозами абстинентного состояния, вызванного употреблением опиоидов (222,6±18,8 руб.), а наименьшие — на группу пациентов с синдромом зави-

Таблица 3

Характеристика затрат на медикаментозное лечение пациентов в стационарных условиях по профилю «наркология» по наиболее распространенным диагнозам

Параметры затрат	Диагнозы			
	F10.232	F10.30	F10.40	F11.30
Средние расходы на медикаментозное лечение на одну госпитализацию, руб.	2172,5±300,1	1484,6±145,7	2029,5±188,8	2189,7±176,4
Коэффициент вариации затрат (C <sub>v</sub> ), %	56,9	40,5	45,5	33,2
Средняя продолжительность госпитализации, дней	20,4±0,53	10,4±0,42	12,3±0,84	9,9±0,15
Расходы на медикаменты на один день пребывания, руб.	107,1±13,9	144,9±13,1	182,2±17,2	222,6±18,8
Доля затрат на рекомендуемые в клинических рекомендациях группы медикаментов, %	30,6	63,2	55,3	83,9
Доля затрат на медикаменты групп №№ 1—5 табл. 2, %	67,1	50,6	52,9	80,6

Таблица 4

Показатели сравнения парных выборок по диагнозам пациентов профиля «наркология» по критерию Манна—Уитна

Диагнозы	F10.232	F10.30	F10.40	F11.30
F10.232	X	U=80,0; Z=-2,22; p=0,026	U=195,0; Z=-0,24; p=0,812	U=122,0; Z=-0,77; p=0,438
F10.30	U=80,0; Z=-2,22; p=0,026	X	U=126,0; Z=-2,06; p=0,039	U=65,0; Z=-2,74; p=0,006
F10.40	U=195,0; Z=-0,24; p=0,812	U=126,0; Z=-2,06; p=0,039	X	U=169,0; Z=-0,92; p=0,354
F11.30	U=122,0; Z=-0,77; p=0,438	U=65,0; Z=-2,74; p=0,006	U=169,0; Z=-0,92; p=0,354	X

симости от алкоголя (вторая стадия) на активном аверсивном лечении (107,1±13,9 руб.).

Интерес представляют также данные о том, насколько используемые медикаменты в данной группе пациентов, соответствуют рекомендациям. В целом по всем группам пациентов доля затрат на рекомендуемые в клинических рекомендациях группы медикаментов составляет 58,3%, что имеет достаточно низкое значение.

Определено, что наиболее рационально средства на медикаменты используются при лечении абстинентного состояния при наркомании: 83,9% денег использованы на медикаменты, присутствующие в клинических рекомендациях для лечения данной группы больных. Наименее рационально расходуются средства для лечения синдрома зависимости от алкоголя (F10.232): только 30,6% средств потрачено на медикаменты, указанные в клинических рекомендациях.

Анализ доли затрат на медикаменты из групп №№ 1—5 (наиболее часто встречающихся медикаментов) позволяет понять причину данного нерационального использования. При среднем значении данной доли по всем группам пациентов в 62,8%, доля этих затрат в группе пациентов с диагнозом F10.232 составляет 67,1%, при этом в рекомендациях присутствуют только две группы препаратов из пяти с уровнем доказательности В — 3. Анализ истории болезни пациентов данной группы подтвердил активное и не всегда обоснованное использование производных бензодиазепина и инфузионной терапии при лечении синдрома зависимости от алкоголя.

Наименьшая доля затрат на часто применяемые медикаменты (50,6%) приходится на группу пациентов с диагнозом F10.30 при неосложненном абстинентном состоянии, вызванном употреблением алкоголя.

Далее нами была проведена оценка значимости различий средних значений затрат на медикаменты в расчете на одну госпитализацию в четырех выбранных группах. Поскольку значения показателя затрат на одну госпитализацию (в рублях) в изучаемой совокупности не подчинялось закону нормального распределения, для сравнения средних значений использовались непараметрические критерии.

Значение показателя Краскела-Уоллиса для сравнения медианных значений в четырех группах составило:  $H=8,8$ ;  $df=3$ ;  $p=0,032$ . Таким образом, выявлено, что есть статистически значимые различия в величине затрат на медикаменты в стационаре между четырьмя наиболее многочисленными группами пациентов.

Поскольку полученное значение критерия Краскела—Уоллиса позволило сделать вывод о статистически значимых величинах затрат на медикаменты в четырех группах в целом, но не определило, в каких группах имеет место данное различие, далее нами проведены апостериорные сравнения двух выборок с помощью критерия Манна — Уитни. Результаты сравнения представлены в табл. 4.

В таблице жирным цветом выделены значения критерия, соответствующие отсутствию статистически значимых различий в двух сравниваемых группах.

Таким образом, только стоимость медикаментов для лечения пациентов с диагнозом F10.30 имела значимые различия со стоимостью медикаментозного лечения пациентов всех других групп.

### Обсуждение

Проведенный анализ расходов на медикаменты при лечении наркологических заболеваний в условиях стационара позволил сделать определенные заключения.

Во-первых, расходы на медикаменты в разных группах наркологических пациентов имеют достаточно высокий коэффициент вариации. Также имеются значимые различия средних величин затрат в группе пациентов при лечении абстинентного состояния при синдроме зависимости от алкоголя (со всеми остальными группами пациентов).

Во-вторых, в стационарных условиях на достаточно низком уровне (в 62,8% случаев) используются группы препаратов, чаще других присутствующие в клинических рекомендациях (от 50,6% до 80,6% использования в группах пациентов с различными диагнозами). В то же время, часто использование ряда медикаментов не всегда подкреплено клиническими рекомендациями.

В-третьих, проведение оценки затрат на медикаментозное лечение в медицинской организации позволяет определить рациональность расходования средств, затраченных на данное лечение, а также скорректировать применяемые схемы медикаментозного лечения для повышения эффективности расходов и повышения качества проводимого лечения.

### Заключение

Поставленный перед исследованием вопрос о необходимости увеличения числа клиничко-статистических групп при оказании медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «наркология» в условиях бюджетного финансирования, на основе различия в уровнях затрат на медикаменты, остается

ся пока открытым. Казалось бы, выявленное статистически значимое различие в уровне расходов на медикаменты в одной из групп пациентов, создает предпосылки для выделения отдельной КСГ, однако оно нивелируется различной частотой использования медикаментов, рекомендуемых клиническими протоколами в этих группах.

Необходимо более рациональное использование медикаментозного лечения в стационарных условиях препаратами, включенными в клинические рекомендации. Выводы о значимости средних значений фактических затрат на медикаменты у пациентов с различными диагнозами необходимо делать при одинаково высоком уровне использования медикаментов, включенных в клинические рекомендации.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Морозов Ю. М., Оболенская Т. И., Кисленко А. М. Методика расчета стоимости лечения больных с использованием стандартного набора медико-экономических критериев. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2010;(9—10):23—29.
2. Суслин С. А., Гинятулина Р. И., Вавилов А. В. Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи: монография. Самара; 2022. 248 с.
3. Омеляновский В. В., Авксентьева М. В., Железнякова И. А., Лазарева М. Л., Федяев Д. В., Зуев А. В. Основные изменения в модели клинико-статистических групп в 2021 году. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;2(43):9—21.
4. Суслин С. А., Давыдкин И. Л., Шешунова Р. А. Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови: монография. Самара; 2021. 196 с.
5. Иванец Н. Н., Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Плотнокова М. В. Оценка стоимости лечения наркомании в России. *Вопросы наркологии*. 2008;(5):93—101.
6. Васькова Л. Б., Арабян М. А., Есоян Н. А. Фармакоэкономическая оценка лекарственной терапии пациентам с алкогольной зависимостью на стационарной ступени. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация*. 2019;(3):56—65.
7. Лосунова А. С., Дмитриева О. А., Малег А. Р., Батищева Г. А., Музалевская Е. Н. Фармакоэкономический анализ стоимости безрецептурного лечения абстинентного синдрома при отвыкании от курения. *Молодежный инновационный вестник*. 2017;6(2):325—326.
8. Бабушкина Е. И., Чернова Т. В. Современные подходы к экономической оценке последствий алкоголизма. *Вестник Уральской медицинской академической науки*. 2012;42(5):5—8.
9. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Глушенко А. А. Сравнительный фармакоэкономический анализ бремени чрезмерного употребления алкоголя в Российской Федерации (динамика 2010 — 2017 гг.). *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2017;5(4):18—38.
10. Царев С. А., Кошкина Е. А. Оценка экономической эффективности наркологической помощи потребителям наркотиков на региональном уровне на примере Самарской области в 2007—2010 гг. *Наркология*. 2013;12(3(135)):34—37.
11. Гржибовский А. М., Унгуриян Т. Н., Горбатова М. А. Сравнение непарных групп с использованием программного обеспечения SPSS и STATA: непарметрические критерии. *Наркология*. 2017;16(6(186)):19—30.
12. Петров В. И. Базисные принципы и методология доказательной медицины. *Вестник ВолгГМУ*. 2011;38(2):3—8.
13. Donald A., Greenhaigh T. A. Hands-on Guide to Evidence Based Health Care: Practice and Implementation. Oxford: Blackwell Science; 2000.

## REFERENCES

1. Morozov Yu. M., Obolenskaya T. I., Kislenco A. M. Methodology for calculating the cost of treating patients using a standard set of medical and economic criteria. *Problems of standardization in healthcare. [Problemy standartizacii v zdavoohranenii]*. 2010;(9—10):23—29 (In Russian).
2. Suslin S. A., Ginnyatulina R. I., Vavilov A. V. Improving the quality management system of medical care: monograph. Samara; 2022. 248 p. (In Russian).
3. Omel'yanovskij V.V., Avksent'eva M.V., Zheleznyakova I. A., Lazareva M. L., Fedyaev D. V., Zuev A. V. The main changes in the model of clinical and statistical groups in 2021. *Medical technologies. Evaluation and selection. [Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor]*. 2021;2(43):9—21 (In Russian).
4. Suslin S. A., Davydkin I. L., Sheshunova R. A. Improving the organization of medical care for patients with blood diseases: monograph. Samara; 2021. 196 p. (In Russian).
5. Ivanec N. N., Koshkina E. A., Kirzhanova V. V., Plotnikova M. V. Assessment of the cost of drug addiction treatment in Russia. *Issues of narcology. [Voprosy narkologii]*. 2008;(5):93—101 (In Russian).
6. Vas'kova L.B., Arabyan M. A., Esayan N. A. Pharmacoeconomical assessment of drug therapy for patients with alcohol dependence at the inpatient stage. *Bulletin of the Voronezh State University. Series: Chemistry. Biology. Pharmacy. [Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Himiya. Biologiya. Farmaciya]*. 2019;(3):56—65 (In Russian).
7. Losunova A. S., Dmitrieva O. A., Malega A. R., Batishcheva G. A., Muzalevskaya E. N. Pharmacoeconomical analysis of the cost of over-the-counter treatment of withdrawal syndrome in smoking withdrawal. *Youth Innovation Bulletin. [Molodezhnyj innovacionnyj vestnik]*. 2017;6(2):325—326 (In Russian).
8. Babushkina E. I., Chernova T. V. Modern approaches to the economic assessment of the consequences of alcoholism. *Bulletin of the Ural Medical Academic Science. [Vestnik Ural'skoj medicinskoj akademicheskoy nauki]*. 2012;42(5):5—8 (In Russian).
9. Yagudina R. I., Kulikov A. Yu., Glushchenko A. A. Comparative pharmacoeconomical analysis of the burden of excessive alcohol consumption in the Russian Federation (dynamics 2010 — 2017). *Pharmacoeconomics: theory and practice. [Farmakoekonomika: teoriya i praktika]*. 2017;5(4):18—38 (In Russian).
10. Carev S. A., Koshkina E. A. Assessment of the economic efficiency of drug treatment assistance to drug users at the regional level on the example of the Samara region in 2007—2010. *Narcology. [Narkologiya]*. 2013;12(3(135)):34—37 (In Russian).
11. Grzhibovskij A. M., Unguryanu T. N., Gorbatova M. A. Comparison of unpaired groups using SPSS and STATA software: nonparametric criteria. *Narcology. [Narkologiya]*. 2017;16(6(186)):19—30 (In Russian).
12. Petrov V. I. Basic principles and methodology of evidence-based medicine. *Bulletin of VolgSMU. [Vestnik VolgSMU]*. 2011;38(2):3—8 (In Russian).
13. Donald A., Greenhaigh T. A. Hands-on Guide to Evidence Based Health Care: Practice and Implementation. Oxford: Blackwell Science; 2000.

**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 17.08.2023; одобрена после рецензирования 27.02.2024; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 17.08.2023; approved after reviewing 27.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

Обзорная статья

УДК 616—082:004

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.005

## Телемедицинские технологии как механизм обеспечения доступности и качества медицинской помощи: организационные и правовые аспекты

Людмила Александровна Гришина<sup>1✉</sup>, Александр Валентинович Данилов<sup>2</sup>,  
Татьяна Борисовна Каташина<sup>3</sup>

<sup>1–3</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России),  
г. Воронеж, Российская Федерация;

<sup>2,3</sup>Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области, г. Воронеж,  
Российская Федерация

<sup>1</sup>jurist@vrngmu.ru, <http://orcid.org/0009-0003-0379-933X>

<sup>2</sup>idf-dav@omsvrn.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6199-8423>

<sup>3</sup>zpz-ktb@omsvrn.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4248-5750>

**Аннотация.** Современные вызовы для российского здравоохранения безусловно требуют пересмотра подходов к оказанию медицинской помощи, применению информационных технологий, повышению доступности и качества медицинской помощи при одновременном снижении себестоимости медицинской услуги. Решению поставленных задач во многом способствует развитие телемедицины, правовая регламентация которой становится всё более детальной и конкретной.

**Ключевые слова:** доступность и качество медицинской помощи, телемедицинские технологии, платные медицинские услуги.

**Для цитирования:** Гришина Л. А., Данилов А. В., Каташина Т. Б. Телемедицинские технологии как механизм обеспечения доступности и качества медицинской помощи: организационные и правовые аспекты // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 29—34. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.005.

Review article

## Telemedicine technologies as a mechanism for ensuring the availability and quality of medical care: organizational and legal aspects

Lyudmila A. Grishina<sup>1✉</sup>, Alexander V. Danilov<sup>2</sup>, Tatiana B. Katashina<sup>3</sup>

<sup>1–3</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko» of the Ministry of Health of the Russian Federation (FSBEI HE N. N. Burdenko VSMU MOH Russia), Voronezh, Russian Federation;

<sup>2,3</sup>Territorial Compulsory Medical Insurance for the Voronezh Region, Voronezh, Russian Federation

<sup>1</sup>jurist@vrngmu.ru, <http://orcid.org/0009-0003-0379-933X>

<sup>2</sup>idf-dav@omsvrn.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6199-8423>

<sup>3</sup>zpz-ktb@omsvrn.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4248-5750>

**Annotation.** Modern challenges for Russian healthcare certainly require a revision of approaches to the provision of medical care, the use of information technology, improving the availability and quality of medical care while reducing the cost of medical services. The development of telemedicine technologies, the legal regulation of which is becoming more and more detailed and specific, contributes to the solution of the tasks set.

**Key words:** accessibility of medical care, telemedicine technologies, paid medical services.

**For citation:** Grishina L. A., Danilov A. V., Katashina T. B. Telemedicine technologies as a mechanism for ensuring the availability and quality of medical care: organizational and legal aspects. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(1):29–34. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.005.

### Введение

Одной из ключевых задач социально-экономического развития Российской Федерации, поставленных для решения целым рядом документов стратегического планирования федерального и регионального уровня, является обеспечение доступности и качества медицинской помощи.

Доступность и качество медицинской помощи гарантируются совокупностью мер правового и организационного характера, начиная от реализации требования приближенности медицинской помощи к месту жительства, месту работы или обучения; полноценного кадрового ресурса; предоставления медицинской организацией гарантированного объёма

ема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и до возможности внедрения медицинскими организациями телемедицинских технологий.

Таким образом, среди инструментов системы организации здравоохранения по обеспечению равноправного доступа к медицинской помощи, её качества отдельно законодатель выделяет применение медицинскими организациями телемедицинских технологий, правовые основы которых определены Федеральным законом от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»<sup>1</sup>.

Цель работы — оценка удовлетворенности населения медицинской помощью и динамики развития телемедицинских технологий на примере Воронежской области, обоснование потребности применения телемедицинских технологий в целях повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, определение организационных и правовых аспектов использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи.

### Материалы и методы

Исследование проводилось с использованием статистического и аналитического методов. На основании статистических материалов, отчётных данных мониторинга национальных проектов методом сравнительного анализа было осуществлено исследование динамики изменения степени удовлетворенности населения региона доступностью и качеством медицинской помощи. Изучались сведения, содержащиеся в отчётной форме федерального статистического наблюдения № 30 данные за период с 2019 по 2022 годы, а также нормативно-правовые и регулирующие документы по организации медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий.

### Результаты

Становление Российской Федерации как социального государства, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь человека, обусловило развитие научной и правовой мысли в области защиты прав граждан вообще и в сфере здравоохранения в частности [1], внедрение результатов технологического прогресса в систему управления здравоохранением.

Мониторинг и оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью реализуются в рамках федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в националь-

ный проект «Здравоохранение». Данный дополнительный показатель установлен в целях оценки достижения общественно значимого результата «организовано оказание медицинской помощи с приближением к месту жительства, месту обучения или работы исходя из потребностей всех групп населения с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи».

Методика расчёта показателя по удовлетворенности населения медицинской помощью утверждена приказом Минздрава России от 19.07.2022 № 495<sup>2</sup>, включает в себя в том числе вопрос относительно доступности медицинской помощи.

В соответствии с утверждённой методикой, во 2 квартале 2023 года Воронежской области было опрошено 1836 респондентов, что составило 0,08% от общего количества застрахованных. Из них доступностью и качеством медицинской помощи удовлетворены 45,5% респондентов, что соответствует целевому показателю (45,3%).

Структура выборки, в целом, отражает структуру населения региона: мужчины составили 44,8%, женщины — 55,2%, городских жителей — 67,3%, жителей сельских районов — 32,7%.

Среди опрошенных лиц доля респондентов, удовлетворённых доступностью медицинской помощи в регионе, составила 45,5%. По сравнению с 4 кварталом 2022 года (43,2%) очевидна небольшая, но положительная динамика степенью удовлетворенности пациентов оказанной им медицинской помощи.

Сегодня выделяют широкий спектр факторов, влияющих на удовлетворенность граждан оказанной медицинской помощью [2]. Действующая методика оценки общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью нацелена на мониторинг общественно значимого результата без отражения инструментов достижения планируемого процента удовлетворенности.

Сбор данных о применении телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется в рамках утверждённой приказом Росстата от 27.12.2022 № 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» формы № 30<sup>3</sup>.

Для анализа используются совокупный количественный объем медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий отдель-

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение» // СПС КонсультантПлюс.

<sup>3</sup> Приказ Росстата от 27.12.2022 № 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» // СПС КонсультантПлюс.

<sup>1</sup> Федеральный закон от 29.07.2017 N 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» // СПС КонсультантПлюс

Таблица 1

Таблица 2

Количество консультаций с применением телемедицинских технологий				
Параметр/год	2019	2020	2021	2022
Всего консультаций с применением телемедицинских технологий:	471	761	978	1341
Динамика (% к предыдущему году)	—	61,5%	28,5%	37,1%
БУЗ ВО «ВОКБ № 1»	49	353	551	696
БУЗ ВО «ВОДКБ № 1»	19	70	145	294
БУЗ ВО «ОДКБ № 2»	21	49	77	109
БУЗ ВО «ВОКОД»	—	212	182	202
Другие медицинские организации	382*	77	23	40

Примечание. \*БУЗ ВО «ВОКБ № 1» проводила консультирование пациентов в районных медицинских организациях.

ными наиболее крупными медицинскими организациями Воронежской области различных направлений деятельности (БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1», БУЗ ВО «Областная клиническая детская больница № 2», БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» и другие).

Количество консультаций с применением телемедицинских технологий в указанных медицинских организациях на протяжении анализируемого периода увеличилось с 471 в 2019 году до 1341 — в 2022 году. Число консультируемых пациентов увеличилось за указанный период на 184,7%.

Полученные данные коррелируют с динамикой применения телемедицинских технологий в целом по стране.

Очевидно, что численность потребителей сервисов телемедицины в России выросла с 2017 года в 7,7 раз. Триггером данного процесса послужили легализация телемедицины, открытие новых сервисов, цифровизация здравоохранения, пандемия коронавируса<sup>4</sup>. При этом вектор политики государств в области здравоохранения в последние годы неуклонно смещается в сторону оказания медицинских услуг, отвечающих принципам экономичности, превентивности, персонализированности и пациентоориентированности [3].

Организация оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Российской Федерации предполагают следующие варианты взаимодействия медицинских работников и (или) пациентов (законных представителей):

1) дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;

2) дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в целях:

- профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

<sup>4</sup> Анализ рынка телемедицины в России в 2017-2021 гг, прогноз на 2022-2026 гг. Перспективы рынка в условиях санкций: [сайт]. — 2022. — URL: [https://businessstat.ru/images/demo/telemedicine\\_russia\\_demo\\_businessstat.pdf](https://businessstat.ru/images/demo/telemedicine_russia_demo_businessstat.pdf).

Численность потребителей телемедицинских сервисов

Параметр/год	2017	2018	2019	2020	2021
Численность потребителей телемедицинских сервисов (млн чел)	2,6	5,3	10,3	18,1	20,1
Динамика (% к предыдущему году)	—	103,8	94,3	75,7	11,0

— принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации).

Соответственно, лечение заболевания, равно, как и постановка диагноза с использованием телемедицинских технологий на нынешнем этапе правового регулирования исключены в Российской Федерации.

При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться исключительно коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом также после очного приема (осмотра, консультации) и реализуется, главным образом, с использованием дистанционных высокотехнологичных устройств и сервисов.

С 1 августа в России стартовал эксперимент по телемедицине, направленный на расширение возможностей проведения консультаций пациента с применением телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи в плановой форме. Постановлением Правительства РФ от 18.07.2023 № 1164 утверждена Программа экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по направлению медицинской деятельности, в том числе с применением телемедицинских технологий и технологий сбора и обработки сведений о состоянии здоровья и диагнозах граждан<sup>5</sup>.

Согласно эксперименту постановка диагноза осуществляется врачом на очном приеме. Для онлайн-консультаций пациент сможет выбрать другого врача той же клиники (со стажем работы не менее 7 лет).

Кроме того, на онлайн-консультации врач может в числе прочего вправе:

- принять решение о необходимости проведения повторного очного приема (осмотра, консультации);
- назначить лабораторные, инструментальные и иные дополнительные исследования;
- скорректировать или назначить лечение по диагнозу, который был поставлен на очном приеме, в т.ч. выписать электронный рецепт;

<sup>5</sup> Постановление Правительства РФ от 18.07.2023 № 1164 «Об установлении экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций и утверждении Программы экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по направлению медицинской деятельности, в том числе с применением телемедицинских технологий и технологий сбора и обработки сведений о состоянии здоровья и диагнозах граждан» // СПС Консультант-Плюс.

— назначить дистанционное наблюдение за пациентом.

Следует понимать, что дистанционный характер телемедицины требует организации надлежащей идентификации и авторизации субъектов правоотношений: пациент, которому оказывается дистанционная медицинская услуга, должен быть уверен в личности врача и его профессиональной квалификации, а врач в свою очередь обязан надлежащим образом убедиться, что он оказывает медицинскую помощь конкретно определенному лицу [4].

Одной из проблематик применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи в сфере платных медицинских услуг до недавнего времени являлось оформление соответствующего договора<sup>6</sup>. Новыми правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736<sup>7</sup>, данный вопрос решён путём регламентации заключения указанного договора дистанционным способом.

С 01 сентября 2023 года договор на оказание платных медицинских услуг может быть заключен посредством использования сети «Интернет» (при наличии у исполнителя сайта) на основании ознакомления потребителя и (или) заказчика с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

По сути, речь идёт об оферте, предусмотренной статьей 435 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Слово оферта (*offero*) имеет латинское происхождение и в переводе означает «предлагать». Этот термин пришёл из Римского права: одна из сторон договора, оферент, в присутствии свидетелей предлагал другой стороне заключить договор. Если все предложенные условия устраивали контрагента, давалось согласие путём акцепта (*acceptus*), то есть «принято»<sup>8</sup>.

Оферта связывает оферента (становится для него обязательной) в момент ее получения адресатом оферты. До этого момента она может быть отозвана оферентом, если сообщение об отзыве получено адресатом оферты раньше, чем сама оферта, или одновременно с ней. Акцепт должен прямо выражать согласие направившего его лица на заключение до-

говора на предложенных в оферте условиях. При этом ответ о согласии заключить договор на предложенных в оферте условиях, содержащий уточнение реквизитов сторон, исправление опечаток и т. п., следует рассматривать как акцепт<sup>9</sup>.

Таким образом, договор с потребителем медицинских услуг и (или) заказчиком признаётся заключённым со дня оформления соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем внесения частично или полностью оплаты по договору. Со дня получения согласия и осуществления потребителем и (или) заказчиком оплаты по нему все условия договора остаются неизменными и не должны корректироваться исполнителем без согласия потребителя и (или) заказчика.

При заключении договора исполнитель представляет потребителю и (или) заказчику подтверждение заключения такого договора, которое должно содержать номер договора или иной способ его идентификации, позволяющий потребителю и (или) заказчику получить информацию о заключенном договоре и его условиях.

Экземпляр заключенного договора предоставляется потребителю и (или) заказчику по требованию.

Идентификация потребителя и (или) заказчика в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с помощью федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме».

Отказ потребителя и (или) заказчика от исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может быть совершен также дистанционно.

Претензия при обнаружении недостатков оказанной платной медицинской услуги может быть направлена исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом.

Таким образом, действующим законодательством ликвидирован правовой пробел и регламентирована процедура оформления договорных отношений между врачом и пациентом в целях оказания медицинской помощи, в том числе с использованием инструментов телемедицины.

## Обсуждение

Всемирная организация здравоохранения определяет телемедицину как предоставление медицин-

<sup>6</sup> Старчиков М. Ю. Правовая регламентация оказания медицинской помощи (услуг) с применением телемедицинских технологий: проблемные вопросы и пути их разрешения // СПС КонсультантПлюс. 2019.

<sup>7</sup> Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» // СПС КонсультантПлюс.

<sup>8</sup> Оферта — и для чего она нужна: [сайт]. — URL: <https://pravdaisud.ru/pravovaya-zhizn/oferta>.

<sup>9</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25.12.2018 № 49 «О некоторых вопросах применения общих положений Гражданского кодекса Российской Федерации о заключении и толковании договора» // СПС КонсультантПлюс.



ской помощи специалистами здравоохранения в ситуации, когда расстояние является ключевым фактором, используя коммуникационные технологии для обмена информацией, имеющей отношение к диагностике, лечению, профилактике, исследованиям, консультациям или медицинским знаниям для улучшения состояния здоровья у пациента [5]. Неоспоримым преимуществом телемедицинских услуг является возможность проведения консультаций, контроля за пациентами, назначения лечебно-профилактических мероприятий, а также обмена опытом между специалистами, находящимися на расстоянии [6].

В России телемедицинские технологии законодательно определены как информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Повсеместное применение телемедицинских технологий в современных условиях позволяют использовать новые инструменты повышения степени удовлетворенности медицинской помощи, индикаторами которой являются качество и доступность медицинской помощи.

Действующие статистические отчетные данные дают возможность отслеживать динамику применения телемедицинских технологий в отдельно взятом регионе, а также в целом по стране; коррелировать эти данные с результатом оценки удовлетворенности населения полученными медицинскими услугами. Анализ полученных сведений может способствовать корректировке векторов и механизмов управления здравоохранением в интересах общественного здоровья.

За анализируемый период объем медицинской помощи, оказанный с использованием телемедицинских технологий в Воронежской области отдельно взятыми медицинскими организациями, возрос на 184,7%, что отражает аналогичную тенденцию в целом по стране. При этом следует отметить значительный нереализованный потенциал объемов телемедицины. По сути, открытым на текущий момент является и оценка качества медицинской помощи, оказанной с применением телекоммуникационных технологий.

### Заключение

Дистанционные методики профилактики, диагностики и решения клинических задач в современных реалиях имеют особую значимость для повышения эффективности оказания медицинской помощи, создания основ персонализированной медици-

ны, развития коммуникационных связей между врачом и пациентом. Телемедицина предполагает дальнейшее развитие в целях достижения национальных ориентиров по укреплению здоровья населения страны. Очевиден процесс упорядочивания и налаживания правовых отношений, возникающие в процессе оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий. Узаконенная возможность заключения договоров на оказание платных медицинских услуг способствует развитию телемедицинских технологий в сфере возмездного оказания медицинской помощи. Актуальность внедрения телемедицины в секторе государственного и муниципального здравоохранения определена рядом документов стратегического планирования, целями программ и мероприятий по модернизации здравоохранения.

Оценка клинической эффективности применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи, а также экономический результат применения данных технологий, повышение качества телемедицины требуют самостоятельного изучения в целях оценки влияния современных технологий на достижение основных показателей здравоохранения.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Данилов А. В., Гришина Л. А. Программа государственных гарантий в системе гарантий прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. *Вестник Воронежского государственного технического университета*. 2009;5(5):113—116.
2. Шнайдер Г. В., Деев И. А., Кобякова О. С., Бойков В. А., Барановская С. В., Протасова Л. М., Шибалков И. П. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(4):4.
3. Винокурова М. А., Пашнина Т. В. О применении системного подхода в правовом регулировании телемедицинских технологий. *Журнал российского права*. 2022;(6):126—139.
4. Поспелова С. И., Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Каменская Н. А. Правовой режим применения телемедицинских технологий и внедрения электронного документооборота: современное состояние правового регулирования и перспективы развития. *Медицинское право*. 2018;(5):24—33.
5. Железнякова И. А., Хелисупали Т. А., Омеляновский В. В., Тишкина С. Н. Анализ возможности применения зарубежного опыта оказания телемедицинских услуг в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2020;(2):27.
6. Смышляев А. В., Мельников Ю. Ю., Платонова Н. И. Телемедицинские технологии в системе оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации на современном этапе: правовой аспект. *Медицинское право*. 2018;(6):16—21.

### REFERENCES

1. Danilov A. V., Grishina L. A. The program of state guarantees in the system of guarantees of citizens' rights to free medical care. *Bulletin of Voronezh State Technical University. [Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta]*. 2009;5(5):113—116 (in Russian).
2. Schneider G. V., Deev I. A., Kobayakova O. S., Bokov V. A., Baranovskaya S. V., Protasova L. M., Shibalkov I. P. Assessment of population satisfaction with medical care. *Social aspects of population health. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2020;66(4):4 (in Russian).

3. Vinokurova M. A., Pashnina T. V. On the application of a systematic approach in the legal regulation of telemedicine technologies. *Journal of Russian Law. [Zhurnal rossiyskogo prava]*. 2022;(6):126—139 (in Russian).
4. Pospelova S. I., Sergeev Yu. D., Pavlova Yu. V., Kamenskaya N. A. Legal regime of application of telemedicine technologies and introduction of electronic document management: current state of legal regulation and development prospects. *Medical law. [Meditsinskoe pravo]*. 2018;(5):24—33 (in Russian).
5. Zheleznyakova I. A., Helisupali T. A., Omelyanovsky V. V., Tishkina S. N. Analysis of the possibility of applying foreign experience in providing telemedicine services in the Russian Federation. *Medical technologies. Evaluation and selection. [Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]*. 2020;(2):27 (in Russian).
6. Smyshlyaev A. V., Melnikov Yu. Yu., Platonova N. I. Telemedicine technologies in the system of primary health care in the Russian Federation at the present stage: legal aspect. *Medical law. [Meditsinskoe pravo]*. 2018;(6):16—21 (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 22.08.2023; одобрена после рецензирования 19.02.2024; принята к публикации 05.02.2024  
The article was submitted 22.08.2023; approved after reviewing 19.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.006

## Теоретическое обоснование понятия «Детские риски» (обзор литературы)

Дмитрий Сергеевич Сычёв<sup>1</sup>, Игорь Александрович Родионов<sup>2</sup>, Сергей Валерьевич Русских<sup>3</sup>,  
Алена Олеговна Алексашина<sup>4</sup>, Тамара Александровна Дворникова<sup>5</sup>

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

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Балашихинская областная  
больница», 143900, Московская область, г. Балашиха, Российская Федерация;

<sup>3</sup>Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» 101000, г. Москва, Российская  
Федерация

<sup>1</sup>dimasytchev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7939-7383>

<sup>2</sup>gosha.rod2017@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4879-376X>

<sup>3</sup>ruskikh1@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3292-1424>

<sup>4</sup>elaleksina@iclod.com, <http://orcid.org/0000-0001-8391-9802>

<sup>5</sup>dvornikova@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7903-1587>

**Аннотация.** В данной статье приведено теоретическое обоснование понятию «детские риски» для использования в сфере общественного здоровья и здравоохранения. Приведен краткий обзор имеющейся научной литературы, нормативно-правовой базы. Учитывая быстроразвивающиеся тенденции и механизмы общественного здоровья, появилась необходимость обоснования понятия «Детские риски», которое сможет описать данное явление для дальнейшего использования. Цель исследования — изучение и анализ понятия риск и применимость понятия «Детский риск» в общественном здоровье. Основные методы исследования — изучения и обобщения опыта, аналитический метод. Были проанализированы общепринятые определения, изучена нормативно-правовая документация, связанная этим понятием. В результате исследования предложено понятие «Детский риск», его определение и возможные цели для дальнейшего изучения данного вопроса.

**Ключевые слова:** риск, обзор, детский риск, педиатрия, общественное здоровье, здравоохранение, медицинская детерминанта, медицинские кадры.

**Для цитирования:** Сычёв Д. С., Родионов И. А., Русских С. В., Алексашина А. О., Дворникова Т. А. Теоретическое обоснование понятия «Детские риски» (обзор литературы) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 35–39. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.006.

### Review article

## Theoretical substantiation of the concept of the «children's risks» (literature review)

Dmitry S. Sychev<sup>1</sup>, Igor A. Rodionov<sup>2</sup>, Sergey V. Russkikh<sup>3</sup>, Alena O. Aleksashina<sup>4</sup>, Tamara A. Dvornikova<sup>5</sup>

<sup>1,3–5</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>2</sup>State Budgetary Healthcare Institution of the Moscow Region «Balashikha Regional Hospital», 143900, Moscow region, Balashikha, Russian Federation;

<sup>3</sup>Hse University, Moscow, 101000, Russian Federation

<sup>1</sup>dimasytchev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7939-7383>

<sup>2</sup>gosha.rod2017@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4879-376X>

<sup>3</sup>ruskikh1@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3292-1424>

<sup>4</sup>elaleksina@iclod.com, <http://orcid.org/0000-0001-8391-9802>

<sup>5</sup>dvornikova@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7903-1587>

**Annotation.** This article provides a theoretical justification for the concept of «child risks» for use in the field of public health and healthcare. A brief overview of the available scientific literature, regulatory framework is given. Considering the rapidly developing trends and mechanisms of public health, there is a need to substantiate the concept of «children's risks», which can describe this phenomenon for further use. The purpose of the study is to study and analyze the concept of risk and the applicability of the concept of «child risk» in public health. The main research methods are the study and generalization of experience, the analytical method. The generally accepted definitions were analyzed, the regulatory and legal documentation related to this concept was studied. As a result of the study, the concept of «child risk», its definition and possible goals for further study of this issue are proposed.

**Key words:** risk, review, children's risk, pediatrics, public health, healthcare, medical determinant, medical personnel.

**For citation:** Sychev D. S., Rodionov I. A., Russkikh S. V., Aleksashina A. O., Dvornikova T. A. Theoretical substantiation of the concept of the «children's risks» (literature review). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):35–39. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.006.

## Введение

В контексте решения задач, связанных с выполнением плана фундаментальных исследований по направлению «Стратегия противодействия рискам снижения качества общественного здоровья и методические подходы их реализации», появилась необходимость в методологических основах понятия «Детский риск», его терминологии и изучение целей этого направления. Понятие «Детский риск» может иметь расширенный спектр трактовок, так как само «детство» в РФ — это временной промежуток длительностью 18 лет.

## Материалы и методы

В статье приведен краткий обзор, имеющийся отечественных и зарубежных источников литературы, актуальных на момент написания нормативно-правовых документов. Основные методы исследования являлись изучением, анализа, обобщения и синтеза.

## Результаты

*Дети группы риска.* В ходе проведенного исследования удалось выяснить о существовании такого общепринятого термина, как «дети группы риска», но даже оно имеет различные трактовки. Упоминание детей как отдельной группы риска есть в работах Лисицына Ю. П. При рассмотрении им групп риска здоровью по демографическому признаку имеется следующее разделение: **дети**, старики, одинокие, вдовы и вдовцы, беженцы, мигранты, перемещенные лица. Так же Лисицын Ю. П. отделяет отдельную группу риска по признакам функционального, патологического состояния: беременные, **недоношенных детей, родившихся с малой массой тела**, лица с генетическим риском, **с врожденными аномалиями, дефектами, инвалиды с детства** [1, с. 34].

Казакова Е. И. даёт трактовку «детям группы риска», подразумевая, что эти дети находятся под воздействием (нежелательного(-ых) фактора(-ов), которые могут сработать или не сработать. И разделяет 3 группы факторов риска: психофизиологические, социальный и педагогические [2, с. 209]. Еще одну классификацию групп факторов риска предлагает Летунова В. Е. В неё включаются следующие факторы: медико-биологические, социально-экономические, психологические, педагогические [3, с. 8]. Антонова Л. Н. считает, что дети и подростки «группы риска» — это лица, которые находятся в сложной жизненной ситуации или в неблагоприятных условиях для жизни, испытывающие различные формы социальной дезадаптации и, возможно, проявляющие асоциальное поведение [4, с. 14—18]. И таким детям, и подросткам необходима хорошо организованная, продуманная помощь с участием медицинских работников, психологов, педагогов и социальной поддержки. По мнению Олеф-

Группы по медицинским показаниям	Группы по социальным показаниям	Группы по психолого-педагогическим показаниям
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дети-инвалиды</li> <li>• Дети, с ограниченными возможностями здоровья (т.е. имеющие недостатки в физическом и/или психическом развитии)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дети-жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий</li> <li>• Дети, отбывающие наказания в виде лишения свободы в воспитательных колониях</li> <li>• Дети, проживающие в малоимущих семьях</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода</li> <li>• Дети с отклонениями в поведении</li> </ul>

Рис. 1. Классификация групп детей. Составлено авторами исследования.

рененко Л. Я., Шульги Т. И., Деменьевой И. Ф. дети группы риска: такая категория детей, которые в силу определенных обстоятельств жизни, более подвержены отрицательным внешним воздействиям со стороны общества и криминальных элементов, ставшим причинной дезадаптации этих детей [5, с. 35—36]. Существует следующая трактовка, что «дети группы риска» — это дети с «сохранным интеллектом», но со значительно более низкими адаптационными возможностями, что делает их уязвимыми к неблагоприятным воздействиям внешней среды, изменяющимся условиям окружения и склонность к патологическим реакциям на перегрузки, социально-психологическим срывам [6, с. 200].

В распоряжение правительства РФ, в которой утверждена Концепция семейной политики в РФ на период до 2025 года, используются формулировка «детей групп риска»<sup>1</sup>. В нём указывается, о необходимости мер социальной поддержки, таких как развитие сети дошкольного образования, в том числе, частых дошкольных образовательных учреждений, развитие форм досуга, спорта, туризма, учреждений дополнительного образования для этих групп. Официально в Федеральном законе от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации»<sup>2</sup> дается такое понятие как, «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации» и далее идёт уточняющее перечисление данных групп. Для простоты восприятия авторы используют условную классификацию данных групп детей, изображенной на рисунке 1. Единственная группа которая не может быть помещена не в одну из пунктов классификации в связи с разнообразием возможных ситуаций — это «дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся Группы «детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (рис. 1) обстоятельств и которые не мо-

<sup>1</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1618-п <http://static.government.ru/media/files/41d4ffd61a02c7a4b206.pdf>

<sup>2</sup> Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_19558/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/)

гут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

При изучении разнообразных источников литературы, в том числе вышеописанных исследований, методической литературы и актуальной нормативно-правовой, стоит отметить, что больший акцент отдается социальной, психологической и педагогической помощи детям из данной «группы риска».

Слово «риск» было позаимствовано из французского языка в XIX веке от слова *risque* — «опасность», который в свою очередь взят из латинского *rescō* «отсекать; сокращать» или древнегреческого *ρίσκον* «опасность». В толковом словаре русского языка С. И. Ожегова слово «риск» описывается как «возможность опасности, неудачи» [7, с. 1006]. Следовательно, риск — это возможность возникновения негативного эффекта или неблагоприятного исхода в какой-либо деятельности. Учитывая эту информацию, можно сказать о следующем, что фактически у данного понятия есть две стороны медали: во-первых, данная группа детей представляет риск для общества в котором находится, и, во-вторых, дети «группы риска» рассматриваются, прежде всего, с точки зрения тех рисков, которыми они подвергаются — риск смерти, ухудшения здоровья, нормального развития и социального благополучия.

**Детский риск.** При написании диссертационной работы, включенной в план фундаментальных исследований по направлению «Стратегия противодействия рискам снижения качества общественного здоровья и методические подходы их реализации», связанной с изучением влияния материнской послеродовой депрессией на ребёнка, появилась необходимость в рассмотрении внедрения такого термина, как «Детский риск». Его возможной терминологии, методических основах и целях.

Понятие «детство» достаточно размытое и проблемное, что связано с дискуссиями о временных промежутках этого нелегкого для индивидуума периода. Детство достаточно длительный временной отрезок, который в разных странах имеет разные показатели. В Российской Федерации детством считается возраст до наступления совершеннолетия, а именно 18-летие. В актуальной нормативно-правовой базе термин «детство» отсутствует, вместо него имеется термин «ребёнок» — лицо, не достигшее возраста восемнадцати лет (совершеннолетия)<sup>3</sup>.

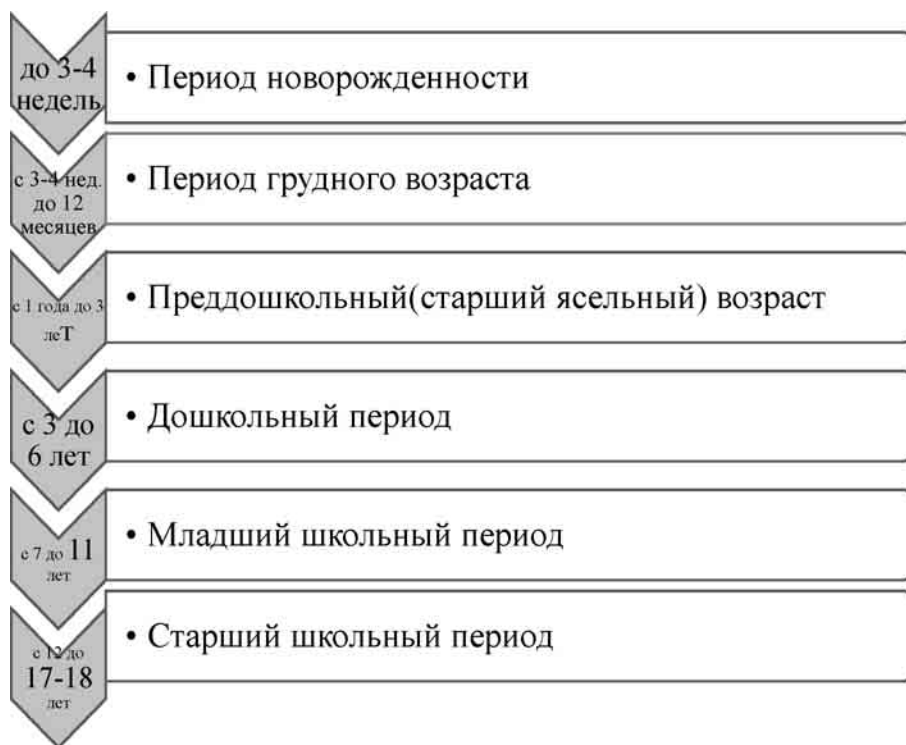


Рис. 2. Классификация детства по Гундербину вследствие своего возраста.

Мазурин А. В., Воронцов И. М. дают понятную и точную формулировку «детства». Что это является постнатальным, или собственно детством, этапом онтогенеза человека, характеризующийся продолжающимся ростом и совершенствованием функций отдельных органов и организма в целом, их интеграцией и взаимообусловленностью функционального состояния. Так же есть трактовка, что детство — это период развития человека, когда ребёнок учится понимать окружающий мир, закладываются необходимые навыки и усваивается культура и быт общества, в котором ребёнок находится<sup>4</sup>. Наиболее распространенной, часто используемой и проведенной временем и практикой классификацией является предложенная Гундербином П. [8, с 19—20], изображена на рисунке 2. Как видно, такая классификация связана с уникальным для каждого из приведенного периода процессами развития организма и приобретением определённых навыков.

Ранее авторами было изучено влияние такого фактора риска, как послеродовая депрессия матери на её новорожденного ребёнка. Отрицательный эффект послеродовой депрессии нарушает когнитивно-лингвистическое, социально-эмоциональное и поведенческое развитие ребёнка. Так же она является фактором риска возникновения ряда соматических и психических заболеваний. Её негативное влияние на младенца в краткосрочной и долгосрочной перспективе имеет большую научно-доказанную базу [9, с. 16—20]. То есть возникают так называемые «детские риски».

<sup>3</sup> Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 24.07.2023) [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8982/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/)

<sup>4</sup> Кон И. С. Ребенок и общество. М.: Издательский центр «Академия», 2003 — 336 с.

Учитывая всё вышеизложенное, можно предложить, что «**Детский риск**» — это риск, специфически связанный с детским периодом индивидуума, факторы которого находятся в его окружении и на которые он не может влиять, Классификация детства по Гундербину вследствие своего возраста (рис. 2).

К примеру, из-за послеродовой депрессии матери возникает риск нелетальной/летальной травматизации младенца, ввиду несоблюдению ею рекомендаций по предотвращению травматизации, указанными в предварительных инструкциях (такие как: использование чехлов для автомобиля, заглушек для электрических розеток и окон, пожарных сигнализаций) [10, с. 1090—1095]. Или, как отмечает Лисицын, имеется негативное влияние неблагоприятного психологического климата в семье, что свидетельствует высокий уровень болезней нервной системы и органов чувств, неврастений, астеноневротических и астенических синдромов, ситуационных неврозов, расстройств речи, органов пищеварения (в патогенезе которых ведущая роль принадлежит психологическим дискомфорту) [1, с. 194]. То есть, обращаясь к первому примему, если взрослый не соблюдает инструкцию по безопасности возникает риск для него, но он может на это повлиять, а ребенок не может вследствие своего возраста, но его нахождение в таком окружении (мать с послеродовой депрессией) несёт риск. Главная цель при исследовании направления «Детских рисков» — это изучение имеющихся рисков, определение этих рисков к разряду «детских», выявление факторов этих рисков в окружение ребёнка и применение мер для уменьшения или исключения этих факторов из жизни ребёнка.

### Обсуждение

Несомненно, детский период жизни у человека является самым важным и очень чувствительным к любому внешнему воздействию, так как в этот период закладываются все необходимые ресурсы для дальнейшего существования и если эти ресурсы были дефективными, то и жизнь человека будет с дефектами. Предложенными авторами термин «Детский риск», конечно, со временем будет адаптироваться и обрастать новыми целями и задачами, в связи с бурно развивающейся медицинской наукой. Но в итоге смысл меняться не будет. Дальнейшее изучение вопроса «детских рисков» поможет лучше понять данное направление и более эффективно противодействовать этим рискам.

### Заключение

Хоть общепринятое понятие «дети группы риска» существует в практике, но до конца точных формулировок не существует. Это так же связано с отсутствием данного понятия в актуальной норма-

тивно-правовой документации, в ней присутствует такое понятие как «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации». При изучении исследований связанных с данными группами детей, как отмечалось ранее, больший акцент идёт на социальный, педагогический и психологический акцент, поэтому авторы предлагают трактовку «Детский риск» именно для медицинской части, в том числе и для научных исследований. Данная выше трактовка не предполагает замену общепринятой, скорее, дополняет её для более специфичного использования в медицинских кругах, в том числе научной сфере.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Лисицын Ю. П. *Общественное здоровье и здравоохранение: учебник*. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 512 с.: ил.
2. Казакова Е. И. Система комплексного сопровождения ребенка: от концепции к практике. СПб.; 1998. 209 с.
3. Летунова В. Е. Программа «Дети группы риска в системе работы ППС-центра». СПб.; 1998. 3 с.
4. Антонова Л. Н. Педагогическая поддержка детей группы риска. *Вестник МГОУ. Серия «Педагогика»*. 2011;(1):14—18.
5. Олиференко Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. М.: Академия; 2004. 256 с.
6. Гонеев А. Д. Подготовка учителя к коррекционно-педагогической деятельности с подростками. М.: Изд-во МПГУ; Курск: КГПУ; 2000. 320 с.
7. Толковый словарь русского языка: около 100 000 слов, терминов и фразеологических выражений. С. И. Ожегов; Под ред. Проф. Л. И. Скворцова. 27-е изд., испр. Москва: Издательство АСТ: Издательство «Мир и Образование»; 2022. 1360 с.
8. Мазурин А. В., Воронцов И. М. *Пропедевтика детских болезней*. М.: Медицина; 1985. 432 с.
9. Сычёв Д. С. Послеродовая депрессия как фактор риска у детей. Включение скрининга послеродовой депрессии в практику первичной медико-санитарной помощи. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022;(3):16—20. doi:10.25742/NRIPH.2022.03.003
10. McLennan J. D., Kotelchuck M. Parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics*. 2000;105(5):1090—5. doi: 10.1542/peds.105.5.1090

### REFERENCES

1. Lisicyn J. P. *Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: ucheb-nik*. 2-e izd. M.: GJeOTAR-Media; 2010. 512 p.: il.
2. Kazakova E. I. *Sistema kompleksnogo soprovozhdenija rebjonka: otkonceptii k praktike*. SPb.; 1998. 209 p.
3. Letunova V. E. *Programma «Deti gruppy riska v sisteme raboty PPS-centra*. SPb.; 1998. 3 p.
4. Antonova L. N. *Pedagogical support of children at risk. Bulletin of Moscow State Regional University. Series «Pedagogy»*. [Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya «Pedagogika»]. 2011;(1):14—18.
5. Olifrenenko L.Ja. *Social'no-pedagogicheskaja podderzhka detej gruppy riska*. M.: Akademija; 2004. 256 p.
6. Goneev A. D. *Podgotovka uchitelja k korrekcionno-pedagogich-eskoj dejatel'nosti s podrostkami*. M.: Izd-vo MPGU; Kursk: KGPU; 2000. 320 p.
7. *Tolkovyj slovar' russkogo jazyka: Okolo 100 000 slov, terminov i frazeologicheskijh vyrazhenij*. S. I. Ozhegov; Pod red. Prof. L. I. Skvorcova. 27-e izd., ispr. Moskva: Izdatel'stvo AST: Izdatel'stvo «Mir i Obrazovanie»; 2022. 1360 p.
8. Mazurin A. V., Voroncov I. M. *Propedevtika detskih boleznej*. M. Medicina; 1985. 432 p.
9. Sychev D. S. *Postpartum depression as a risk factor in children. Inclusion of postpartum depression screening in the practice of*

primary health care. *Bulletin of the Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko].* 2022;(3):16—20 (in Russian). doi:10.25742/NRIPH.2022.03.003

10. McLennan J. D., Kotelchuck M. Parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics.* 2000;105(5):1090—5. doi: 10.1542/peds.105.5.1090

**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 31.08.2023; одобрена после рецензирования 06.12.2023; принята к публикации 04.03.2024.  
The article was submitted 31.08.2023; approved after reviewing 06.12.2023; accepted for publication 04.03.2024.

Научная статья

УДК 616.89—008.441.44

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.007

## Региональная стратегия предотвращения самоубийств. Первые шаги

Евгения Сергеевна Носова<sup>1✉</sup>, Оксана Юрьевна Александрова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГКУ «1469 Военно-морской клинический госпиталь» Минобороны России, Мурманская обл.,  
г. Полярный, Российская Федерация;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>nosova.evgenya@lenta.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8275-7749>

<sup>2</sup>alexandrovaoyu@nriph.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

**Аннотация.** Интегративный подход и применение технологий управления проектом являются основой Национальных стратегий предотвращения самоубийств. Мировой опыт убеждает нас в эффективности стратегий и оправдывает регулярное повторение их жизненных циклов. Отсутствие подобных программ в России должно стимулировать представителей региональных и федеральных властей к соответствующим разработкам.

**Цель:** представить дизайн региональной программы предотвращения самоубийств и обозначить контрольные пункты её реализации.

**Материалы и методы:** с помощью доступных публикаций обобщены знания по использованию проектного управления в вопросах предотвращения самоубийств. Изучены материалы ВОЗ, электронного библиотечного ресурса PubMed, информация с веб-сайтов зарубежных и отечественных правительственных организаций, профессиональных сообществ.

**Результаты.** Предложено рассмотреть модель региональной стратегии предотвращения самоубийств как программу с мультипроектным управлением, которая включает в себя пять последовательных этапов: предпрограммной подготовки, разработки и планирования, организации и выполнения, создания конкретных результатов и стадии завершения программы. Системный подход модели заключается в одновременной реализации её компонентов от индивидуальных интервенций до масштабных мероприятий на уровне общественного здоровья. Представленная в настоящей работе стратегия сфокусирована на четырех основных зонах влияния: повышение медицинской грамотности населения и врачебного сообщества по вопросам самоубийств, доступная и качественная специализированная помощь, исследование работы программы и рефлексия, а также создание системы управления программой.

**Выводы:** приведенный вариант региональной стратегии предотвращения самоубийств является переосмысленной универсальной моделью, которая, по мнению авторов, может быть полезна в условиях отечественной системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** стратегия предотвращения самоубийств, суициды, профилактика, общественное здоровье

**Для цитирования:** Носова Е. С., Александрова О. Ю. Региональная стратегия предотвращения самоубийств // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 40—46. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.007.

Original article

## Regional strategy for suicide prevention: first steps and design

Evgeniia S. Nosova<sup>1✉</sup>, Oxana Yu. Aleksandrova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Naval Hospital of the Ministry of Defense of the Russian Federation. Murmansk Oblast, Polyarnyy, Russian Federation;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>nosova.evgenya@lenta.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8275-7749>

<sup>2</sup>alexandrovaoyu@nriph.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

**Annotation.** An integrative approach and application of project management technologies are the basis of the National Suicide Prevention Strategies. World experience confirms the effectiveness of strategies and justifies a regular repetition of their life cycles. The absence of such programmes in Russia should encourage regional and federal authorities to develop them.

**Objective:** to present the design of the regional suicide prevention program and to identify control points for its implementation.

**Materials and Methods:** data on the Suicide Prevention Strategies has been synthesized through accessible publications. Among them WHO materials, PubMed resources, information from websites of foreign and domestic governmental organizations, professional communities.

**Results.** The article considers the model of regional strategy for suicide prevention as a program with multi-project management, which includes five consecutive stages: preparation, planning, organization — implementation, creation of concrete results and completion of the program. The system approach of the model is to simultaneously implement its components from individual interventions to large-scale public health interventions. The strategy presented in this paper focuses on four main areas of influence: improving the health literacy of the population and the medical community on suicide, accessible and high-quality specialized care, programme research and reflection, and the establishment of a programme management system.

**Conclusions:** the given version of the regional suicide prevention strategy is a reinterpreted universal model, which, according to the authors, can be useful in the conditions of the national health care system.

**Key words:** regional strategy for suicide prevention, suicides, prophylaxis, public health.



**For citation:** Nosova E. S., Aleksandrova O. Yu. Regional strategy for suicide prevention: first steps and design. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):40–46. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.007.

## Введение

Несмотря на обилие нормативной документации<sup>5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13</sup>, разработкам стратегических проектов по профилактике самоубийств в РФ уделяется мало внимания. Неоднородность и разобщенность кризисных служб, сомнительное качество статистических данных, низкий уровень информированности врачебного сообщества по вопросам самоубийств, а также нехватка специальной пропаганды — неполный список проблем, требующих разрешения уже в ближайшем будущем.

Эти задачи предусматривают портфель индивидуально подобранных решений в зависимости от региональной модели суицидального поведения, социально-экономических, культурных, этнических и иных факторов. Благодаря отечественным исследованиям известно, что категории суицидального риска в РФ во многом схожи с общемировыми показателями уязвимости [1–5], а значит релевантные зарубежные практики могут быть распространены на территориях исследования.

## Материалы и методы

Использованы материалы ВОЗ, электронного библиотечного ресурса PubMed, информация с веб-сайтов зарубежных и отечественных правительственных организаций, профессиональных сообществ. С помощью доступных публикаций проведен анализ основных блоков при построении типовой региональной стратегии предотвращения самоубийств.

## Результаты

Региональная стратегия предотвращения самоубийств (далее — РСПС) является программой с мультипроектным управлением, т. к. представляет

собой ряд проектов с общим видением и единой целью [6]. В соответствии со стандартом PMI (Project Management Institute) и Руководством к своду знаний по управлению проектом (РМВОК), рекомендовано выделять восемь основных доменов исполнения любого проекта/программы [7]. Эти домены можно условно сопоставить со стадиями жизненного цикла проекта, описанного М. Л. Разу и соавт. (2012) [6] (рисунок 1).

На этапе предпрограммной подготовки РСПС осуществляется поиск заинтересованных сторон, формирование команды и разработка упрощенной дорожной карты всех мероприятий. Планирование, организация и реализация программы являются задачами рабочей группы, в состав которой должны быть включены представители следующих правительственных организаций:

- Министерство здравоохранения;
- Министерство обороны;
- Министерство образования и науки;
- Министерство юстиции;
- Министерство труда и социальной защиты;
- Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций;
- Федеральное агентство по делам молодёжи;
- Министерство внутренних дел и иные [8]<sup>14, 15, 16</sup>.

Разнообразная команда обогащает среду проекта, поэтому в её состав традиционно входят неправительственные и волонтерские организации, политики и представители органов местного самоуправления, «выжившие» (здесь — пережившие самоубийство близкого человека), знаменитости, предприниматели, профессиональные ассоциации, центры занятости, банки и иные кредитно-финансовые организации. Также на правах полноценных участников стоит привлечь представителей экстренных служб, религиозные организации, сотрудников геронтологических служб, отдельные СМИ и журналистов, организации по борьбе с насилием, в том числе по защите детей. Неоспорима роль научного сообщества и экспертов в области организации здравоохранения<sup>17, 18, 19, 20, 21, 22, 23</sup>.

<sup>5</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»

<sup>6</sup> Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. N 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»

<sup>7</sup> «Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденная Минобрнауки России от 19.12.2017 г.

<sup>8</sup> Федеральный закон от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»

<sup>9</sup> Федеральный закон от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»

<sup>10</sup> Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

<sup>11</sup> Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 года № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида»

<sup>12</sup> Приказ Министерства юстиции РФ от 20 мая 2013 г. № 72 «Об утверждении Инструкции по профилактике правонарушений среди лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы»

<sup>13</sup> Приказ Министра обороны Российской Федерации от 22 июля 2019 г. № 404 Об организации военно-политической работы в Вооруженных Силах Российской Федерации

<sup>14</sup> 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action — A report of the U. S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/> (дата обращения 15.07.2023)

<sup>15</sup> Preventing Suicide in England: A Cross-Government Outcomes Strategy to Save Lives. Available at: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/430720/Preventing-Suicide-.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430720/Preventing-Suicide-.pdf) (дата обращения: 15.07.2023)

<sup>16</sup> Preventing Suicide in England: Two Years On. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-second-annual-report> (дата обращения: 15.07.2023)

<sup>17</sup> Suicide Prevention Strategy 2013–2016. Available at: [https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2015/09/Suicide-Prevention-Strategy-2013-2016\\_oa.pdf](https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2015/09/Suicide-Prevention-Strategy-2013-2016_oa.pdf) (дата обращения: 15.07.2023)

<sup>18</sup> Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629> (дата обращения 15.07.2023)

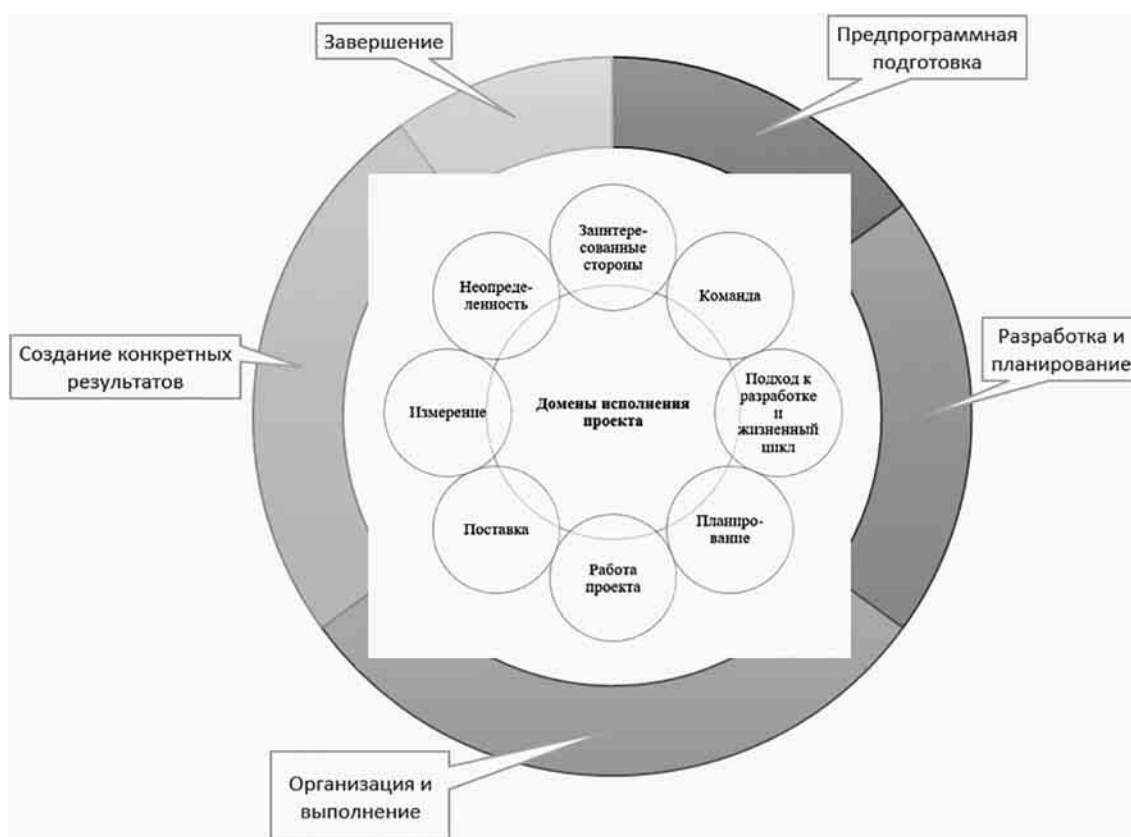


Рис. 1. Домены исполнения проекта (PMBOK) и жизненный цикл программы

После определения списка заинтересованных сторон Министерство здравоохранения берет на себя организацию первой встречи участников РСФС, которая может быть проведена в виде круглого стола, в рамках конгресса, или конференции по вопросам психического здоровья. В ходе встречи участники обсуждают региональные характеристики самоубийств, группы риска суицидального поведения, зарубежный и отечественный опыт борьбы самоубийствами, законодательные основы профилактики суицидов в РФ, достоинства и недостатки отечественной системы кризисной помощи, культурные, религиозные, этнические и социально-экономические особенности данной территории и пр.<sup>24</sup>.

Ключевое событие — представление эскиза региональной стратегии предотвращения самоубийств на последующие пять лет и подписание заключительного соглашения, в котором заинтересованные

стороны обозначают свою поддержку программе, приверженность идее опережающего достижения поставленных целей, готовность оказывать активное содействие развитию программы и вхождение в неё на правах полноценных участников.

Следующим шагом, после определения состава рабочей группы, является создание организационного механизма эффективного управления программой. Это подразумевает формирование руководящего комитета программы, возможный состав которого представлен на рисунке 2, а также команд проектов и офиса управления программой.

Руководящий комитет возглавляет все действия по реализации программы и координации заинтересованных сторон. В его задачи входят согласование и утверждение основных планов, внесение изменений в текущую документацию, разрешение вопросов, находящихся за рамками полномочий руководителя и директора программы, ресурсное обеспечение проектов, обеспечение соответствия программы нормативным требованиям и пр. [6]. Кроме того, комитет представляет интересы РСФС и способствует освещению её работы в СМИ, на научных и образовательных платформах.

Функции директора РСФС выполняет представитель Минздрава, который сочетает знания по вопросам организации здравоохранения с практическим опытом в клинической психиатрии. Руководитель программы является специалистом в области стратегического менеджмента и наделен полномочиями по управлению деятельностью программы.

<sup>19</sup> Suicide prevention in Switzerland: Starting point, need for action and action plan. Available at: <https://extranet.who.int/mindbank/item/6764> (дата обращения 15.07.2023)

<sup>20</sup> Suicide prevention action plan: every life matters. Available at: <https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/> (дата обращения 15.07.2023)

<sup>21</sup> Texas State Plan for Suicide Prevention: Guidelines for Suicide Prevention In Texas. Available at: [https://extranet.who.int/mindbank/collection/regional/texas/suicide\\_prevention\\_](https://extranet.who.int/mindbank/collection/regional/texas/suicide_prevention_) (дата обращения 15.07.2023)

<sup>22</sup> Washington State's Plan for Youth Suicide Prevention. Available at: <https://extranet.who.int/mindbank/item/1864> (дата обращения 15.07.2023)

<sup>23</sup> Oklahoma State Youth Suicide Prevention Plan. Available at: <https://extranet.who.int/mindbank/item/1135> (дата обращения 15.07.2023)

<sup>24</sup> Preventing suicide: a community engagement toolkit. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860> (дата обращения 15.07.2023).

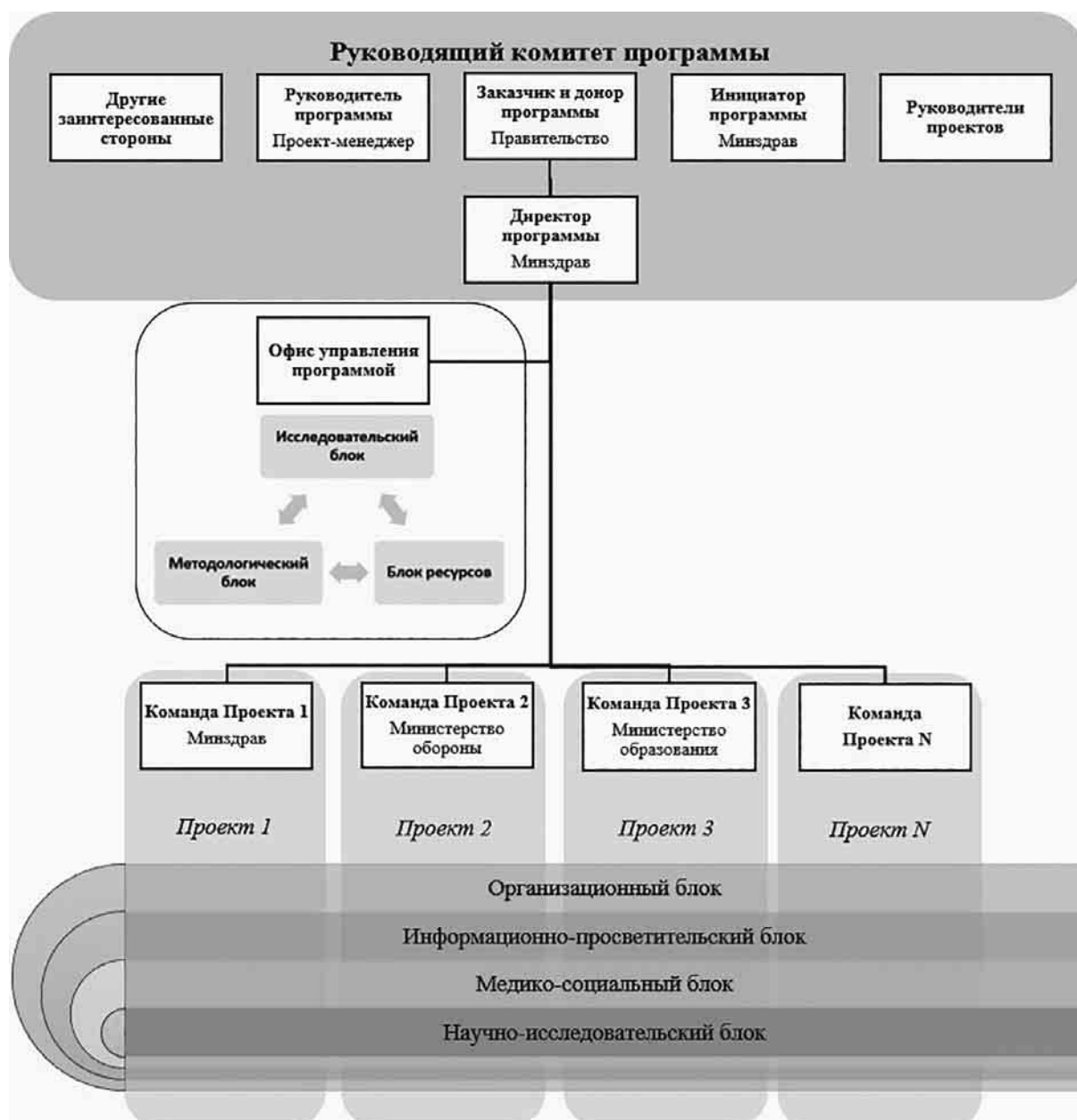


Рис. 2. Организационная структура модели РСПС

Особое место в структуре занимает офис управления программой (далее — ОУП), который отвечает за выполнение процессов руководства РСПС и состоит из трех блоков: исследовательского, методологического и блока ресурсов. Первый отвечает за сбор и агрегацию статистических данных программы, которые будут перенаправлены в методологический отдел. Здесь полученный материал используется для разработки рекомендаций и руководящих нормативных документов. Блок ресурсов ОУП решает вопросы получения и распределения финансовых потоков, человеческих, технических, информационных и иных ресурсов.

С учетом возможных препятствий при объединении ряда Министерств, неправительственных, волонтерских и иных организаций рекомендовано разделить проекты РСПС согласно отраслевой специфике. Каждый такой проект имеет общий с РСПС

жизненный цикл и общие цели, но достигает этих целей своим способом, выполняя задачи в соответствии со специализацией.

Последний шаг на этапе предпрограммной подготовки заключается в составлении общего плана программы, ее целей, задач и мероприятий наиболее крупными блоками. В большинстве Национальных стратегий предотвращения самоубийств (далее — НСПС) обозначены четыре основные зоны внимания: здоровое общество, повышение медицинской грамотности населения по вопросам самоубийств, доступная и качественная специализированная помощь, научные исследования и оценка работы программы.

Предложенная в настоящей работе модель, в отличие от большинства зарубежных, содержит в своей структуре организационный блок, что является основным условием жизнеспособности стратегии и

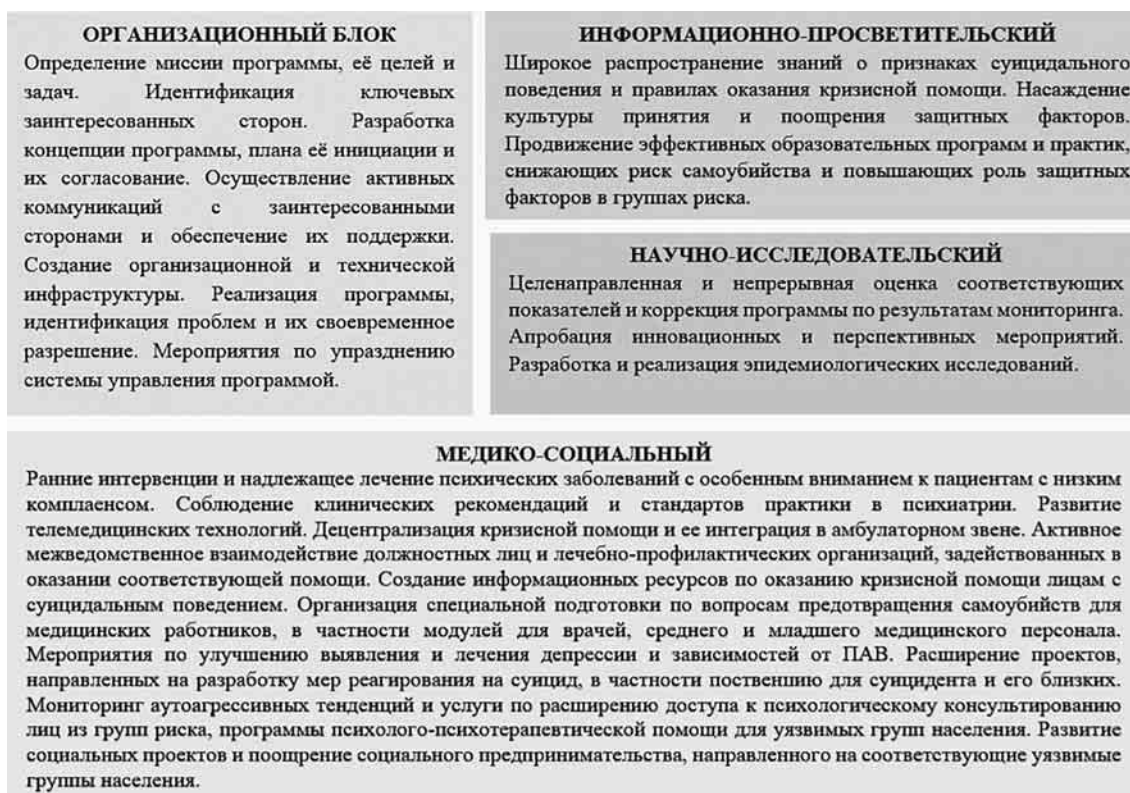


Рис. 3. Стратегические направления РСПС

ее грамотной реализации. На рисунке 3 представлены блоки РСПС и краткое их описание.

После согласования и утверждения программы в Правительстве региона, проект переходит на следующую стадию подробной разработки дорожных карт программы и всех её проектов, а также определения ожидаемых результатов на каждом этапе работ. План представляет собой многолетний директивный документ, с описанием последовательных действий, ориентированных на воплощение в жизнь поставленных целей. Он включает подающиеся измерению результаты наряду с описанием их достижения [9]. Возможный вариант оформления такого плана представлен на рисунке 4<sup>25, 26</sup>.

Этапы реализации программы и получения результатов её работы заключаются не только в запуске всех проектов РСПС и организации выполнения работ, но также в оперативном планировании работ, их координации и согласовании темпов, контроле и регулировании основных показателей проекта, решении возникающих проблем и задач [10].

Стратегическая цель: Таргетные и доказательно эффективные мероприятия в группах риска				
Задача: Усилить роль защитных факторов среди учащихся, включая навыки решения проблемных ситуаций, совладания с трудностями, улучшить контакт с трудными подростками, оптимизировать коммуникацию в образовательной среде				
Проблема	Мероприятия	Ожидаемый результат	Ответственные	Сроки
Нехватка знаний по вопросам суицидального поведения у участников образовательного процесса	Психосоциальные вмешательства, тренинги для учащихся и педагогов, образование гейткиперов	Увеличение числа учащихся и преподавателей, умеющих идентифицировать суицидальное поведение и оказывать соответствующую помощь	Министерство образования Министерство здравоохранения Образовательные организации	3-5 лет

Рис. 4. Элементы планирования мероприятий по профилактике самоубийств

Непременным условием работы РСПС является обсуждение прогресса и возникающих препятствий на регулярных встречах участников. В процессе заседания рабочей группе предоставляются современные данные по вопросам профилактики самоубийств и обновленные рекомендации международных ассоциаций. Результаты текущих исследований влияют на возможность пересмотра планов последующих фаз жизненного цикла РСПС. По итогам встреч вносятся правки в дорожные карты программы, включая изменения показателей эффективности, а также создается алгоритм действий при отклонениях от заранее намеченных целей<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> Northern territory suicide prevention. Strategic framework. 2018-2023. Available at: <https://extranet.who.int/mindbank/item/7089> (дата обращения 15.07.2023)

<sup>26</sup> Nebraska Statewide Suicide Prevention Plan 2016-2020. Available at: <https://extranet.who.int/mindbank/item/6319> (дата обращения: 15.07.2023)

На последнем этапе РСПС происходит подведение итогов её работы и управляемое прекращение деятельности. Для оценки эффективности программы проводится анализ статистических данных, качества предоставленных услуг и результатов программы заинтересованными сторонами. Решение вопроса об упразднении инфраструктуры проводят после определения того, будет ли программа дублироваться на следующий временной период.

### Обсуждение

На фоне реализации национальных стратегий предотвращения самоубийств продолжают поступать сообщения о возможной синергии эффектов многоуровневых моделей [11]. Так, анализ работы НСПС в странах Организации экономического сотрудничества (ОЭСД), показал снижение уровня суицидальной смертности после их внедрения [12], а данные организации «Henry Ford Health» свидетельствуют о том, что системные модели могут уменьшить количество самоубийств на 75% [13].

В исследовании Lewitzka U et al. (2019) показано статистически значимое снижение суицидальной смертности среди мужчин в странах реализации НСПС, с максимальным результатом в возрастных когортах 25—44 года и 45—64 года [14]. Отечественные работы подтверждают первостепенную важность этого контингента в вопросах профилактики [1—3].

Системный подход НСПС заключается в одновременной реализации компонентов на территории имплементации: от индивидуальных интервенций до масштабных мероприятий на уровне общественного здоровья. Поскольку единоличное решение большого объема задач невозможно и разработка таких стратегий требует объединения специалистов и разделения труда, появляется необходимость в системе управления, преследующей определенные цели. С одной стороны, система должна обеспечить, скоординировать и использовать ряд ресурсов, с другой — упорядочить протекание процессов программы, коммуникаций и принятия решений как внутри нее, так и за ее пределами [10].

Учитывая сложность задач НСПС Альянс действий США заложил в её основу модель управления проектом — Zero Suicide. Она обеспечивает системный подход с помощью семи основных элементов: руководство, обучение, выявление, вовлечение, лечение, переход и улучшение<sup>28</sup>.

И все же главное в инициации стратегии — это понимание того, что вопросы предотвращения самоубийств относятся не только к сфере здравоохранения, или психического здоровья, они вовлекают более крупный сегмент социальной ткани. Отдель-

ные инициативы эффективны в ослаблении и купировании суицидального кризиса, но они вряд ли могут сравниться с более мощным стратегическим потенциалом многоуровневых моделей профилактики. До момента осознания и официального принятия этого факта вопросы оказания качественной кризисной помощи в РФ, соответствующей передовым мировым стандартам, остаются открытыми.

### Заключение

Показатели суицидальной смертности в России говорят не только о позитивном тренде в последние десятилетия, но и о том, что мы все еще теряем более 13 000 жизней от самоубийств ежегодно<sup>29</sup>. Каждая смерть оборачивается трагедией для близких и оказывает как прямое, так и тангенциальное влияние на общество.

Отечественные работы описывают многочисленные отдельные инициативы, однако, перспективы построения национальной и региональной стратегии предотвращения самоубийств редко обсуждаются в литературе. Представленный в настоящей работе вариант РСПС является переосмысленной универсальной моделью, которая, по мнению авторов, может быть полезна в условиях отечественной системы здравоохранения.

Ускорить разработку стратегической модели и наверстать упущенное — первоочередная задача региональных систем здравоохранения и их возможных партнеров. Промедление на фоне внешнего благополучия официальной статистики усыпляет бдительность, ослабляет усилия и умножает несовершенство системы кризисной помощи.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ворсина О. П. Суицидальное поведение населения Иркутской области в 2019 году. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020;108(3):92—101. doi 10.26617/1810-3111-2020-3(108)-92-101
2. Корольков Е. И., Пушкарева Е. В., Попова Н. М. Характеристика совершенных суицидов в Удмуртской Республике за 2000—2020 годы. *Modern Science*. 2020;(10—1):233—237.
3. Торкунов П. А., Положий Б. С., Рыбакина А. В., Рагозина Н. П., Литус С. Н., Шабанов П. Д., Земляной А. В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику. *Девиянтология*. 2020;4(1—6):33—44. doi: 10.32878/devi.20-4-01(6)-33-44
4. Семенова Н. Б., Мартынова Т. Ф. Этнокультуральные факторы риска суицидального поведения коренного населения Севера Сибири. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012;72(3):85—89.
5. Семенова Н. Б. Причины суицидального поведения у коренных народов Сибири: религиозно-мировоззренческие аспекты отношения к смерти. *Суицидология*. 2018;9(1—30):36—43.
6. Разу М. Л., Лялин А. М., Бронникова Т. М., Разу Б. М., Титов С. А., Якутин Ю. В. Управление проектом. Основы проектного управления. 4-е изд. М.: КНОРУС; 2012. 760 с.
7. Руководство к своду знаний по управлению проектом (Руководство PMBOK) и Стандарт управления проектом. 7-е издание. Чикаго: Институт управления проектами (Project Management Institute, PMI); 2017. 277 с.
8. Duffy D., Foster K. The National Suicide Prevention Strategy for England. *Mental Health Review Journal*. 2003;8(4):28—30.

<sup>27</sup> Evaluation of the First Phase of Choose Life: The National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland. Available at: <https://webarchive.nrscotland.gov.uk/3000/https://www.gov.scot/Publications/2006/09/06094657/0> (дата обращения: 30.07.2023)

<sup>28</sup> About Zero Suicide. Your guide to understanding the Zero Suicide mission and framework, as well as a road map toward implementation. Available at: <https://zerosuicide.edc.org/about> (дата обращения 15.07.2023)

<sup>29</sup> Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти за год. Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/31620> (дата обращения 30.07.23)

9. Yip P. S. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(3):117—120. doi: 10.1027/0227—5910/a000100
10. Бурков В. Н., Новиков Д. А. Как управлять проектами. М.: СИНТЕГ-ГЕО; 1997. 188 с.
11. Krysinska K., Batterham P. J., Tye M., Shand F., Calear A. L., Cockayne N., Christensen H. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(2):115—8. doi: 10.1177/0004867415620024
12. Matsubayashi T., Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Soc Sci Med*. 2011;73(9):1395—400. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.022
13. Coffey M. J., Coffey C. E., Ahmedani B. K. Suicide in a health maintenance organization population. *JAMA Psychiatr*. 2015;72(3):294—296. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2440
14. Lewitzka U., Sauer C., Bauer M., Felber W. Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):158. doi: 10.1186/s12888-019-2147-y
4. Semenova N. B., Martynova T. F. Ethnocultural factors of suicidal behavior risks in natives of the North. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. [Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii]. 2012;72(3):85—89 (in Russian).
5. Semenova N. B. Causes of suicidal behavior in native peoples of Siberia: religious and world outlook aspects of attitude to death. *Suicidology*. [Suitsidologiya]. 2018;9(1—30):36—43 (in Russian).
6. Razu M. L., Ljalin A. M., Bronnikova T. M., Razu B. M., Titov S. A., Jakutin Ju. V. Project management. Fundamentals of project management. 4th ed. Moscow: KNORUS; 2012. 760 p. (in Russian).
7. A guide to the Project management body of knowledge and the standard for project management 7-th edition. Chicago: Project Management Institute, PMI; 2017. 277 p. (in Russian).
8. Duffy D., Foster K. The National Suicide Prevention Strategy for England. *Mental Health Review Journal*. 2003;8(4):28—30.
9. Yip P. S. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(3):117—120. doi: 10.1027/0227—5910/a000100
10. Burkov V. N., Novikov D. A. How to manage projects. Moscow: SINTEG-GEO; 1997. 188 p. (in Russian).
11. Krysinska K., Batterham P. J., Tye M., Shand F., Calear A. L., Cockayne N., Christensen H. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(2):115—8. doi: 10.1177/0004867415620024
12. Matsubayashi T., Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Soc Sci Med*. 2011;73(9):1395—400. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.022
13. Coffey M. J., Coffey C. E., Ahmedani B. K. Suicide in a health maintenance organization population. *JAMA Psychiatr*. 2015;72(3):294—296. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2440
14. Lewitzka U., Sauer C., Bauer M., Felber W. Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):158. doi: 10.1186/s12888-019-2147-y

#### REFERENCES

1. Vorsina O. P. Suicidal behavior of the population of the Irkutsk Region in 2019. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. [Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii]. 2020;108(3):92—101 (in Russian). doi: 10.26617/1810-3111-2020-3(108)-92-101
2. Korol'kov E. I., Pushkareva E. V., Popova N. M. Characteristics of committed suicides in the Udmurt Republic for 2000—2020. *Modern Science*. 2020;(10—1):233—237 (in Russian).
3. Torkunov P. A., Polozhij B. S., Rybakina A. V., Ragozina N. P., Litus S. N., Shabanov P. D., Zemljanoj A. V. Analysis of suicidal activity of Pskov Region residents and factors affecting its dynamics. *Deviantology*. [Deviantologiya]. 2020;4(1—6):33—44 (in Russian). doi: 10.32878/devi.20-4-01(6)-33-44

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

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

Статья поступила в редакцию 12.09.2023; одобрена после рецензирования 06.12.2023; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 12.09.2023; approved after reviewing 06.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.008

## Мнение пациентов о цифровизации в первичной медико-санитарной помощи

Дмитрий Васильевич Вошев<sup>1✉</sup>, Надежда Александровна Вошева<sup>2</sup>, Ирина Михайловна Сон<sup>3</sup>,  
Оксана Михайловна Драпкина<sup>4</sup>

<sup>1, 4</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>ООО «Центр хранения данных», г. Москва, Российская Федерация;

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация; Пензенский институт усовершенствования врачей —  
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия  
непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Пенза, Российская Федерация;

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени  
А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>dvvoshev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9216-6873>

<sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0001-6546-3530>

<sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0001-9309-2853>

<sup>4</sup><https://orcid.org/0000-0002-4453-8430>

**Аннотация.** Цифровизация распространяется на все сферы общественной жизни и отрасли функционирования государства, в том числе на отрасль здравоохранения, включая первичную медико-санитарную помощь. При этом эффективность внедрения инновационных технологий напрямую зависит от уровня их использования и общего восприятия населением. Целью данного исследования является анализ мнений пациентов о процессе цифровизации медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. К материалам и методам, относится анализ научных статей и информации из интернет-источников, релевантных заявленной тематике, а также проведение анкетирования. Сбор данных осуществлялся в период с июня по сентябрь 2023 года и охватил 48 субъектов России. Анкетирование проведено с использованием онлайн-сервиса «Яндекс.Формы» и включало в себя 2437 пациентов медицинских организаций. В данной статье представлен анализ результатов по восьми ключевым вопросам анкеты, которые были отобраны для оценки мнения пациентов относительно процесса цифровизации первичной медико-санитарной помощи. Большинство респондентов положительно относится к цифровизации в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, но требуются дополнительные улучшения, такие как большее участие медицинского персонала и пациентов в цифровых технологиях, специализированные порталы, расширение телемедицины и инновационных услуг.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, цифровизация здравоохранения, цифровизация медицинской помощи, анкетирование пациентов, цифровая медицинская грамотность.

**Для цитирования:** Вошев Д. В., Вошева Н. А., Сон И. М., Драпкина О. М. Мнение пациентов о цифровизации в первичной медико-санитарной помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 47—53. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.008.

Original article

## Patients' Opinion on digitalization in primary health care

Dmitriy V. Voshev<sup>1</sup>✉, Nadezhda A. Vosheva<sup>2</sup>, Irina M. Son<sup>3</sup>, Oksana M. Drapkina<sup>4</sup>

<sup>1,4</sup>FSBI National Medical Research Centre for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation;

<sup>2</sup>LLC «Data storage center», Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>FSBEI FPE «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation; Penza Institute for Further Training of Physicians Branch Campus of the FSBEI FPE «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Penza, Russian Federation;

<sup>4</sup>FSBEI HE «A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>dvvoshev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9216-6873>

<sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0001-6546-3530>

<sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0001-9309-2853>

<sup>4</sup><https://orcid.org/0000-0002-4453-8430>

**Annotation.** Digitalization extends to all spheres of public life and branches of the functioning of the state, including the healthcare sector, including primary health care. At the same time, the effectiveness of the introduction of innovative technologies directly depends on the level of their use and the general perception of the population. The purpose of this study is to analyze the opinions of patients about the process of digitalization of medical organizations providing primary health care. The materials and methods include the analysis of scientific articles and information from Internet sources relevant to the declared topic, as well as conducting a questionnaire. Data collection was carried out in the period from June to September 2023 and covered 48 subjects of Russia. The survey was conducted using the online service «Yandex.Forms» and included 2437 patients of medical organizations. This article presents an analysis of the results on eight key questions of the questionnaire, which were selected to assess the opinion of patients regarding the process of digitalization of primary health care. As a result of the study, it was revealed that the majority of respondents have a positive attitude to digitalization in medical organizations providing primary health care, but additional improvements are required, such as greater participation of medical personnel and patients in digital technologies, specialized portals, expansion of telemedicine and innovative services.

**Key words:** primary health care, digitalization of healthcare, digitalization of medical care, patient questionnaire, digital literacy.

**For citation:** Voshev D. V., Vosheva N. A., Son I. M., Drapkina O. M. Patients' Opinion on digitalization in primary health care: a study on the impact of digital maturity of the healthcare system on citizens' satisfaction. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(1):47–53. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.008.

## Введение

Цифровизация распространяется на все сферы общественной жизни и отрасли функционирования государства, в том числе на отрасль здравоохранения, включая первичную медико-санитарную помощь. В связи с этим, основной проблемой является трансформация способов предоставления медицинских услуг, а именно, возникновение новых моделей взаимодействия с населением, как в рамках осуществления лечебного процесса, так и в отношении проведения превентивных мер по защите здоровья граждан, которые должны быть удобными, эффективными и способствовать достижению удовлетворенности пациентов [1].

В настоящее время внедрение инновационных технологий представляется одной из необходимых составляющих, которая бы способствовала росту результативности функционирования медицинской помощи и ее ориентированности на потребности целевой аудитории [2]. Важность оказания медицинских услуг определена Конституцией Российской Федерации, в соответствии с которой каждый гражданин страны располагает правом на получение соответствующих услуг, что регламентировано статьей 41 обозначенного нормативного документа<sup>1</sup>.

Цифровизация здравоохранения и медицинской помощи, в частности, описывается в работах

Е. В. Мишон, П. А. Канапухина [3], О. Д. Старченко-вой, Д. С. Величенкова [4], В. К. Скобниковой [5], И. Н. Колкаревой [6]. Необходимо отметить, что авторы обозначенных исследований отражают в своих трудах в большей мере основные тренды, отдельно рассматривают федеральный и региональный уровень и не оценивают отношение к ней пациентов в целом.

Проведенный анализ работ современных исследователей по заданной тематике позволяет сделать вывод о нехватке исследований, которые включали в себя уточнение понятийного аппарата в отношении цифровизации медицинской помощи, обозначение основных трендов внедрения инновационных технологий как на федеральном, так и региональном уровнях, а также представление мнения пациентов по вопросу цифровизации медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, которые показывают возможность выявить особенности влияния цифровизации на удовлетворенность пациентов от предоставления исковых услуг.

**Цель исследования** является анализ мнений пациентов о процессе цифровизации медицинских ор-

<sup>1</sup> Конституция Российской Федерации: Консультант Плюс. Дата обращения июль 20, 2023. [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/).



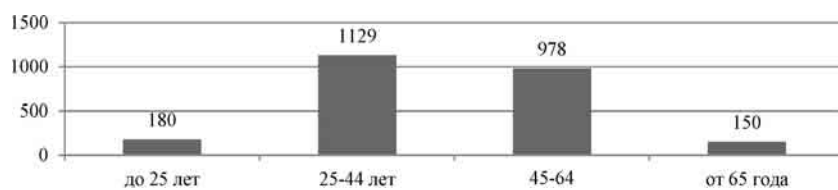


Рис. 1. Возрастное распределение респондентов



Рис. 2. Считаете ли Вы, что использование цифровые технологии в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сделало медицинские услуги для Вас более доступными?

организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

### Материалы и методы

Интеграция цифровых технологий в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, включает в себя ряд ключевых аспектов. Один из наиболее значимых показателей успеха данного процесса — это уровень удовлетворенности пациентов. Удовлетворенность пациентов выступает важным индикатором как качества медицинской помощи, так и эффективности интеграции цифровых решений в структуру медицинских организаций. Этот аспект играет существенную роль в укреплении доверия со стороны пациентов, а также обеспечивает ценную обратную связь, способствующую непрерывному совершенствованию процессов.

Процесс предоставления медицинских услуг предполагает использование не только необходимых знаний и опыта, но также требует специализированных технологий и оборудования для выполнения различных медицинских манипуляций, включающих вмешательство в организм [7]. Этот комплексный подход позволяет говорить о понятии цифровизации медицинских услуг и медицинской помощи.

В соответствии с взглядами G. Eysenbach, данная цифровизация охватывает разнообразные методы предоставления медицинской помощи, осуществляемые исключительно через Интернет и онлайн-платформы [8]. Согласно Д. А. Ендовицкому, Н. В. Кондрашевой, С. В. Головину и А. В. Чурикову, цифровизация медицинской помощи представляет собой комплекс онлайн-коммуникационных инструментов, направленных на удовлетворение потребностей пациентов в медицинской помощи [9]. Этот показатель отражает степень удовлетворенности и комфорта, которые пациенты испытывают в процессе полу-

чения медицинских услуг через цифровые каналы.

В этой связи нами была разработана анкета для изучения мнения пациентов о цифровизации медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе по влиянию цифровых решений системы здравоохранения на удовлетворенность граждан [10].

Исследование проводилось с июня по август 2023 года в 48 субъектах России среди пациентов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с использованием онлайн-инструмента «Яндекс. Формы». Численность респондентов составила 2437 человек. В рамках данной статьи выбрано 8 из 33 вопросов анкеты. Эти вопросы были отобраны так, чтобы наилучшим образом отразить уровень удовлетворенности процессом.

### Результаты

Распределение респондентов по возрасту представлено на рис. 1.

Большая часть респондентов относится к возрастным интервалам 25—44 лет (46,3%) и 45—64 лет (40,1%), что обусловлено преобладанием этих двух возрастных групп среди пациентов медицинских организаций.

Представим на рис. 2 ответ респондентов на вопрос: «Считаете ли Вы, что использование цифровых технологий в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сделало медицинские услуги для Вас более доступными?».

Пациенты в большинстве случаев (53,5%) положительно оценивают влияние цифровизации на доступность первичной медико-санитарной помощи, что, следовательно, положительно отражается на удовлетворенности пациентов. Тем не менее, 25,1% респондентов не заметили никаких изменений, а 21,4% отметили отрицательное воздействие (увеличение времени ожидания и обслуживания). Эти результаты говорят о том, что внедрение цифровых технологий требует более внимательного подхода к реализации, чтобы минимизировать возможные негативные последствия.

Представим на рис. 3 ответ респондентов на вопрос: «Считаете ли Вы, что использование цифровых технологий сократило время ожидания приема в медицинских организациях?»



Рис. 3. Ответ респондентов на вопрос: считаете ли Вы, что использование цифровых технологий сократило время ожидания приема в медицинских организациях?

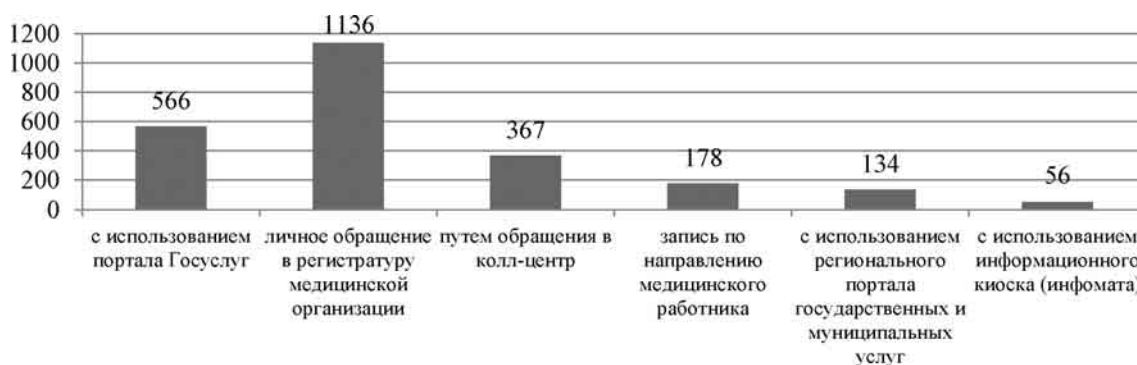


Рис. 4. Ответ респондентов на вопрос: какую форму записи в медицинские организации первичного звена Вы преимущественно используете?

вых технологий сократило время ожидания приема в медицинских организациях?».

Большая часть респондентов (47,4%) заявили, что цифровые технологии привели к сокращению времени ожидания приема в медицинских организациях. В то же время, 35,8% респондентов не заметили никаких изменений в этом аспекте, а 16,8% утверждали, что цифровизация привела к увеличению времени ожидания. Таким образом, внедрение цифровых технологий зачастую влияет на сокращение времени ожидания, однако оно может быть неравномерным и требует дополнительных мер для эффективной оптимизации времени обслуживания пациентов.

Представим на рис. 4 ответ на вопрос: «Какую форму записи в медицинские организации первичного звена Вы преимущественно используете?».

Большинство (46,6%) предпочитают обращаться лично в регистратуру медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. В числе других способов обращения респондентов за медицинской помощью преобладают: использование портала Госуслуг (23,2%) и обращение в колл-центр (15,1%). Это может указывать на необходимость повышения уровня цифровой медицинской грамотности населения и предоставления им дополнительной информации о преимуществах использования инновационных технологий в области медицинского обслуживания.

Представим на рис. 5 ответ респондентов на вопрос: «Вы знаете о возможности проведения телемедицинской (дистанционной) консультации/врачебного консилиума (консультация с врачом/врачами с использованием видео-конференц-связи)?».

Большая часть респондентов 40,0% слышали о телемедицине, но не знают подробностей, 39,8% — знают о возможностях консультаций с использованием телемедицинских технологий, но все же существенный процент респондентов — 20,1% ответили

отрицательно о знаниях про телемедицинские технологии. Полученные результаты говорят о недостаточной распространенности обозначенных средств и необходимости развития данного направления с учетом повышения цифровой медицинской грамотности пациентов.

Представим на рис. 6 ответ респондентов на вопрос: «Вы когда-нибудь использовали телемедицинскую консультацию?».

Лишь небольшая доля респондентов (8,0%) упомянула использование телемедицинской консультации. При этом большинство респондентов (46,7%) ответили, что не использовали телемедицину и не заинтересованы в этом. Однако почти столько же респондентов (45,3%) хотели бы попробовать телемедицинскую консультацию, что указывает на то, что телемедицина еще не широко распространена среди респондентов, но вызывает интерес и потенциально может быть востребована в будущем. Для повышения удовлетворенности пациентов и эффективности оказания медицинской помощи следует рассмотреть возможность расширения телемедицинских консультаций и активного информирования общественности об их преимуществах.

Представим на рис. 7 ответы респондентов на вопрос: «Насколько хорошо, по Вашему мнению, ме-

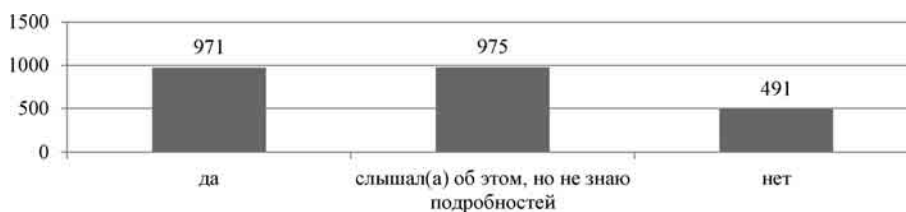


Рис. 5. Ответ респондентов на вопрос: Вы знаете о возможности проведения телемедицинской (дистанционной) консультации/врачебного консилиума (консультация с врачом/врачами с использованием видео-конференц-связи)?

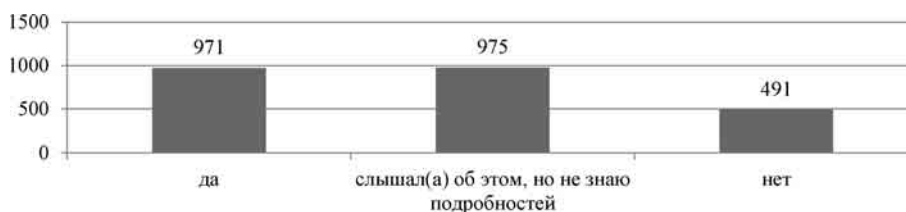


Рис. 6. Ответ респондентов на вопрос: Вы когда-нибудь использовали телемедицинскую консультацию?



Рис. 7. Ответ респондентов на вопрос: насколько хорошо, по Вашему мнению, медицинский персонал (например, врачи, фельдшеры, медсестры) обучен использованию цифровых технологий?



Рис. 8. Ответ респондентов на вопрос: хотели бы Вы, чтобы в будущем в медицинских организациях больше использовались цифровые технологии?

дицинский персонал (например, врачи, фельдшеры, медсестры) обучен использованию цифровых технологий?».

Положительные отзывы о медицинском персонале первичного звена связаны с их уровнем обученности применению цифровых технологий (30,7% респондентов считают, что персонал обучен должным образом, 20,1% респондентов — хорошо обучен). Эти результаты говорят о том, что правильное и достаточное обучение медицинского персонала играет значительную роль в удовлетворенности пациентов и может оказывать положительное влияние на качество оказываемой медицинской помощи. Одновременно следует отметить, что высокий процент ответов «нет мнения (не знаю)» 35% может быть связан с тем, что некоторые респонденты не имеют достаточной цифровой медицинской грамотности чтобы оценить цифровую грамотность медицинского персонала.

Представим на рис. 8 ответ на вопрос: «Хотели бы Вы, чтобы в будущем в медицинских организациях больше использовались цифровые технологии?».

Большая часть респондентов (53,2%) выразили заинтересованность в увеличении применения цифровых технологий в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В то же время, 29,4% респондентов не проявили интереса в расширении использования цифровых технологий. Следует отметить, что 17,5% респондентов выразили несогласие с увеличением использования цифровых технологий в медицинских организациях. Это может указывать на необходимость проведения информационных кампаний и образовательных программ, чтобы разъяснить преимущества и возможности, которые предоставляют цифровые технологии. Такой подход поможет уменьшить сопротивление некоторых респондентов и сделает процесс цифровизации более эффективным и успешным.

### Обсуждение

В сфере первичного звена постоянно разрабатываются новые технологии, что делает важной оценку эффективности цифровых коммуникаций пациентов с медперсоналом. Наше исследование показало,

что большая часть респондентов положительно настроена на использование цифровых медицинских услуг. Некоторые пациенты, однако, не владеют технологиями из-за недостаточной информированности. Поэтому улучшение медпомощи требует не только подготовки медицинского персонала, но и повышения цифровой грамотности населения. Эти шаги помогут пациентам принимать более осведомленные решения и улучшат качество здравоохранения.

Сравним полученные нами результаты с позицией других авторов, которые занимались изучением аналогичной тематики. Так, М. А. Лаврентьева отмечает, что не только в российской, но и в зарубежной практике ряд врачей акцентирует внимание на онлайн-взаимодействии, а не коммуникации с реальным пациентом [11]. О. А. Коленикова подчеркивает необходимость сбалансированной цифровизации первичной медицинской помощи, включая личные и электронные взаимоотношения с пациентами [12]. О. Д. Старченкова и Д. С. Величенкова указывают на риск снижения внимания медперсонала к пациентам из-за цифровизации, что может уменьшить лояльность к врачам и организации [4]. Вместе с тем, ряд авторов, к которым можно отнести С. П. Дятлова [1], И. Н. Колкареву, Р. С. Дармограеву [6], отмечают, что удовлетворенность от воздействия цифровизации пациента расценивается по-разному, как со стороны врачей, так и с позиции населения. С нашей точки зрения, должна определяться важность сохранения результативного взаимодействия между пациентом и врачами при условии использования последними цифровых медицинских технологий.

В представленном подходе исследователями В. И. Шевским, И. М. Шейман и С. В. Шишкиным показано, что положительное восприятие цифровых услуг, увеличение удовлетворенности пациентов от их использования, а также улучшение диагностических процедур и организации лечения напрямую зависят от уровня цифровизации медицинских учреждений и компетентности персонала [13]. Кроме того, инновационные технологии сокращают нагрузку на медицинский персонал и сокращают время работы с документацией.

По мнению А. С. Безымянного, А. А. Тяжелникова и А. В. Юмукяна, цифровизация первичной медицинской помощи предоставляет преимущества, включая улучшение удовлетворенности пациентов. Это позволяет решить проблему многозадачности в предоставлении помощи, сократив затраты времени на документацию и увеличив внимание к пациентам [14]. Исследование А. Алмазова, В. Шевского и А. Мелерзанова также отмечает, что без использования цифровых технологий медперсонал тратит около 12% времени на заполнение документов [15].

Изучение трудов современных исследователей позволило нам выявить основные достижения цифровизации первичной санитарно-медицинской помощи: ведение электронного медицинского документооборота для целей систематизации и сохранения информации; использование мобильных приложений при помощи загрузки на устройства пациентов; телемедицинские технологии, которые позволяют повысить эффективность предоставления медицинских услуг и взаимодействия между участниками всей системы; активное внедрение искусственного интеллекта, который предоставляет возможность увеличить качество, скорость и точность диагностики [11, 16—18].

Необходимо отметить, что использование цифровых технологий в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи вызывает ряд противоречий. Несмотря на очевидные преимущества, исследователями выделяются следующие недостатки: снижение уровня сосредоточенности врачей на оказании первичной санитарно-медицинской помощи пациентам; возникновение сложностей во взаимоотношениях между медицинским персоналом и населением; увеличение количества времени, проведенного за заполнением электронной медицинской карты вместо реального приема пациента, что может привести к снижению лояльности последнего [13, 14, 19—21].

Также одним из отрицательных аспектов цифровизации здравоохранения является отсутствие гарантий о безопасности информации о состоянии пациента.

Разглашение конфиденциальной медицинской информации, в частности сведений, составляющих врачебную тайну, возможно не только из-за внешних вмешательств (например, хакерские атаки), но и по причине неправомерных действий сотрудников медицинских организаций. Так, невнимательность медицинских работников или технических специалистов, обслуживающих медицинские информационные системы, может привести к утечке конфиденциальных данных [22].

Наряду с этим, цифровизация улучшает доступность и эффективность медицинской помощи, способствуя росту удовлетворенности пациентов. Для практического применения рекомендуется разработать практические рекомендации по внедрению цифровых инструментов для пациентов. Дальнейшие исследования могут быть направлены на создание инновационной модели взаимодействия между пациентами и врачами с использованием цифровых технологий для повышения удовлетворенности населения.

### Заключение

Цифровизация первичной медицинской помощи улучшает качество и оперативность диагностики, лечения, а также взаимодействие медперсонала с пациентами. Важны знания врачей и доверие населения к технологиям. Рекомендуется пациентоориентированное поведение врачей, включая демон-

страцию результатов цифровизации. Большинство респондентов положительно относится к цифровизации медицинской помощи, но требуются дополнительные улучшения, такие как большее участие врачей и пациентов в цифровых технологиях, специализированные порталы, расширение телемедицины и инновационных услуг.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Дятлов С. П. Использование цифровых технологий как одно из направлений решения проблемы качества российского здравоохранения. *Бизнес-образование в экономике знаний*. 2023;(2):29—36.
2. Джурицкий М. О., Огнева Е. Ю., Лаврова Л. П. Совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, как модель по улучшению качества жизни. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;(1):784—799.
3. Мишон Е. В., Канапухин П. А. Промежуточные итоги цифровизации системы здравоохранения: направления развития и основные угрозы. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление*. 2022;(3):100—112. doi: <https://doi.org/10.17308/econ.2022.3/9987>.
4. Старченкова О. Д., Величенкова Д. С. Анализ внедрения цифровых технологий в рамках высокотехнологичного здравоохранения. *π-Economy*. 2022;15(6):18—32. doi: 10.18721/IE.15602.
5. Скобникова В. К., Шищенко Е. В. Цифровизация в Российской системе здравоохранения. *Вестник науки*. 2020;5(5(26)):278—285.
6. Колкарева И. Н., Дармограева Р. С. Цифровизация как инструмент преодоления коррупции в области здравоохранения. *Сфера услуг: инновации и качество*. 2020;(51):47—56.
7. Карцха А. А. Информационно-правовое обеспечение цифровой экосистемы здравоохранения. *Правовая информатика*. 2021;(1):13—23.
8. Веселкова А. Ю., Звонарева Е. С., Корнилов М. Н., Ушенин В. В., Корнилова Е. Б., Холонья-Волоскова М. Э. Влияние электронных медицинских записей в современной системе оказания первичной медико-санитарной помощи по взаимодействию врача и пациента в Москве. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(5):405—410. doi: 10.47470/0044-197X-2021-65-5-405-410.
9. Ендовицкий Д. А., Кондрашева Н. В., Головин С. В., Чуриков А. В. Контрольно-аналитические процедуры в системе государственного здравоохранения в условиях цифровизации. *Учет. Анализ. Аудит*. 2022;9(1):42—57. doi: 0.26794/2408-9303-2022-9-1-42-57.
10. Вошев Д. В., Сон И. М., Вошева Н. А., Орлов С. А. Анкетирование пациентов о цифровизации медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). *Свидетельство о регистрации базы данных RU 2023622684 от 04.08.2023*.
11. Лаврентьева М. А. Методологические принципы применения технологий цифровой экономики в процессе диджитализации медицины. *Экономические исследования и разработки*. 2020;(9):68—79.
12. Коленникова О. А. Владение медицинскими специалистами цифровыми технологиями. *Народонаселение*. 2022;25(3):189—199. doi: 10.19181/population.2022.25.3.15
13. Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2022;68(2):1—37. doi: 10.21045/2071-5021-2021-68-2-2.
14. Безьямянный А. С., Тяжелников А. А., Юмукян А. В. Проекты по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Москве, как основа для выбора научных направлений специалистов первичного звена. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;(2):23—40. doi: 10.24412/2312-2935-2022-2-23-39
15. Алмазов А., Шевский В., Мелерзанов А. Цифровая трансформация первичного звена медпомощи: необходимость и возможности. *Управление качеством в здравоохранении*. 2022;(3):23—31.
16. Сауткина В. А. Кадровый потенциал цифровой медицины: траектории развития и повышения конкурентоспособности. *Социально-трудовые исследования*. 2022;(3):141—151. doi: 10.34022/2658-3712-2022-48-3-141-151

17. Прохоренко Н. Ф., Гапонова Е. А., Петрачков И. В., Улумбекова Г. Э. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2019;5(4):20—42. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14002
18. Мясников А. О., Новиков А. Ю., Садовская М. А. Первичная медико-санитарная помощь, как базовый элемент системы здравоохранения на современном этапе (основные принципы и ключевые задачи). *The Scientific Heritage*. 2020;(43):43—48.
19. Ткаченко И. Н., Чеснюкова Л. К. Цифровые технологии в сфере здравоохранения как способ обеспечения качества человеческого капитала. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Экономика. Управление. Право*. 2023;23(2):163—173. doi: 10.18500/1994-2540-2023-23-2-163-173
20. Мирошниченко Л. В., Ретивых И. В. Методика разработки решений по совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи населению в сельской местности. *Алтайский вестник государственной и муниципальной службы*. 2022;(4):38—40.
21. Hilbert M. Digital technology and social change: the digital transformation of society from a historical perspective? *Dialogues Clin Neurosci*. 2020;22(2):189—194. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.2/mhilbert
22. Клебанов Л. Р., Полубинская С. В. Цифровое здравоохранение, пандемия Covid-19 и проблемы кибербезопасности. *Вестник Томского государственного университета*. 2021;(468):243—252. doi: 10.17223/15617793/468/28
9. Endovitsky D. A., Kondrasheva N. V., Golovin S. V., Churikov A. V. Control and analytical procedures in the public health system in the context of digitalization. *Accounting. Analysis. Audit. [Uchet. Analiz. Audit]*. 2022;(9—1):42—57 (in Russian). doi: 0.26794/2408-9303-2022-9-1-42-57
10. Voshev D. V., Son I. M., Vosheva N. A., Orlov S. A. Patient questionnaire on digitalization of medical organizations providing primary health care (PHC). Certificate of registration of the database RU 2023622684 dated 08/04/2023. (in Russian)
11. Lavrentieva M. A. Methodological principles for the application of digital economy technologies in the process of digitalization of medicine. *Economic Research and Development. [Ekonomicheskie issledovaniya i razrabotki]*. 2020;(9):68—79 (in Russian).
12. Kolennikova O. A. Possession of digital technologies by medical specialists. *Population. [Narodonaselenie]*. 2022;(25—3):189—199 (in Russian). doi: 10.19181/population.2022.25.3.15
13. Shevskii V. I., Sheiman I. M., Shishkin S. V. New models of primary health care: foreign experience and Russian perspectives. *Social aspects of public health. [Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya]*. 2022;(68(2)):1—37 (in Russian). doi: 10.21045/2071-5021-2021-68-2-2
14. Bezmyanny A. S., Tyazhelnikov A. A., Yumukyan AV. Projects to improve primary health care in Moscow as a basis for choosing research areas for primary care specialists. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavoohraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2022;(2):23—40 (in Russian). doi: 10.24412/2312-2935-2022-2-23-39
15. Almazov A., Shevskiy V., Melerzanov A. Digital transformation of primary health care: necessity and opportunity. *Quality management in health care. [Upravlenie kachestvom v zdavoohranenii]*. 2022;(3):23—31 (in Russian).
16. Sautkina V. A. Personnel potential of digital medicine: trajectories of development and competitiveness. *Social and labor research. [Sotsial'no-trudovye issledovaniya]*. 2022;(3):141—151 (in Russian). doi: 10.34022/2658-3712-2022-48-3-141-151
17. Prokhorenko N. F., Gaponova E. A., Petrachkov I. V., Ulumbekova G. E. Ensuring the availability and quality of primary health care. *ORGZDRAV: News. Opinions. Education. Vestnik VSHOUZ. [ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ]*. 2019;(5—4):20—42 (in Russian). doi: 10.24411/2411-8621-2019-14002
18. Myasnikov A. O., Novikov A. Yu., Sadovskaya M. A. Primary health care as a basic element of the healthcare system at the present stage (basic principles and key tasks). *The Scientific Heritage. [The Scientific Heritage]*. 2020;(43):43—48 (in Russian).
19. Tkachenko I. N., Chesnyukova L. K. Digital technologies in the healthcare sector as a way to ensure the quality of human capital. *Bulletin of the Saratov University. New episode. Series Economics. Control. Right. [Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Ekonomika. Upravlenie. Pravo]*. 2023;(23—2):163—173 (in Russian). doi: 10.18500/1994-2540-2023-23-2-163-173
20. Miroshnicenko L. V., Retivih I. V. Methodology for developing solutions to improve the provision of primary health care to the population in rural areas. *Altai Bulletin of the State and Municipal Service. [Altajskij vestnik gosudarstvennoj i munitsipalnoj sluzhby]*. 2022;(4):38—40 (in Russian).
21. Hilbert M. Digital technology and social change: the digital transformation of society from a historical perspective? *Dialogues Clin Neurosci*. 2020;22(2):189—194. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.2/mhilbert
22. Klebanov L. R., Polubinskaya S. V. Digital health, the Covid-19 pandemic and cybersecurity issues. *Bulletin of Tomsk State University. [Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta]*. 2021;(468):243—252 (in Russian). doi: 10.17223/15617793/468/28

## REFERENCES

1. Dyatlov S. P. The use of digital technologies as one of the directions for solving the problem of the quality of Russian healthcare. *Business education in the knowledge economy. [Biznes-obrazovanie v ekonomike znaniy]*. 2023;(2):29—36 (in Russian).
2. Dzhurinsky M. O., Ogneva E. Yu., Lavrova L. P. Improving the system of primary health care for adults as a model for improving the quality of life. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavoohraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2023;(1):784—799 (in Russian).
3. Mishon E. V., Kanapukhin P. A. Intermediate results of the digitalization of the healthcare system: directions of development and main threats. *Bulletin of the Voronezh State University. Series: Economics and Management. [Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika i upravlenie]*. 2022;(3):100—112 (in Russian). doi: https://doi.org/10.17308/econ.2022.3/9987
4. Starchenkova O. D., Velichenkova D. S. Analysis of the implementation of digital technologies in the framework of high-tech healthcare. *π-Economy. [π-Economy]*. 2022;(15—6):18—32 (in Russian). doi: 10.18721/JE.15602.9
5. Skobnikova V. K., Shishchenko E. V. Digitalization in the Russian health care system. *Vestnik nauki. [Vestnik nauki]*. 2020;(5(26)):278—285 (in Russian).
6. Kolkareva I. N., Darmograeva R. S. Digitalization as a Tool to Overcome Corruption in the Field of Health Care. *Service sector: innovations and quality. [Sfera uslug: innovatsii i kachestvo]*. 2020;(51):47—56. (In Russ.)
7. Kartskhiya A. A. Information and legal support of the digital healthcare ecosystem. *Legal informatics. [Pravovaya informatika]*. 2021;(1):13—23 (in Russian).
8. Veselkova A. Yu., Zvonareva E. S., Kornilov M. N., Ushenin V. V., Kornilova E. B., Holovnya-Voloskova M. E. Influence of electronic medical records in the modern system of primary health care on the interaction of a doctor and a patient in Moscow. *Healthcare of the Russian Federation. [Zdavoohranenie Rossijskoj Federatsii]*. 2021;(65(5)):405—410 (in Russian). doi: 10.47470/0044-197X-2021-65-5-405-410

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

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

Статья поступила в редакцию 14.08.2023; одобрена после рецензирования 02.11.2023; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 14.08.2023; approved after reviewing 02.11.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 616—053.9

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.009

## К вопросу о структурировании гериатрической патологии

Михаил Александрович Якушин<sup>1</sup>, Анна Владимировна Воробьева<sup>2✉</sup>,  
Ольга Валентиновна Карпова<sup>3</sup>, Михаил Дмитриевич Васильев<sup>4</sup>

<sup>1–4</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>1</sup>Московский государственный областной университет, г. Москва, Российская Федерация; ГБУ города  
Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1198-1644>

<sup>2</sup>vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343>

<sup>3</sup>dr.ovkarpova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9466-219X>

<sup>4</sup>m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

**Аннотация.** Несмотря на успехи развития отечественной гериатрии до сих пор не разработана классификация гериатрической патологии. Отсутствие классификации гериатрических синдромов и гериатрических болезней тормозит развитие гериатрии. В конце прошлого века, когда предпринималась серьезная попытка организации отечественной гериатрической службы, профиль гериатрического приема был определен как «оказание специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма<sup>1</sup>». О заболеваниях и патологических процессах, ассоциированных со старением, в приказе № 297 не было сказано ни слова, хотя в преамбуле к нему указывалось, что потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другие) для лиц старших возрастов в 1,5—3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения. Отсутствие нозологической конкретизации гериатрического приема привело к бесконтрольному направлению в гериатрический кабинет всего потока возрастных пациентов. Авторами проведен анализ публикаций, анализ действующих профильных классификаций, а также анализ данных собственных исследований. Авторами разработан реестр семидесяти семи гериатрических болезней и синдромов, уточнены их критерии и причинно-следственные связи.

**Ключевые слова:** гериатрический синдром; гериатрическая болезнь; гериатрическая патология; гериатрия

**Для цитирования:** Якушин М. А., Воробьева А. В., Карпова О. В., Васильев М. Д. К вопросу о структурировании гериатрической патологии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 54—63. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.009.

### Original article

#### On the issue of structuring geriatric pathology

Mikhail A. Yakushin<sup>1</sup>, Anna V. Vorobeveva<sup>2✉</sup>, Olga V. Karpova<sup>3</sup>, Mikhail D. Vasiliev<sup>4</sup>

<sup>1–4</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>1</sup>Moscow State Regional University, Moscow, Russian Federation; Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1198-1644>

<sup>2</sup>vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343>

<sup>3</sup>dr.ovkarpova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9466-219X>

<sup>4</sup>m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

**Annotation.** Despite the success of the development of domestic geriatrics, a classification of geriatric pathology has not yet been developed. The lack of classification of geriatric syndromes and geriatric diseases inhibits the development of geriatrics. At the end of the last century, when a serious attempt was made to organize a domestic geriatric service, the profile of geriatric reception was defined as «providing specialized inpatient and consultative diagnostic medical care to the elderly and senile population and persons with signs of premature aging of the body.» Order No. 297 did not say a word about diseases and pathological processes associated with aging, although the preamble to it indicated that the need for hospitalization for certain types of specialized medical care (cardiology, endocrinology, pulmonology, urology, ophthalmology, neurology, psychiatry and others) for older people is 1.5—3 times higher than similar indicators for the able-bodied population. The lack of nosological specification of geriatric admission led to uncontrolled referral of the entire flow of age-related patients to the geriatric office.

<sup>1</sup>Приказ Минздрава России от 28.07.1997 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ»

The authors carried out an analysis of publications, an analysis of existing profile classifications, as well as an analysis of their own research data. The authors have developed a register of seventy-seven geriatric diseases and syndromes, clarified their criteria and cause-and-effect relationships.

Key words: *geriatric syndrome; geriatric disease; geriatric pathology; geriatrics*

**For citation:** Yakushin M. A., Vorobeva A. V., Karpova O. V., Vasiliev M. D. On the issue of structuring geriatric pathology. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):54–63. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.009.

## Введение

Начиная с 2014 года, когда Правительством РФ были сформулированы основные положения стратегии действий в интересах граждан старших возрастных групп, отечественная гериатрия в своем развитии совершила качественный скачок<sup>2</sup>. За короткий период удалось выстроить инфраструктуру гериатрической службы, внедрить в ее деятельность передовые технологии, создать методическую базу, подготовить специалистов. Однако некоторые стратегические вопросы остались нерешенными; в первую очередь это касается структурирования гериатрической патологии.

Диагностика и лечение профильной патологии является базовой задачей любой клинической специальности. Для гериатрии профильной патологией являются гериатрические синдромы (ГС) и гериатрические болезни (ГБ)<sup>3</sup>. Множество публикаций посвящено систематизации гериатрической патологии, изучению патогенеза и особенностей клинических проявлений старческих болезней. Почти каждая подобная статья оканчивается неким списком синдромов и (или) болезней, которые, по мнению авторов, следует относить к ГС и (или) ГБ. Основанием служат полученные в ходе исследования статистические данные, доказывающие широкую распространенность данной патологии среди населения старших возрастных групп. Одни болезни (синдромы) присутствуют в большинстве списков, другие — лишь в отдельных; единого же перечня — нет. Между тем, вопрос это принципиальный; гериатр, как и любой другой клиницист, обязан твердо знать границы своей компетенции.

Проблема в том, что ГС и ГБ — это не вновь открытые болезни, а всем хорошо известные; со времен Авиценны их успешно лечили врачи других специальностей; эти болезни входят в профильные классификации, стандарты, клинические рекомендации. Целесообразность их передачи в гериатрическую сферу деятельности медицинским сообществом воспринимается неоднозначно. Многие полагают, что гериатр не должен претендовать на ведение «основных» нейродегенеративных и сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку не способен достичь необходимой для этого квалификации, что ему не сравнится с неврологом в лечении сенильной деменции или стать «конкурентом» отоларингологу в лечении пресбиопии. За советом пожилой пациент все-равно будет обращаться к узкому специалисту [1]. Действительно, ведение многих бо-

лезней, которые принято относить к старческим, например, дальнозоркости или катаракты, требует освоения узкопрофильных компетенций, в чем особого смысла нет, поскольку окулисты прекрасно справляются с их лечением. Тем важнее скорейшим образом определиться в вопросе разграничения сфер ответственности между гериатрами и врачами смежных специальностей.

## Цель исследования

Оценить современное состояние классификации гериатрической патологии и сформировать ее современную структуру.

## Материалы и методы исследования

Авторами проведен анализ публикаций, анализ действующих профильных классификаций, а также анализ данных собственного исследования, в котором были участниками 748 пациентов — 260 (34,8%) мужчин и 488 (65,2%) женщин, находившихся на лечении в многопрофильном медицинском учреждении — Московском областном госпитале для ветеранов войн.

## Результаты и их обсуждение

В соответствии, с порядком оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», основным маркером гериатрической патологии считается старческая астения (СА) — отечественный аналог синдрома старческой «хрупкости» (frailty, шифр по МКБ-10 R54)<sup>4</sup>. Подобный выбор объясняется тем, что большинство ГС и ГБ, помимо специфических признаков, проявляются симптомокомплексом СА: произвольное снижение веса на 4,5 кг и более за прошедший год, выраженное ограничение мобильности, зависимость от посторонней помощи, падения, недержание мочи, деменция, развитие делирия, не связанного с алкоголизмом. Подобно свистку на закипающем чайнике СА сигнализирует о том, что адаптационный резерв организма исчерпан, существует угроза здоровью, которую требуется срочно устранить. СА — это гериатрический «красный флажок», универсальный сигнал тревоги.

В клинических рекомендациях «Старческая астения» дано следующее определение ГС: «многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений<sup>5</sup>». Помимо связи с возрас-

<sup>2</sup> Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения Российской Федерации до 2025 года, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164-р.

<sup>3</sup> Профессиональный стандарт 02.049 «врач-гериатр».

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

том (возраст-ассоциированный) и многоликостью проявлений (различные функциональные нарушения) данное определение опирается на полимодальность патогенетических механизмов, приводящих к их развитию. На формирование ГС влияет множество факторов, сопряженных со старением организма, в том числе, преобладание дегенеративных процессов над репаративными, торможение различных видов обмена, прогрессирующее снижение кровообращения, ослабление иммунологической резистентности, гормональные сбои [2]. В пожилом возрасте все эти «многофакторные» клинические состояния переплетаются между собой, определяя специфику и полимодальность ГС. Подчеркивается, что от «обычного» клинического синдрома ГС отличается тем, что «не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах». В зависимости от комбинации патогенетических факторов, точек их приложения, распространенности и интенсивности, а также компенсаторных возможностей организма, клиника ГС может существенно варьировать [3].

Первую попытку классифицировать ГС предпринял В. Isaacs объединив пять, по его мнению, наиболее характерных для пожилого возраста синдромов, обозначив их, как «гиганты гериатрии»; в эту группу вошли: сенсорные дефициты (снижение зрения и (или) слуха), нарушение баланса и падения, недержание мочи (или) кала, снижение когнитивных функций. Позже J. Morley пополнил группу «гигантов» саркопенией и старческой хрупкостью (Frailty), которая в отечественной интерпретации обозначается как СА и в иерархии ГС занимает главную нишу [4–5].

В дальнейшем в группу ГС «влились» запоры (констипационный синдром), делирий, депрессия, синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией, остеопороз, снижение мобильности, головокружение, ортостатический синдром (ортостатический гипотония, ортостатическая тахикардия), дегидратация, хронический болевой синдром<sup>4</sup>. В некоторых перечнях фигурируют пролежни, возрастной андрогенный дефицит [6], нарушение сна (инсомния) [7], синдром беспокойных ног [8], психологические проблемы, ассоциированные со старостью [9], нарушение терморегуляции [4], адентия [10].

На появление все новых и новых ГС профессиональное сообщество реагирует благосклонно, без особых дискуссий, следуя принципу «всех впускать, никого не выпускать». В результате — точное количество ГС неизвестно; по некоторым данным их 60 [8], по другим — 65 [6] и даже — 85 [11]. Причем, обозначая количество, авторы не оглашают весь список, ограничиваясь «наиболее распространенными» формами. «Авторские» перечни разнятся друг от друга как в количественном, так и в качественном отношении (табл. 1).

Таблица 1

## Основные гериатрические синдромы\*

Гериатрические синдромы / Geriatric syndromes	Источник литературы / References											
	12	13	4	9	10	14	15	8	16	17	11	6
Старческая астения / Senile asthenia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Деменция / Dementia	+	+	+			+		+	+	+	+	
Делирий / Delirium	+	+							+			
Депрессия / Depression	+	+							+	+	+	+
Апатия / Apathy						+				+		+
Синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией / Syndrome of behavioral and mental disorders in patients with dementia	+											
Психологические проблемы / Psychological problems										+		
Нарушение поведения и адаптации / Violation of behavior and adaptation											+	
Остеопороз / Osteoporosis	+		+									
Саркопения / Sarcopenia	+		+			+		+	+	+	+	+
Функциональные нарушения / Functional disorders	+									+		
Снижение мобильности / Reduced mobility	+		+					+			+	+
Нарушение равновесия / Imbalance	+	+						+	+			
Падения / Falls	+	+	+			+	+	+	+	+	+	+
Головокружение / Dizziness	+	+						+	+			
Синкопальные состояния / Syncope states												
Орто статический синдром / Orthostatic syndrome	+											
Снижение зрения / Reduced vision	+	+						+	+	+	+	+
Снижение слуха / Hearing loss	+	+						+	+	+	+	+
Недержание мочи / Urinary incontinence	+	+						+	+	+	+	+
Недержание кала / Fecal incontinence	+	+						+	+	+	+	+
Констипационный синдром/запор / Constipation syndrome/constipation	+							+	+	+	+	+
Мальнутриция / Malnutrition	+	+	+					+	+	+	+	+
Дегидратация / Dehydration	+							+				+
Хронический болевой синдром / Chronic pain syndrome	+							+		+		+
Нарушение глотания / Violation of swallowing		+										
Снижение аппетита / Decreased appetite								+				
Одышка / Shortness of breath		+										
Пролежни / Bedsores		+						+	+			+
Нарушение сна/инсомния / Sleep disturbance/insomnia	+	+	+					+	+			+
Синдром беспокойных ног / Restless legs syndrome		+	+									
Боль в ногах / Pain in the legs								+				
Адентия / Adentia								+				
Возрастной андрогенный дефицит / Age-related androgen deficiency												+
Гипотермия / Hypothermia								+				+
Нарушение терморегуляции / Violation of thermoregulation												
Потеря сознания / Loss of consciousness											+	
Синдром насилия над стариками / The syndrome of violence against the elderly								+		+		+
Утрата самообслуживания / Loss of self-service											+	
Зависимость от помощи / Dependence on help											+	
Самоизоляция / Self-isolation											+	
Нарушение семейных связей / Violation of family ties											+	

\* По материалам публикаций / \*Based on the materials of publications

Некоторые «кандидаты» в ГС из приведенного списка явно не соответствуют гериатрическим критериям, поскольку чаще наблюдаются при психиче-

<sup>5</sup> Клинические рекомендации «Старческая астения», одобренные Научно-практическим советом Минздрава России, 2020.



Таблица 2

## Основные гериатрические болезни

Возраст-ассоциированные заболевания / Age-associated diseases	Источники литературы / References							
	13	12	7	4	24	25	26	20
Артериальная гипертония / Arterial hypertension	+	+	+					
ХСН / Chronic heart failure	+	+						
Фибрилляция предсердий / Atrial fibrillation	+	+						
Остеoarthritis	+							
Анемия / Anemia	+						+	
Сахарный диабет / Diabetes mellitus	+							
Гипотиреоз / Hypothyroidism	+							
ХОБЛ / Chronic obstructive pulmonary disease	+						+	
Заболевания стопы / Diseases of the foot	+							
Заболевания кисти / Diseases of the hand	+							
ИБС / Coronary heart disease							+	
ЦВБ / Cerebrovascular diseases		+					+	
ЖКБ / Cholelithiasis								+
Паркинсонизм / Parkinsonism	+							
Хорея / Chorea	+							
Дистония / Dystonia	+							
Последствия инсульта / The consequences of a stroke		+						
Катаракта / Cataract							+	
Заболевания терапевтического профиля +СА / Diseases of the therapeutic profile +SA		+						
Некоторые заболевания невр. профиля+СА / Some diseases of the neurological profile + SA			+					
Нервно-мышечные болезни / Neuromuscular diseases			+					
Онкологические заболевания / Oncological diseases								+
Нейро-дегенеративные заболевания / Neurodegenerative diseases								+
Патология опорно-двигательного аппарата / Pathology of the musculoskeletal system								+
Сердечно-сосудистые заболевания / Cardiovascular diseases								+

ских (апатия, психологические проблемы, нарушение поведения и адаптации), кардио-пульмонологических (одышка) и неврологических заболеваниях (нарушение глотания, потеря сознания, пролежни). Такие синдромы как «функциональные нарушения», «снижение аппетита», «гипотермия», «дегидратация» не имеют ни возрастной, ни нозологической привязки. Синдром «насилия над стариками», «утрата самообслуживания», «зависимость от помощи», «самоизоляция», «нарушение семейных связей» вообще не имеют медицинской коннотации и относятся скорее к социальным проблемам.

Отсутствует полная ясность и в классификации ГБ. Для их обозначения используется множество схожих терминов, отражающих связь с преклонным возрастом: старческие, возрастны, возраст-зависимые, возраст-ассоциированные, сенильные, пресбиопатология. На то, что пожилые люди чаще болеют мочекаменной болезнью, катарактой, снижением слуха, болезнями суставов, бессонницей, обращал внимание еще Гиппократ в IV веке до н.э. [12]. Первое руководство по заболеваниям пожилого возраста было издано в 1914 г. в США. Первоначально выделение старческих болезней не имело прикладного значения, поскольку не подкреплялось спецификой их лечения. Лишь в конце XX века стали публиковаться наблюдения относительно особого влияния лекарств на старческий организм, что возобновило интерес к исследованию ГБ.

Большинство ГБ относятся к сердечно-сосудистым и нейродегенеративным, заболеваниям [13]. Часто к ним причисляют воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, а также глаукому и катаракту [14]. Целый ряд исследователей, опираясь на данные статистики о возраст-зависимом увеличении заболеваемости, относят к ГБ артериальную гипертонию, ишемическую болезнь сердца и мозга, хроническую сердечную недостаточность, сахарный диабет, воспалительные заболевания нижних отделов дыхательных путей, хронические болезни почек и мочевыводящих путей, заболевания суставов (табл. 2) [15—16].

Особо дискуссионным является вопрос о включении в перечень ГБ онкологических заболеваний (ОЗ), которые по некоторым данным, встречаются более чем у 10% представителей пожилого и старческого возраста, что значительно превышает аналогичные показатели более молодых возрастных групп [17]. Поводов для направления пациента с ОЗ в гериатрический кабинет достаточно: патогномичные для онкологии прогрессирующее похудание, мальнутриция, саркопения, ограничение мобильности, недержание мочи соответствуют симптомокомплексу СА. Большинство экспертов-онкогеронтологов заостряют внимание на взаимосвязи рака и старения в том смысле, что возраст обязывает к онконастороженности. Поиск геропротекторной активности при выборе противоопухолевых препаратов не является обязательным. Ведение ракового больного должно ориентироваться исключительно на онкологические клинические рекомендации и стандарты. Отвлечение внимания на герио-

тропность может привести к упущению времени и шансов на выздоровление [18]. Следовательно, объединение онкологической патологии с гериатрической нецелесообразно. В то же время гериатр может подключиться к проведению симптоматического лечения, организации профилактических мер и реабилитации после хирургических вмешательств.

Не выдерживает критики включение в перечень ГБ целых групп болезней (заболевания терапевтического профиля, проявляющиеся СА, заболевания неврологического профиля, проявляющиеся СА, нервно-мышечные заболевания, нейро-дегенеративные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, патология опорно-двигательного аппарата, заболевания стопы и кисти, хорея, дистония, паркинсонизм, последствия инсульта) без их конкретизации, на том лишь основании, что отдельные формы этих групп в пожилом возрасте встречаются чаще, чем среди молодежи.

Сложности систематизации усугубляются отсутствием четкой дифференциации между ГС и ГБ. Даже Гиппократ смешивал артроз (болезнь) и бессонницу (синдром). Современные авторы продолжают ошибочно относить явные болезни (катаракта, паркинсонизм, хорея, дистония) к ГС, что создает путаницу. Мы полагаем, что установление причинно-следственных связей между ГБ и ГС является важнейшей задачей гериатрии. Очевидно, что ГБ в этом соотношении играют первичную роль: по сути, ГС

являются клиническим проявлением ГБ. Каждый ГС (в особенности такие «размытые» как «функциональные нарушения», «снижение мобильности», «головокружение») может являться следствием многих ГБ. Старческие болезни, формирующиеся вследствие влияния патогенетических факторов на органы и системы, проявляются симптомокомплексами, которые в совокупности формируют ГС; их специфика определяется профилем морбидности, т. е. «наложением» клиники одной болезни на другую.

Каждый врач хорошо знаком с относящейся к его специальности гериатрической патологией. Трудностей с диагностикой и лечением возрастных пациентов у невролога, офтальмолога, дерматолога и других специалистов обычно не возникает. В психиатрии даже выделен отдельный раздел «Гериатрическая психиатрия». Более того, у пожилого человека заранее предполагают наличие той или иной болезни по факту «возраста». Диагнозы «Атеросклероз», «ИБС», «Хроническая ишемия мозга» выставляются подчас «автоматически», формально, без должного обоснования. Восьмидесятилетний пациент с хорошей памятью и безукоризненным зрением является скорее исключением из правила, вызывает недоумение и потребность перепроверить результат.

В действующем порядке оказания гериатрической помощи допущенные ошибки частично устранены, благодаря введению в качестве фильтра гериатрического приема ГС и ГБ. Однако, до тех пор, пока каждая форма гериатрической патологии не займет свою конкретную нишу, проблему нельзя считать завершённой. Лишь классификация, одобренная профессиональным сообществом (в данном случае — Российской ассоциацией геронтологов и гериатров), способна закрепить сферу интересов и ответственность гериатра. Опирируя показателями заболеваемости, болезненности, инвалидизации, смертности по каждой гериатрической форме, можно уточнить потребность в гериатрической помощи и рациональную нагрузку на врача. Исходя из потребности, формируется должностной регламент и штатный состав гериатрических подразделений. ГС и ГБ — это фундамент функционирования гериатрической службы.

Неудовлетворительная проработка этого вопроса находит отражение в международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), в которой «возрастные» коды практически отсутствуют. Исключение составляет старость (R54.), старческая атрофия (вялость) кожи (L57.4), старческая катаракта (H25.), старческая остеомаляция (M83.1), сенильная дегенерация головного мозга (G31.1), пресбиакюзис (H91.1) и пресбиопия (H52.4). Семь шифров никак не отражают реального многообразия возрастной патологии.

«Белые пятна» в классификации негативно отражаются на обучающем процессе. В аккредитационных билетах по гериатрии, с одной стороны, фигурирует множество лишних, не имеющих гериатрической контекстуальности вопросов, касающихся

острых воспалительных заболеваний органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, мочевыводящих путей, половых органов, которыми, в основном, страдают молодые люди. Большой раздел посвящен сугубо неврологическим проблемам — строению периферических нервов и сплетений, дугам сухожильных рефлексов, клинике полиневропатий, также не имеющим отношения к гериатрии. В билеты для будущих гериатров непонятно зачем включены вопросы о структуре детской заболеваемости и младенческой смертности. В то же время отсутствуют вопросы по метаболическому синдрому, который полностью подпадает под определение ГС; он формируется в результате системных нарушений гемодинамики и метаболизма, приводит к развитию возраст-ассоциированных клинических проявлений (сахарный диабет, артериальная гипертония, окклюзирующе-стенозирующее поражение сосудов), ухудшает качество жизни и риск всевозможных осложнений и, без сомнений, создает непосредственную угрозу жизни [19].

На наш взгляд, для систематизации гериатрической патологии логично воспользоваться опытом структурирования детских болезней. В педиатрии, где возрастной ценз также является определяющим, болезни органов и систем объединены в автономные группы: «Детская кардиология, онкология, гематология, эндокринология, урология, хирургия, стоматология и т. д.». Неспецифическая патология в детском возрасте (болезни ЖКТ, сердца, легких и т. д.) более близка педиатру, нежели гастроэнтерологу, кардиологу, пульмонологу, поскольку круг дифференциального поиска, а, следовательно, и алгоритмы принятия врачебного решения в детском возрасте иные, нежели во взрослом. По этой же причине обычный невролог чувствует себя неловко, осматривая ребенка; перечень детских неврологических болезней не совпадает с перечнем заболеваний во взрослом возрасте. В детской практике используются особые «педиатрические» лекарства, совершенно отличный от взрослой практики принцип расчета дозы, оценки побочных эффектов и осложнений. Аналогичные отличия применимы к гериатрии: особый выбор лекарств в соответствии с принципом полимодальной мототерапии и гериотропностью, специфическое титрование дозы [20].

Нами проведен анализ профильных классификаций медицинских специальностей, объектом ведения которых являются пациенты старших возрастных групп; из этих классификаций вычленились и объединились в отдельную группу болезни и синдромы, имеющие возрастную контекстуальность<sup>6</sup>.

Среди различных заболеваний с приставкой «старческий» мы обнаружили 67 ссылок, в том числе, 10 — в гериатрии (немоть, хрупкость, падения, дисбазия, пресбиатаксия, снижение мобильности, нарушение равновесия, саркопения, недостаточность питания, худоба), 15 — в руководствах по психиатрии (распад личности, маразм, слабоумие, де-

<sup>6</sup> Старческий, сенильный, возрастной, возраст-ассоциированный, пресби-патология

Таблица 3

## Болезни и синдромы, имеющие возрастную контекстуальность

Специальность / Specialization	ГБ	ГС
Неврология / Neurology	Хорея / Chorea	Деменция; склероз; дегенерация головного мозга / Dementia; sclerosis; brain degeneration Тремор / Tremor Бессонница, инсомния / Insomnia Пресбивертиго, головокружение / Presbyvertigo, vertigo Пресбитиннитус, шум / Presbitinnitus, noise Походка / Gait
Психиатрия / Psychiatry	Шизофрения / Schizophrenia	Астения / Asthenia Распад личности, инволюция; дегенерация / Disintegration of personality, involution; degeneration Парафрения / Paraphrenia Конфабулез / Confabulation Маразм / Senility Психоз / Psychosis Делирий / Delirium Депрессия / Depression Суицид / Suicide Сварливый задор / Grumpy fervor Эгоизм / Selfishness
Дерматология / Dermatology	Кератома, папиллома, кератопапиллома, бородавка / Keratoma, papilloma, keratopapilloma, wart	Зуд / Itching Лентиго, пигментация, пятна / Lentigo, pigmentation, spots Гемангиома / Hemangioma Ксероз / Xerosis Эластоз / Elastosis Кожа / Skin Ногти / Nails Алопеция / Alopecia
Офтальмология / Ophthalmology	Дальнозоркость, пресбиопия / Farsightedness, presbyopia Катаракта / Cataract Глаукома / Glaucoma	Ретиношизис, расслоение сетчатки / Retinoschisis, retinal dissection Дуга роговицы / Corneal arch Макулодистрофия / Macular degeneration Макулярный разрыв, макулярное отверстие / Macular tear, macular hole Ангиома сетчатки / Retinal angioma Глаз / Eye Птоз / Ptosis Эктропион век, выворот век / Ectropion of the eyelid, eversion of the eyelid Стеноз аортального клапана, кальцинирующий стеноз устья аорты, порок / Aortic valve stenosis, calcifying aortic stenosis, malformation Орто статическая гипотензия / Orthostatic hypotension Амилоидоз / Amyloidosis Запор / Constipation Артериит / Arteritis Сердце / Heart Внутрисердечный кальциноз / Intracardiac calcification Бляшки, друзы / Plaques, druze Гиперкифоз, горб / Hyperkyphosis, hump Гиперостоз позвоночника / Hyperostosis of the spine Спондилез / Spondylosis Перелом позвонков / Vertebral fracture Недержание кала / Fecal incontinence Тугоухость, глухота, пресбиакюзис / Hearing loss, deafness, presbyacusis Голос, хрипота / Voice, hoarseness
Терапия / Therapy		
Ортопедия / Orthopedics		
Хирургия / Surgery Отоларингология / Otolaryngology		
Эндокринология / Endocrinology	Диабет / Diabetes	Остеопороз / Osteoporosis Гипотиреоз / Hypothyroidism
Гематология / Hematology	Анемия / Anemia	
Гинекология / Gynecology	Кольпит / Colpitis Вагинит / Vaginitis	
Урология / Urology	Уретрит / Urethritis Пиелонефрит / Pyelonephritis	Дизурия / Dysuria Недержание мочи / Urinary incontinence Аденция, полость рта / Adentia, oral cavity
Стоматология / Dentistry		
Гериатрия / Geriatrics		Немощь, хрупкость / Infirmit, fragility Падения, дисбазия, пресбиатаксия, снижение мобильности, нарушение равновесия / Falls, dysbasia, presbiataxia, decreased mobility, imbalance Саркопения, недостаточность питания, худоба / Sarcopenia, malnutrition, thinness
Итого / In total:	12	56
Всего / Generally:		68

менция, инволюция, дегенерация, психоз, парафрения, делирий, конфабулез, шизофрения, эгоизм, сварливый задор, депрессия, суицид), 6 — в неврологии (склероз, деменция, тремор, походка, бессонница, инсомния), 6 — в офтальмологии (глаз, даль-

нозоркость, катаракта, дуга роговицы, ангиома сетчатки, выворот век), 9 — в дерматологии (кожа, зуд, бородавки, кератома, кератопапиллома, пятна, пигментация, пурпура, лентиго), 2 — в урологии — (недержание мочи, дизурия), 2 — в гинекологии (коль-

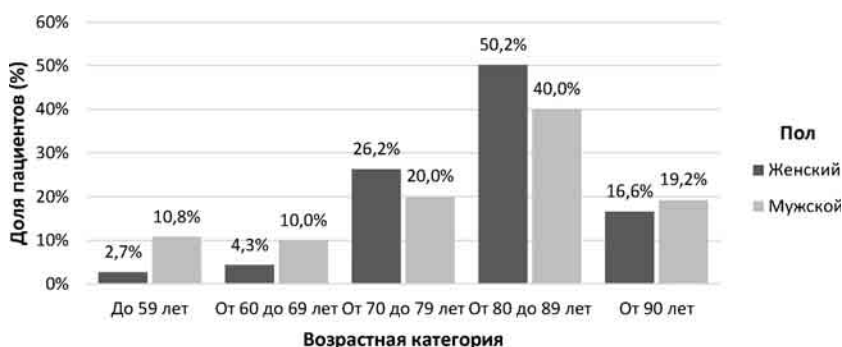


Рис. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту.

пит, вагинит), 4 — в ортопедии (спондилез, гиперостоз позвоночника, гиперкифоз, горб), 4 — в терапии (запор, порок, стеноз аортального клапана, амилоидоз), 3 — в эндокринологии (диабет, остеопороз, гипотиреоз), 3 — в отоларингологии (голос, хрипота, тугоухость), 1 — в стоматологии (адентия), 1 — в хирургии (недержание кала); 1 — в гематологии (анемия).

53 формы обозначались термином «сенильный»: 6 — в психиатрии (маразм, деменция, слабоумие, психоз, делирий, депрессия), 9 — в неврологии (деменция, церебральный амилоидоз, дегенерация головного мозга, головокружение, дисбазия, хорей, тремор, бессонница, инсомния), 8 — в офтальмологии (макулодистрофия, макулярный разрыв, ретиношизис, расслоение сетчатки, катаракта, птоз, энтропион нижних век, дуга роговицы), 10 — в дерматологии (зуд, бородавки, кератома, гемангиома, ксероз, эластоз, ногти, пурпура, лентиго, алопеция), 2 — в гинекологии (кольпит, вагинит), 2 — в ортопедии (гиперкифоз, перелом позвонков), 4 — в урологии — (уретрит, пиелонефрит, недержание мочи, дизурия), 8 — в терапии (сердце, внутрисердечный кальциноз, кальцинирующий стеноз устья аорты, стеноз аортального клапана, амилоидоз, артериит, бляшки, друзы), 3 — в эндокринологии (диабет, остеопороз, гипотиреоз), 1 — в стоматологии (адентия) (табл. 3).

Большинство указанных болезней и синдромов имеют обоюдную контекстуальность (старческий, сенильный); реже они ис-

пользуются в одном из двух контекстов.

К типичным формам гериатрической патологии традиционно относят пресбиопию и пресбиакузис. В последние годы укоренились термины пресбиатаксия (старческая атаксия), пресбивертиго (старческое головокружение), пресбитиннитус (старческий шум в ушах).

Мы полагаем, не совсем корректно относить к ГС анатомические образования (кожа, ногти, глаз, сердце, полость рта, горб), которые в старости приобретают специфические отличия; то же самое касается меняющихся с возрастом функций (голос, походка, худоба). Данные расстройства являются, скорее, атрибутами стареющего организма и могут присутствовать у совершенно здорового пожилого человека.

Для уточнения распространенности ГБ нами проведено собственное исследование.

Его объектом стали 748 пациентов — 260 (34,8%) мужчин и 488 (65,2%) женщин, находившихся на лечении в многопрофильном медицинском учреждении — Московском областном госпи-



Рис. 2. Профиль morbidity пациентов.

\*Исследования проводились в моногендерных группах.

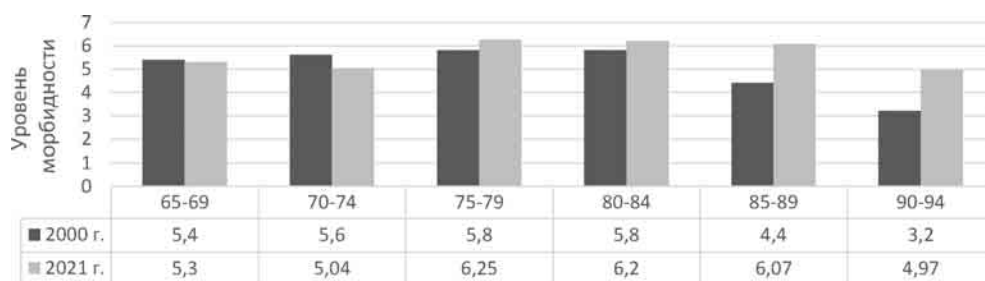


Рис. 3. Динамика morbidity.

Таблица 4

## Реестр гериатрических болезней и синдромов

Специальность / Specialization	ГБ / GD	ГС / GS
Неврология / Neurology	Старческая хорея / Senile chorea Дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия мозга / Discirculatory encephalopathy, chronic cerebral ischemia Сосудистый паркинсонизм / Vascular parkinsonism	Старческая деменция / Senile dementia Сенильный тремор / Senile tremor  Старческая инсомния / Senile insomnia Пресбивертиго / Presby vertigo Пресбитиннитус / Presbitinnitus
Психиатрия / Psychiatry	Старческая шизофрения / Senile schizophrenia	Старческий психоз / Senile psychosis Старческая астения / Senile asthenia Старческий распад личности / Senile disintegration of personality Старческая парафрения / Senile paraphrenia Сенильный конфабулез / Senile confabulation Сенильный психоз / Senile psychosis Сенильный делирий / Senile delirium Старческая депрессия / Senile depression Сенильный суицид / Senile suicide Старческий эгоизм / Senile selfishness
Дерматология / Dermatology	Старческая кератопапиллома / Senile keratopapilloma	Сенильный зуд / Senile itch Старческое лентиго / Senile lentigo Старческая гемангиома / Senile hemangioma Сенильный ксероз / Senile xerosis Сенильный эластоз / Senile elastosis Старческая алопеция / Senile alopecia
Офтальмология / Ophthalmology	Пресбиопия / Presbyopia Старческая катаракта / Senile cataract Старческая глаукома / Senile glaucoma	Старческий ретиношизис / Senile retinoschisis Старческая дуга роговицы / Senile corneal arch Старческая макулодистрофия / Senile macular degeneration Макулярный разрыв / Macular rupture Старческая ангиома сетчатки / Senile retinal angioma Старческий Эктропион век / Senile entropion of the century Старческий стеноз аортального клапана / Senile aortic valve stenosis
Терапия / Therapy	Хроническая сердечная недостаточность / Chronic heart failure Фибрилляция предсердий / Atrial fibrillation Артериальная гипертензия / Arterial hypertension Стенокардия / Angina pectoris	Ортоstaticкая гипотензия / Orthostatic hypotension Старческий амилоидоз / Senile amyloidosis  Старческий артрит / Senile arthritis Атеросклероз сосудов / Atherosclerosis of blood vessels Запор / Constipation
Гастроэнтерология / Gastroenterology	Хр. гастродуоденит / Chronic gastroduodenitis  Хр. Панкреатит / Chronic pancreatitis Жировая дистрофия печени / Fatty liver dystrophy Желчекаменная болезнь / Cholelithiasis	Дисбактериоз кишечника / Intestinal dysbiosis
Ревматология / Rheumatology Ортопедия / Orthopedics	Деформирующий остеоартрит / Deforming osteoarthritis	Старческий гиперкифоз / Senile hyperkyphosis Старческий гиперостоз позвоночника / Senile hyperostosis of the spine Старческий спондилез / Senile spondylosis Старческий перелом позвонков / Senile vertebral fracture Старческое недержание кала / Senile fecal incontinence Пресбиакузис / Presbyacusis Старческая хрипота / Senile hoarseness
Хирургия / Surgery Отоларингология / Otolaryngology Эндокринология / Endocrinology	Сахарный диабет II типа / Type II diabetes mellitus	Старческий остеопороз / Senile osteoporosis Старческий гипотиреоз / Senile hypothyroidism Возрастной андрогенный дефицит / Age-related androgen deficiency
Гематология / Hematology Гинекология / Gynecology	Старческая анемия / Senile anemia Сенильный кольпит / Senile colpitis Сенильный вагинит / Prussic vaginitis	
Урология / Urology	Старческий уретрит / Senile urethritis Старческий пиелонефрит / Senile pyelonephritis	Старческое недержание мочи / Senile urinary incontinence
Стоматология / Dentistry Гериатрия / Geriatrics		Старческая адентия / Senile adentia Старческая хрупкость / Senile fragility Метаболический синдром / Metabolic syndrome Старческое нарушение терморегуляции / Senile thermoregulation disorder Старческий синдром падений / Senile falls syndrome Старческое снижение мобильности / Senile decline in mobility Старческая саркопения / Senile sarcopenia Хронический болевой синдром / Chronic pain syndrome Старческая боль в ногах / Senile leg pain
Итого / In total: Всего / Generally:	23	54 77

тале для ветеранов войн. Средний возраст анализируемой группы составил  $80,9 \pm 10$  лет — от 50 до 99 лет.

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено на рис. 1.

Между возрастным распределением мужчин и женщин обнаружены статически значимые различия ( $p=0,002$ , критерий Манна-Уитни). Средний возраст мужчин составил  $78,6 \pm 12$  лет, женщин —  $82,1 \pm 8,5$  лет.

Обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами; применялись общепринятые лабораторные и инструментальные тесты. В случае необходимости к обследованию подключались узкопрофильные клиницисты.

У обследованных было выявлено 96 различных заболеваний; 22 из них встречались у каждого пятого пациента. Более чем у половины обследованных диагностирована пресбиопия, артериальная гипертензия (АГ), хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), дорсалгия, стенокардия, остеоартрит. Более чем у трети пациентов выявлена аденома или доброкачественная гиперплазия простаты (у мужчин), хронический панкреатит, хроническая obstructивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический гастродуоденит, жировая дистрофия печени, катаракта (рис.2).

Необходимо отметить, что большинство обследованных страдали несколькими хроническими заболеваниями (индекс морбидности, в среднем составлял 5,3). Сравнивая данные 20-летней давности Л. Б. Лазебника по уровню морбидности обнаруживается позитивная динамика данного показателя в возрастных группах 65—74 года и обратная динамика в более старших возрастных группах (рис. 3).

Данная закономерность, на наш взгляд, обусловлена увеличением средней продолжительности жизни, которая за последние 20 лет выросла на 7 лет. Пик болезненности переместился вслед за постарением.

### Заключение

Проведенный нами анализ публикаций (табл. 1—2), профильных классификаций (табл. 3), а также данные собственных исследований позволили систематизировать ГБ и ГС и структурировать их по отношению к отдельным врачебным специальностям (табл. 4).

Согласно п.9 порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» гериатрическая помощь оказывается врачом-гериатром совместно с врачами-специалистами<sup>3</sup>. Предлагаемое нами структурирование конкретизирует взаимоотношение гериатра и врачей сопряженных специальностей, принимающих участие в ведении пациентов старших возрастных групп.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Мякотных В. С., Мещанинов В. Н., Боровкова Т. А. и др. Теория и практика современной геронтологии. Место геронтологии как врачебной специальности. Екатеринбург: Информационно-издательский центр «Знак качества»; 2022.
2. Соловьёв И.А., Шапошников М. В., Мелерзанов А. В. и др. Старение как комплекс универсальных патофизиологических процессов. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(1—2):272—278. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14033
3. Котова А. С., Григорович М. С. Возможности персонализированного подхода к профилактике старческой астении на основе выявления и коррекции гериатрических синдромов и дефицитов. *Вятский медицинский вестник*. 2022;74(2):105—110. DOI: 10.24412/2220-7880-2022-2-105-110
4. Попова Е. В. Гериатрические синдромы у пациентов старческого возраста. *Современные проблемы здравоохранения и ме-*

- дицинской статистики*. 2021;(1):272—282. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-00019
5. Ткачева О. Н., Котовская Ю. В., Рунихина Н. К. и др. Комплексное гериатрическое обследование у пациентов пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Экспертное заключение Российской ассоциации геронтологов и гериатров*. 2021;61(5):71—78. DOI: 10.18087/cardio.2021.5.n1349
  6. Пристром М. С., Штонда М. В., Семенов И. И. Гериатрический синдром «старческая астения» в терапевтической практике. *Медицинские новости*. 2022;(6):19—26.
  7. Пономарева И. П. Боль в ногах как гериатрический синдром: его сонографические паттерны. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2021;(1):15—19. DOI: 10.17513/srms.1165
  8. Борозенцева В. А., Борозенцев В. Ю., Почитаева И. П. и др. Синдром возрастной полости рта как компонент гериатрического статуса. *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2021;(3):297—307. DOI: 10.18413/2658-6533-2021-7-3-0-8
  9. Ткачева О. Н., Решетова А. А., Рунихина Н. К. и др. Сравнительный анализ структуры заболеваемости и гериатрических синдромов маломобильных и лежачих патронажных пациентов. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;(3):764—785. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-764-785
  10. Липатова Т. Е., Тюльтева Л. А., Денисова Т. П. и др. Старческая астения и артериальная гипертензия. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2019;15(3):757—763.
  11. Ушакова Н. А., Щербакова Е. С., Ершов Н. С. Гериатрические синдромы в амбулаторной практике: их встречаемость и клинико-демографические особенности. *Смоленский медицинский альманах*. 2018;(2):143—146.
  12. Ларина В. Н., Кудина Е. В., Голово М. Г. и др. Встречаемость гериатрических синдромов у амбулаторных пациентов старшего возраста. *Лечебное дело*. 2019;(2):13—20.
  13. Попов В. В., Новикова И. А., Трохова М. В. и др. Ранняя диагностика и профилактика возраст-ассоциированных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих на европейском севере России. *Профилактическая медицина*. 2019;3(22):73—78. DOI: 10.17116/profmed20192203173
  14. Бахтина Ю. С., Григорович М. С., Федорев В. Н. Оценка гериатрического статуса как основа персонализированного подхода к ведению коморбидного пациента старческого возраста. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2021;2(10):118.
  15. Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в российской федерации. Национальное руководство. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;4(21):5—232. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235
  16. Мякотных В. С., Ямпольская В. В., Боровкова Т. А. О состоянии профессиональной подготовки и трудоустройства врачей-гериатров. *Медицина и организация здравоохранения*. 2021;6(4):60—71.
  17. Сандаков Я. П., Рунихина Н. К., Решетова А. А. и др. Структура гериатрических синдромов у маломобильных пациентов патронажной службы диагностического центра № 3 Москвы. *Московская медицина*. 2019;(6):34: 88.
  18. Лев И. В., Гурко Т. С., Титов А. А. и др. Гериатрический статус пациентов при сочетанной офтальмопатологии. *Интегративные тенденции в медицине и образовании*. 2021;(3):54—56.
  19. Краснов Г. С., Давыдов И. В., Булгакова С. В. и др. Гериатрические синдромы, которые вызывают сложности во врачебной практике: результаты e-опроса, предлагаемые решения и депрескрайбинг. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;(4):157—170. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-157-170
  20. Лазебник Л. Б. Практическая гериатрия. Избранные клинические и организационные вопросы. М.: Боргес; 2002.

### REFERENCES

1. Myakotnykh V. S., Meshchaninov V. N., Borovkova T. A. Theory and practice of modern gerontology. The place of gerontology as a medical specialty. Yekaterinburg: Information and publishing center «Quality Mark»; 2022 (in Russian).
2. Solov'ev I.A., Shaposhnikov M.V., Melerzanov A.V. Aging as a complex of universal pathophysiological processes. *Medical Bulletin of the North Caucasus*. [Meditinskij vestnik Severnogo Kavkaza]. 2019;14(1—2):272—278 (in Russian). DOI: 10.14300/mnnc.2019.14033

3. Kotova A. S., Grigorovich M. S. The possibilities of a personalized approach to the prevention of senile asthenia based on the identification and correction of geriatric syndromes and deficits. *Vyatska Medical Bulletin. [Vyatskiy meditsinskiy vestnik]*. 2022;74(2):105—110 (in Russian). DOI: 10.24412/2220-7880-2022-2-105-110
4. Popova E. V. Geriatric syndromes in elderly patients. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdравookhraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2021;(1):272—282 (in Russian). DOI: 10.24411/2312-2935-2021-00019
5. Tkacheva O. N., Kotovskaya Yu. V., Runikhina N. K. i dr. Comprehensive geriatric examination in elderly and senile patients with cardiovascular diseases. *Expert opinion of the Russian Association of Gerontologists and Geriatricians. [Ekspertnoe zaklyuchenie Rossiyskoy assotsiatsii gerontologov i geriatrov]*. 2021;61(5):71—78 (in Russian). DOI: 10.18087/cardio.2021.5.n1349
6. Pristrom M. S., Shtonda M. V., Semenenkov I. I. Geriatric syndrome «senile asthenia» in therapeutic practice. *Medical news. [Meditsinskie novosti]*. 2022;(6):19—26 (in Russian).
7. Ponomareva I. P. Leg pain as a geriatric syndrome: its sonographic patterns. *Scientific review. Medical sciences. [Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki]*. 2021;(1):15—19 (in Russian). DOI: 10.17513/srms.1165
8. Borozentseva V. A., Borozentsev V. Yu., Pochitaeva I. P. Age-related oral cavity syndrome as a component of geriatric status. *Scientific results of biomedical research. [Nauchnye rezul'taty biomeditsinskikh issledovaniy]*. 2021;(3):297—307 (in Russian). DOI: 10.18413/2658-6533-2021-7-3-0-8
9. Tkacheva O. N., Reshetova A. A., Runikhina N. K. Comparative analysis of the structure of morbidity and geriatric syndromes of low mobility and bedridden nursing patients. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdравookhraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2022;(3):764—785 (in Russian). DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-764-785
10. Lipatova T. E., Tyul'tyaeva L. A., Denisova T. P. Senile asthenia and arterial hypertension. *Saratov Journal of Medical Science. [Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal]*. 2019;15(3):757—763 (in Russian).
11. Ushakova N. A., Shcherbakova E. S., Ershov N. S. Geriatric syndromes in outpatient practice: their occurrence and clinical and demographic features. *Smolensk medical Almanac. [Smolenskiy meditsinskiy al'manakh]*. 2018;(2):143—146 (in Russian).
12. Larina V. N., Kudina E. V., Golovko M. G. i dr. The incidence of geriatric syndromes in older outpatient patients. *Medical business. [Lechebnoe delo]*. 2019;(2):13—20 (in Russian).
13. Popov V. V., Novikova I. A., Trokhova M. V. Early diagnosis and prevention of age-associated disorders in elderly and senile people living in the European north of Russia. *Preventive medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*. 2019;3(22):73—78 (in Russian). DOI: 10.17116/profmed20192203173
14. Bakhtina Yu. S., Grigorovich M. S., Fedorets V. N. Assessment of geriatric status as the basis of a personalized approach to the management of an elderly comorbid patient. *Complex problems of cardiovascular diseases. [Kompleksnye problemy serdechno-sudistykh zabolevaniy]*. 2021;2(10):118 (in Russian).
15. Drapkina O. M., Kontsevaya A. V., Kalinina A. M. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. *Cardiovascular therapy and prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2022;4(21):5—232 (in Russian). DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235
16. Myakotnykh V. S., Yampol'skaya V. V., Borovkova T. A. About the state of professional training and employment of geriatric doctors. *Medicine and healthcare organization. [Meditsina i organizatsiya zdравookhraneniya]*. 2021;6(4):60—71 (in Russian).
17. Sandakov Ya. P., Runikhina N. K., Reshetova A. A. The structure of geriatric syndromes in low-mobility patients of the patronage service of the diagnostic center No. 3 in Moscow. *Moscow medicine. [Moskovskaya meditsina]*. 2019;(6)34:88 (in Russian).
18. Lev I. V., Gurko T. S., Titov A. A. Geriatric status of patients with combined ophthalmopathy. *Integrative trends in medicine and education. [Integrativnye tendentsii v meditsine i obrazovanii]*. 2021;(3):54—56 (in Russian).
19. Krasnov G. S., Davydov I. V., Bulgakova S. V. Geriatric syndromes that cause difficulties in medical practice: the results of an e-survey, proposed solutions and deprescribing. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdравookhraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2021;(4):157—170 (in Russian). DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-157-170
20. Lazebnik L. B. Practical geriatrics. Selected clinical and organizational issues. M.: Borges; 2002. (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 16.11.2023; одобрена после рецензирования 22.11.2023; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 16.11.2023; approved after reviewing 22.11.2023; accepted for publication 05.02.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.010

## Организационные пути совершенствования медицинской реабилитации в Российской Федерации на примере ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России

Михаил Владимирович Кизеев<sup>1</sup>, Галина Андреевна Голубева<sup>2✉</sup>,  
Наталья Николаевна Нежкина<sup>3</sup>, Александр Владимирович Бодунов<sup>4</sup>,  
Юлия Анатольевна Куликова<sup>5</sup>

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

<sup>2,4,5</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медицинский центр «Решма» Федерального медико-биологического агентства России», Ивановская область, Российская Федерация;

<sup>3</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново, Российская Федерация

<sup>1</sup>m.kizeev@nriph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0293-8372>

<sup>2</sup>golybevaglia@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-3486-798X>

<sup>3</sup>natanezh@mail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3731-130X>

<sup>4</sup>a.v.bodunov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-3367-6046>

<sup>5</sup>kulikova\_sr@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-6356-6716>

**Аннотация.** Государством в настоящее время реализуются программы, нацеленные на усовершенствование схемы оказания услуг медицинской реабилитации пациентам. В статье проанализированы изменения в законодательстве, принятые в 2023 году. Проведена оценка изменений структуры на примере работы ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России. Для этого проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, проходивших лечение в условиях круглосуточного и дневного стационара в 2022 и 2023 году, а также пациентов, получивших лечение в амбулаторных условиях в 2023 году. В результате проведенного исследования установлена тенденция к расширению возможностей по приему и ведению пациентов более сложных в курации (по шкале реабилитационной маршрутизации равным 5 баллам), а так же увеличение охватов пациентов, госпитализированных со второго на третий этап в рамках дневного стационара или амбулаторной реабилитации.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, организационная структура, медицинская реабилитация, маршрутизация пациентов, непрерывность.

**Для цитирования:** Кизеев М. В., Голубева Г. А., Нежкина Н. Н., Бодунов А. В., Куликова Ю. А. Организационные пути совершенствования медицинской реабилитации в Российской Федерации на примере ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 64–68. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.010.

### Original article

## Organizational ways to improve medical rehabilitation in the Russian Federation on the example of the Federal State Medical Institution Reshma medical center FMBA of Russia

Mihail V. Kizeev<sup>1</sup>, Galina A. Golubeva<sup>2✉</sup>, Natal'ya N. Nezhkina<sup>3</sup>, Aleksandr V. Bodunov<sup>4</sup>, Yuliya A. Kulikova<sup>5</sup>

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>2,4,5</sup>Federal State Budgetary Healthcare Institution Reshma Medical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, Ivanovo Region, Russian Federation;

<sup>3</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ivanovo State Medical Academy» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (FSBEI HE IvSMA MOH Russia), Ivanovo, Russian Federation

<sup>1</sup>m.kizeev@nriph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0293-8372>

<sup>2</sup>golybevaglia@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-3486-798X>

<sup>3</sup>natanezh@mail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3731-130X>

<sup>4</sup>a.v.bodunov@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-3367-6046>

<sup>5</sup>kulikova\_sr@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0006-6356-6716>

**Abstract.** The State is currently implementing programs aimed at improving the scheme of providing medical rehabilitation services to patients. The article analyzes the changes in legislation adopted in 2023. The assessment of changes in the structure was carried out on the example of the work of the Federal State Budgetary Institution Reshma medical center of the FMBA of Russia. For this purpose, a retrospective analysis of the medical histories of patients treated in a round-the-clock and day hospital in 2022 and 2023, as well as patients treated on an outpatient basis in 2023, was carried out. As a result of the conducted research, a tendency has been established to expand



the possibilities for receiving and managing patients more difficult to curate (according to the rehabilitation routing scale equal to 5 points), as well as an increase in the coverage of patients hospitalized from the second to the third stage as part of a day hospital or outpatient rehabilitation.

**Key words:** *public health, organizational structure, medical rehabilitation, patient routing, continuity.*

**For citation:** Kizeev M. V., Golubeva G. A., Nezhkina N. N., Bodunov A. V., Kulikova Yu. A. Organizational ways to improve medical rehabilitation in the Russian Federation on the example of the Federal State Medical Institution Reshma medical center FMBA of Russia. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(1):64–68. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.010.

### Актуальность

Медицинская реабилитация является неотъемлемой частью оказания медицинской помощи. Принятие реформ по совершенствованию системы медицинской реабилитации направлено на повышение ее эффективности, с ожиданием результатов в виде повышения средней продолжительности жизни, путем повышения доступности и качества оказания услуг<sup>1</sup> [1, 2, 3, 4].

Современная модель здравоохранения предназначена для того, чтобы предвидеть заболевание или реагировать на него, когда оно проявляется клинически, что влечет за собой лечение пациента для устранения или ограничения последствий заболевания [5].

В последние годы, из-за увеличения числа людей старших возрастных групп в структуре населения, роста заболеваемости<sup>2</sup>, оптимизация организационно-правовой структуры здравоохранения является одной из приоритетных задач [6].

Целью исследования является обоснование применения организационно-структурной системы повышения эффективности медицинской реабилитации на примере ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России.

### Материалы и методы

Проанализированы объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования за 2022 и первый квартал 2023 года всех субъектов Российской Федерации.

Проведен сравнительный анализ эффективности реабилитации пациентов в рамках круглосуточного, дневного стационара и случаев амбулаторной реабилитации за первый квартал 2022 и тот же период 2023 года в ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России. Проанализированы медицинские карты 983 стационарных больных, прошедших лечение в условиях круглосуточного стационара (491 за первое полугодие 2022 года и 492 тот же период 2023 года), 1637 медицинские карты пациентов дневного стационара (1091 за первое полугодие 2022 года и 483 тот же период 2023 года).

Пациенты, прошедшие лечение в 2023 году в условиях круглосуточного и дневного стационара, составили основную группу, а группу сравнения составили пациенты, прошедшие лечение в 2022 году

в условиях круглосуточного и дневного стационара. Группы были сравнимы по возрастному и половому составу.

Проанализированы амбулаторные карты 231 случая амбулаторной реабилитации за первое полугодие 2023 года.

Статистический анализ выполнен с помощью программного обеспечения «STATISTICA v. 10.0» (StatSoft, USA, 2011) с использованием стандартных методов статистики.

### Результаты

В ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России за 1-е полугодие 2022 года в условиях круглосуточного стационара проведено 491 случая. Мужчин 203, женщин 288. Из них: в отделение детской реабилитации 234, в отделение взрослой реабилитации 190, в отделение детской неврологии 67.

По нозологической структуре пациенты с последствиями новой коронавирусной инфекции COVID19 — 20,5% (по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с 3 баллами — 0,8%, 4 баллами — 19,7%), заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы — 50,8% (по ШРМ с 3 баллами — 35,8%, 4 баллами — 15%), с заболеваниями центральной нервной системы — 11% (по ШРМ с 3 баллами — 3%, 4 баллами — 8%), с соматическими заболеваниями — 2,2% (по ШРМ с 3 баллами — 1,6%, 4 баллами — 0,6%), с поражением сердечно-сосудистой системы 0,6% (по ШРМ с 3 баллами — 0, 4 баллами — 0,6%), дети, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем — 0,8%, дети с поражениями центральной нервной системы — 14,1%.

За 1-е полугодие 2022 года в ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России выписано 98% пациентов с улучшением.

Средняя стоимость лечения в 2022 году составила 46322,5±1077,5 рублей. Средняя длительность лечения составила 9,39±0,07 койко-дней.

В ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России за 1-е полугодие 2023 года в условиях круглосуточного стационара проведено 492 случая. Мужчин 205, женщин 287. Из них: в отделение детской реабилитации 245, в отделение взрослой реабилитации 216, в отделение детской неврологии 31.

По нозологической структуре пациенты с последствиями новой коронавирусной инфекции COVID19 — 1% (по ШРМ с 3 баллами — 0%, 4 баллами — 1%), с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы — 75,8% (по ШРМ с 3 баллами — 50,6%, 4 баллами — 23,2%, 5 баллами — 2%), с заболеваниями центральной нервной системы — 13,8% (по ШРМ с 3 баллами

<sup>1</sup> WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. 2022 [cited 2023 Sep 28]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914064/>

<sup>2</sup> Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. — М., 3-46 2021. — 171 с

— 6,9%, 4 баллами — 6,7%, 5 баллами — 0,2%), с соматическими заболеваниями — 2,2% (по ШРМ с 3 баллами — 1,4%, 4 баллами — 0,6%, 5 баллами — 0,2%), с поражением сердечно-сосудистой системы 0,2% (по ШРМ с 3 баллами — 0,2%, 4 баллами — 0%), дети, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем — 0,6%, дети с поражениями центральной нервной системы — 6,4%.

За 1-е полугодие 2023 года в ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России выписано 98% пациентов с улучшением.

Средняя стоимость лечения в 2023 году составила 55287,3±1399,4 рублей. Средняя длительность лечения составила 9,88±0,1 койко-дней.

Стоимость законченного случая в 2022 году и 2023 году значительно различались ( $p=0,00008$ ), также значительно различалось количество койко-дней ( $p=0,0000005$ ).

В ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России за 1-е полугодие 2022 года в условиях дневного стационара проведено 381 случай. Мужчин 104, женщин 277. Из них: в отделение детской реабилитации 77, в отделение взрослой реабилитации 304.

По нозологической структуре пациенты с последствиями новой коронавирусной инфекции COVID19 — 40,2% (по ШРМ с 3 баллами — 40,2%, 2 баллами — 0%), заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы — 41,7% (по ШРМ с 3 баллами — 37%, 2 баллами — 4,7%), с заболеваниями центральной нервной системы — 5,8% (по ШРМ с 3 баллами — 4,7%, 2 баллами — 1%), с соматическими заболеваниями — 12,3% (по ШРМ с 3 баллами — 9,2%, 2 баллами — 3,1%).

За 1-е полугодие 2022 года в ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России в условиях дневного стационара выписано 99% пациентов с улучшением.

Средняя стоимость лечения в 2022 году составила 22622,9± 321,3 рублей. Средняя длительность лечения составила 9,97±0,03 койко-дней.

В ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России за 1-е полугодие 2023 года в условиях дневного стационара проведено 546 случаев (мужчин- 133, женщин- 413). Из них: в отделение детской реабилитации 63, в отделение взрослой реабилитации 483, в отделение детской неврологии 0.

По нозологической структуре пациенты с последствиями новой коронавирусной инфекции COVID19 — 1,4% (по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с 3 баллами 0,9%, 2 баллами — 0,5%), заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы — 61,9% (по ШРМ с 3 баллами — 46,1%, 2 баллами — 15,8%), с заболеваниями центральной нервной системы — 3,4% (по ШРМ с 3 баллами — 2,7%, 2 баллами — 0,7%), с соматическими заболеваниями — 33,3% (по ШРМ с 3 баллами — 28%, 2 баллами — 5,3%)

За 1-е полугодие 2023 года в ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России выписано 99,6% пациентов с улучшением.

Средняя стоимость лечения в 2023 году составила 23416,8± 277,4 рублей. Средняя длительность лечения составила 9,78±0,04 койко-дней.

Стоимость законченного случая и количество койко-дней в 2022 году и 2023 году значительно не различались ( $p=0,063$  и  $p=0,07457$  соответственно).

По амбулаторной реабилитации в первом полугодии 2022 года пролечено 0 пациентов. По амбулаторной реабилитации в первом полугодии 2023 года пролечено 231 пациент. С заболеваниями периферической нервной системы: 110 человек, с последствиями травм 12 человек, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата 68 человек. Из них в 2023 году по ШРМ с 2 баллами — 19%, по ШРМ с 3 баллами — 81%.

### Обсуждение

По предварительным итогам модернизации медицинской реабилитации за 2023 год в федеральном проекте «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» предусмотрено увеличение объемов оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации за счет средств обязательного медицинского страхования. [7].

В нашей стране в 2022 году было выделено 59,7 миллиардов рублей на развитие медицинской реабилитации: на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» за счет средств федерального фонда обязательного медицинского страхования 48,9 миллиардов рублей (из них 39,7 миллиардов рублей ФФОМС и 9,2 миллиарда за счет дополнительного бюджетного ассигнования на развитие медицинской реабилитации в амбулаторных условиях), на оснащение центров и отделений медицинской реабилитации — 10,8 миллиардов рублей (из них на оснащение федеральных центров 2 миллиарда рублей и на оснащение региональных медицинских организаций — 8,8 миллиардов рублей). Таким образом, дополнительные ассигнования из средств федерального бюджета составили 20 миллиардов рублей.

В 2023 году финансирование увеличено до 61,9 миллиардов рублей: 51,9 миллиардов рублей за счет средств федерального фонда обязательного медицинского страхования и на оснащение центров и отделений медицинской реабилитации — 10,0 миллиардов рублей (на оснащение федеральных центров 2 миллиарда рублей и на оснащение региональных медицинских организаций — 8 миллиардов рублей). Дополнительного ассигнования из средств федерального бюджета — 20 миллиардов рублей.

В 2024 году планируется выделить 64,2 миллиардов рублей на реализацию проекта по медицинской реабилитации.

В 2023 году введены в работу новые клинико-статистические группы (КСГ) для оказания услуг продолжительной медицинской реабилитации в стационарных условиях с продолжительностью лечения не менее 30 дней для пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (КСГ st37.024 и st37.025).

КСГ St37.026 предполагает оказание услуг медицинской реабилитации, в рамках сестринского ухода за пациентами с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

С 2023 года в клиничко-статистические группы st37.001, st37.002, st37.003, st37.004, в которые входят услуги по оказанию медицинской реабилитации пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения (МКБ I 60 — I 64), черепно-мозговую травму (МКБ S 06, T 90.5), перелом позвоночника (МКБ S12, S 22, S 32, T 08, T91.1), добавлен диагноз «Рассеянный склероз» (МКБ G35).

В этом году повышены сроки госпитализации и стоимость оплаты случая оказания услуг по медицинской реабилитации в зависимости от оценки по шкале реабилитационной маршрутизации и сроков госпитализации. Длительность госпитализации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы с оценкой ШРМ 4 составляет 14 дней, ШРМ 5 — 20 дней. С заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной для пациентов с оценкой по ШРМ 4 срок госпитализации 12 дней, с ШРМ 5 — 18 дней.

Согласно методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования<sup>3</sup> в повышении стоимости КСГ учитываются и такие факторы как:

- использование роботизированных систем с добавлением иных классификационных критериев «rbprob4», «rbprob5», «rbrob4d12», «rbrob4d14», «rbrob5d18», «rbrob5d20».
- применением ботулинического токсина с добавлением критериев «rbb2» — «rbb5», соответствующие оценке по ШРМ в сочетании с применением ботулинического токсина.
- Сочетание использования роботизированных систем и введение ботулинического токсина. Добавлены иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4d14», «rbbrob5d20» включающие, в том числе оценку по ШРМ и длительность лечения.

Внесены изменения в способы оплаты первого этапа медицинской реабилитации. Это касается реабилитационных мероприятий, которые начаты оказываться пациенту не более, чем через 2 суток с момента поступления на реанимационную койку или койку интенсивной терапии, длительностью не менее 5 суток, включая время госпитализации после перевода в профильные отделения. Длительность реабилитационных мероприятий составляет не менее одного часа в сутки.

Изменения коснулись и подходов к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях. Оплата

производится с учетом состояния человека по ШРМ (1—3 балла) и профиля заболевания. При этом случай считается законченным при наличии 10—12 посещений. По заключению лечащего врача консультации специалистом могут быть проведены с использованием телемедицинских технологий<sup>2</sup>.

С учетом анализа изменений законодательной базы был проведен ретроспективный анализ случаев госпитализации пациентов в рамках круглосуточно-дневного стационара и случаев амбулаторной реабилитации за 2022 и первый квартал 2023 года в ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России.

В медицинском центре созданы условия для реализации непрерывной медицинской реабилитации. Маршрутизация пациентов в условиях МЦ Решма проводится по следующей организационно-структурной схеме:

- Прием на второй или третий этап медицинской реабилитации сразу после выписки из специализированного стационара.
- Перевод пациентов со второго на 3 этап медицинской реабилитации. Который представлен амбулаторной реабилитацией или дневным стационаром.

После окончания реабилитационных мероприятий, пациентам может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение непосредственно на базе МЦ «Решма». Оно проводится либо сразу после окончания реабилитационных мероприятий, либо в течение года.

Для обеспечения непрерывности медицинской реабилитации создан консультативный прием специалистов центра на базе ближайшей ЦРБ (г. Кинешма), в которой осуществляется 1-й этап медицинской реабилитации.

Анализ клиничко-статистических групп показал, что появилась группа более тяжелых в курации пациентов с 5 баллами по ШРМ в 2023 г по сравнению с 2022 годом, лечение которых проводилось в рамках круглосуточного стационара. Также в зависимости от баллов ШРМ увеличилась продолжительность лечения в 2023 году. Это связано с изменениями в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования<sup>2</sup>.

Изменилось нозологическая структура. В 2022 году в условиях дневного и круглосуточного стационара пациенты после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID19 составляли 29,1%, а в 2023 году 5,4%.

Повысилась средняя стоимость законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара в 2023 году по сравнению с 2022 годом с 46322,5 тысяч рублей до 55287,3 тысяч рублей ( $p=0,00008$ ), в то время как стоимость законченного случая в условиях дневного стационара значительно ( $p = 0,063$ ) не изменилась.

Увеличение финансирования позволило оснастить реабилитационный процесс новейшим оборудованием:

<sup>3</sup> Письмо Минздрава России от 26.01.2023 N 31-2/И/2-1075 (ред. от 11.05.2023) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утв. Минздравом России N 31-2/И/2-1075, ФФОМС N 00-10-26-2-06/749 26.01.2023

1. Аппарат для нейромышечной стимуляции неба, глотки, гортани с набором электродов VitalStim Plus,
2. Аппарат для пневмомассажа конечностей Pulsepress Physio
3. Аппарат лазерный физиотерапевтический Лазмик (2 лазерных канала) 3 шт.
4. Аппарат низкочастотной физиотерапии Амплипульс-5ДС
5. Велоэргометр медицинский Орторент Вело
6. Имитатор опорной нагрузки подошвенный
7. Опора для стояния Далматинчик INVENTO
8. Подвес реабилитационный для вертикализации пациента «Орторент» модель Орторент С+ (стационарный с беговой дорожкой)
9. Подвес реабилитационный для вертикализации пациента «Орторент» модель Орторент С++ (стационарный с роботизированной системой имитации шага)
10. Стимулятор магнитный ритмический Neogo-MSX
11. Тренажер для активно-пассивной реабилитации верхних и нижних конечностей SP-1000
12. Эргометр для аэробного тестирования 828Е

Осуществлено обучение кадров по направлениям «Физическая и реабилитационная медицина», «Эрготерапия», «Клиническая психология», что позволило создать полноценную мультидисциплинарную реабилитационную команду.

Приобретение нового оборудования, увеличение продолжительности лечения в зависимости от клинико-статических групп позволило проводить реабилитацию более сложных в лечении пациентов, повысить эффективность проводимых восстановительных мероприятий.

Таким образом, организационно-структурная система ФГБУЗ МЦ Решма ФМБА России обеспечивает преемственность и непрерывность реабилитационного процесса, что позволяет увеличить количество пациентов, госпитализированных со второго на третий этап в рамках дневного стационара или амбулаторной реабилитации.

Организация возможности проведения амбулаторной реабилитации ускоряет достижение пациентами полного или частичное восстановление нарушенного функционирования, или его компенсацию.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Иванова Г. Е., Мельникова Е. В., Белкин А. А., Беляев А. Ф., Бодрова Р. А., Буйлова Т. В., Мальцева М. Н., Мишина И. Е.,

- Прокопенко С. В., Сарана А. М., Стаховская Л. В., Хасанова Д. Р., Цыкунов М. Б., Шамалов Н. А., Суворов А. Ю., Шмонин А. А. Как организовать медицинскую реабилитацию? *Вестник восстановительной медицины*. 2018;84(2):2—12.
2. Шинкоренко О. В. Проблемы и перспективы развития реабилитации в российской федерации. *Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства при Президенте Российской Федерации*. 2019;(16):220—224.
3. Richards LG, Vallée C. Not just mortality and morbidity but also function: Opportunities and challenges for Occupational Therapy in the World Health Organization's rehabilitation 2030 initiative. *Am J Occup Ther*. 2020;74(2):7402070010p1—6.
4. Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Neuropsychol Rehabil*. 2019;29(5):672—4.
5. Bautmans I, Knoop V, Amuthavalli Thiyagarajan J, Maier AB, Beard JR, Freiburger E, et al. WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(11):e789-e796.
6. Еругина М. В., Кром И. Л., Сазанова Г. Ю., Еремина М. Г., Шигаев Н. Н., Долгова Е. М., Коваленко Е. В. Тенденции демографических показателей населения российской федерации. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;(1):79—88.
7. Щербаткина М. А., Асророва Н. Ш., Анিকেева О. Б., Павленко О. В., Фалецкая Е. А., Тимофеева Л. Н., Ушакова Т. Л. Новые технологии в медицинской реабилитации: возможности и перспективы. *Аналитический вестник*. 2023;832(12):47—57.

#### REFERENCES

1. Ivanova G. E., Mel'nikova E.V., Belkin A. A., Belyaev A. F., Bodrova R. A., Bujlova T. V., Mal'ceva M.N., Mishina I. E., Prokopenko S. V., Sarana A. M., Staxovskaya L. V., Xasanova D. R., Cykunov M. B., Shamalov N. A., Suvorov A. Yu., Shmonin A. A. How to organize medical rehabilitation? *Bulletin of Rehabilitation Medicine*. [Vestnik vosstanovitel'noj mediciny]. 2018;84(2):2—12 (in Russian).
2. Shinkorenko O. V. Problems and prospects of rehabilitation development in the Russian Federation. *Scientific notes of the Altai branch of the Russian Academy of National Economy under the President of the Russian Federation*. [Ucheny'e zapiski Altajskogo filiala Rossijskoj akademii narodnogo xozyajstva pri Prezidente Rossijskoj Federacii]. 2019;(16):220—224 (in Russian).
3. Richards LG, Vallée C. Not just mortality and morbidity but also function: Opportunities and challenges for Occupational Therapy in the World Health Organization's rehabilitation 2030 initiative. *Am J Occup Ther*. 2020;74(2):7402070010p1—6.
4. Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Neuropsychol Rehabil*. 2019;29(5):672—4.
5. Bautmans I, Knoop V, Amuthavalli Thiyagarajan J, Maier AB, Beard JR, Freiburger E, et al. WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(11):e789-e796.
6. M. V. Yerugina, I. L. Krom, G. Yu. Sazanova, M. G. Yeremina, N. N. Shigaev, E. M. Dolgova, E. V. Kovalenko The population of the russian federation's trends in demographic indicators. *Current problems of health care and medical statistics*. [Sovremenny'e problemy`zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki]. 2023;(1):79—88 (in Russian).
7. Shherbatkina M. A., Asrorova N.Sh., Anikeeva O. B., Pavlenko O. V., Faleczkaya E. A., Timofeeva L. N., Ushakova T. L. New technologies in medical rehabilitation: opportunities and prospects. *Analytical Bulletin*. [Analiticheskij vestnik]. 2023;832(12):47—57 (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 17.10.2023; одобрена после рецензирования 06.12.2023; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 17.10.2023; approved after reviewing 06.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 614.2:616.98:538.834.1:303.094.5:004.04(045)

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.025

## Автоматизированный способ оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19

Валерий Валериевич Роюк<sup>1</sup>, Виктор Викторович Фомин<sup>2</sup>,  
Владимир Анатольевич Решетников<sup>3</sup>, Сергей Алексеевич Сидельников<sup>4</sup>,  
Натан Григорьевич Коршевер<sup>5</sup>✉

<sup>1–3</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119435, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>4–5</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, г. Саратов, Российская Федерация

<sup>1</sup>vvroyuk@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4966-3767>

<sup>2</sup>fomin\_v\_v\_1@staff.sechenov.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2682-4417>

<sup>3</sup>resh1960@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7853-7356>

<sup>4</sup>ssidelnikov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9913-5364>

<sup>5</sup>korshever@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5545-6844>

**Аннотация.** Цель исследования — конструирование автоматизированного многокритериального способа оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

**Материал и методы.** Использован социологический метод исследования, в частности анонимное анкетирование 31 эксперта-руководителя здравоохранения.

**Результаты.** Установлен перечень из 31 информативного критерия, которые распределены по стадиям и их составляющим функциональной системы деятельности перепрофилированной медицинской организации. Для каждого показателя определена градация с чётким и достаточно полным обоснованием высокого, среднего и низкого уровней, а также коэффициент значимости. Это дало возможность разделить информативные показатели на относительно более и менее значимые и перейти к интегральной оценке, которая осуществляется путём сопоставления с модельными вариантами. Способ автоматизирован на базе системы программ «1С: Предприятие». Выявление информативных критериев, обусловивших получение соответствующих оценок, позволяет обосновывать направления и мероприятия совершенствования деятельности перепрофилированной медицинской организации, так как видно, уровень какого показателя необходимо повышать. После осуществления корректирующих действий с помощью того же способа целесообразно проводить динамическую оценку.

**Заключение.** Сконструирован автоматизированный многокритериальный способ, который даёт возможность перейти к целенаправленному циклическому управлению деятельностью медицинской организации (организаций), перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

**Ключевые слова:** Способ оценки; медицинские организации; перепрофилирование; COVID-19.

**Для цитирования:** Роюк В. В., Фомин В. В., Решетников В. А., Сидельников С. А., Коршевер Н. Г. Автоматизированный способ оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 69—76. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.025.

Original article

## An automated method for evaluating the success of a medical organization repurposed to provide medical care to patients with COVID-19

Valery V. Royuk<sup>1</sup>, Victor V. Fomin<sup>2</sup>, Vladimir A. Reshetnikov<sup>3</sup>, Sergey A. Sidelnikov<sup>4</sup>, Natan G. Korshever<sup>5</sup>✉

<sup>1-3</sup>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), 119435, Moscow, Russian Federation;

<sup>4-5</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky» of the Ministry of Health of the Russian Federation (Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky), 410012, Saratov, Russian Federation

<sup>1</sup>vvroyuk@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4966-3767>

<sup>2</sup>fomin\_v\_v\_1@staff.sechenov.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2682-4417>

<sup>3</sup>resh1960@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7853-7356>

<sup>4</sup>ssidelnikov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9913-5364>

<sup>5</sup>korshever@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5545-6844>

**Annotation.** The aim of the study is to design an automated multicriteria method for evaluating the success of a medical organization repurposed to provide medical care to patients with a new coronavirus infection (COVID-19).

**Material and methods.** A sociological research method was used, in particular, an anonymous questionnaire of 31 experts-heads of healthcare.

**Results.** A list of 31 informative criteria has been established, which are distributed by stages and their components of the functional system of the activity of a repurposed medical organization. For each indicator, a gradation is defined with a clear and fairly complete justification of high, medium and low levels, as well as a significance coefficient. This made it possible to divide informative indicators into relatively more and less significant ones and move on to an integral assessment, which is carried out by comparing with model variants. The method is automated on the basis of the 1C: Enterprise software system. The identification of informative criteria that led to the receipt of appropriate assessments makes it possible to justify the directions and measures for improving the activities of a repurposed medical organization, since it is clear which indicator needs to be increased. After implementing corrective actions using the same method, it is advisable to conduct a dynamic assessment.

**Conclusion.** An automated multi-criteria method has been designed, which makes it possible to switch to targeted cyclic management of the activities of a medical organization (organizations) repurposed to provide medical care to patients with a new coronavirus infection (COVID-19).

**Key words:** Assessment method; medical organizations; repurposing; COVID-19.

**For citation:** Royuk V. V., Fomin V. V., Reshetnikov V. A., Sidelnikov S. A., Korshever N. G. An automated method for evaluating the success of a medical organization repurposed to provide medical care to patients with COVID-19. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):69–76. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.025.

### Введение

Борьба с пандемией новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) одна из самых актуальных мировых проблем современности, в том числе в нашей стране. Из-за пандемии COVID-19 системе здравоохранения пришлось испытать на себе колоссальную нагрузку и встать на путь кардинальных преобразований, в кратчайшие сроки мобилизовать все инфраструктурные и кадровые ресурсы и организовать их работу [1, 2]. Так как потенциал инфекционной службы оказался недостаточным, было принято решение о перепрофилировании части медицинских организаций, которое реализовалось в соответствии с оперативно подготовленной нормативной правовой базой, получило научное обоснование [3–11] и, как свидетельствует практика, в основном оправдало ожидания. Вместе с тем выполнение ряда поставленных задач вызвало определённые затруднения, связанные с необходимостью существенной перестройки деятельности перепрофилированных медицинских организаций, которые изначально были предназначены для осуществления совершенно других функций. Эти трудности имели отношение к управляемости медицинских организаций, профессиональной подготовке персонала, материально-техническому обеспечению, проведению мероприятий инфекционной безопасности, психологическому сопровождению и ряду других вопросов. Воз-

никала необходимость в совершенствовании рассматриваемого процесса. Общеизвестно, что совершенствование (оптимизация) решения любой сложной проблемы, а перепрофилирование медицинских организаций, безусловно, таковой является, возможно при использовании соответствующего научно обоснованного способа оценки. Требования к конструированию подобных способов обоснованы: системность (как методологическая база) и многокритериальность с отражением деятельности всей медицинской организации, установлением градации и коэффициентов значимости каждого информативного показателя; интегральный характер получения результата по модельным вариантам; возможность выявления причин того или иного положения дел; автоматизация [12, 13]. Однако до настоящего времени относительно перепрофилирования такого способа разработано не было.

**Цель исследования** заключается в конструировании автоматизированного многокритериального способа оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

### Материалы и методы

Использован социологический метод исследования — один из основных в области общественного здоровья, организации и социологии здравоохране-

ния, в частности анонимное анкетирование 31 эксперта-руководителя здравоохранения (главные врачи перепрофилированных организаций, их заместители и заведующие структурными подразделениями). При их отборе были соблюдены качественная (опыт управленческой деятельности не менее 10 лет, совокупный коэффициент компетентности —  $\geq 4,0$  балла по 5-балльной шкале и степень согласованности мнений — коэффициент конкордации Кендалла  $\geq 0,7$ ) и количественная (более 30 человек) репрезентативности [12—14].

Вопросы анкеты касались мнения экспертов об информативных критериях оценки — предлагалось либо согласиться с каждым из них и описанием его высокого, среднего или низкого уровня, либо нет, внести свои варианты, а также по методу попарного сравнения [15] установить коэффициенты значимости каждого показателя [12, 13].

При формировании анкеты был проведён контент-анализ нормативных правовых актов (использованы положения 22 источников), регламентирующих борьбу с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (Конституция Российской Федерации, Федеральные законы, постановления Правительства, приказы Министерства здравоохранения, документы Роспотребнадзора), а также научной литературы по данной проблеме.

Анкета верифицирована. Три эксперта, опрошенные устно, определили, что входящие в неё вопросы понятны, содержание и время, затраченное на заполнение, не вызывают отрицательной реакции. Условия анкетирования — стандартные.

Использование в исследовании в качестве методологической базы положений теории функциональных систем П. К. Анохина [16—18] заключалось, во-первых, в обосновании информативных критериев оценки успешности деятельности перепрофилированной медицинской организации с учётом каждой стадии (и её содержания) функционирования данной системы, а именно афферентного синтеза, принятия решений, эфферентного синтеза и обратной афферентации, во-вторых, в определении механизма дальнейшего использования уже сконструированного многокритериального способа.

Автоматизация способа осуществлялась совместно с программистом (реализовалась система программ «1С: Предприятие»), для которого была сформулирована задача; определены содержание, периодичность и метод решения, состав постоянной и переменной информации, схема её обработки, входная и выходная формы. В ходе разработки машинной программы айтишнику давались консультации по специальным вопросам, представлялся контрольный (контрольные) вариант оценки.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере (использовалась программа Statistica 10).

### Результаты

Установлен 31 информативный показатель оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания меди-

цинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), которые были сформированы по стадиям соответствующей функциональной системы. Так, стадию афферентного синтеза характеризуют следующие показатели оценки: формирование нормативной правовой базы перепрофилированной медицинской организации для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в условиях круглосуточного стационара (далее перепрофилирование) (№ 1); знание лицами, входящими в орган управления перепрофилированием, положений нормативной правовой базы осуществления этого процесса (№ 2); уровень профессиональной подготовки лиц, входящих в орган управления перепрофилированием (№ 3); мотивация лиц, входящих в орган управления перепрофилированием, на осуществление этого процесса (№ 4); структурирование и зонирование медицинской организации для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 (№ 9); оборудование и обеспечение структурных подразделений медицинской организации для содержания, оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 (подозрительным) и соблюдения противоэпидемического режима (10); укомплектование персоналом структурных подразделений, в которых оказывается медицинская помощь пациентам с COVID-19 (№ 11); определение готовности перепрофилированной медицинской организации к оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19 (№ 12).

Стадию принятия решения отражает информативный критерий «способность лиц, входящих в орган управления перепрофилированием, принимать решения по его осуществлению» (№ 5).

Стадию эфферентного синтеза иллюстрирует основная часть информативных показателей. К ним относятся: представление лиц, входящих в орган управления перепрофилированием, о возможных результатах своей деятельности (№ 6); планирование деятельности медицинской организации в условиях её перепрофилирования (№ 7); содержание, охрана территории медицинской организации, доставка пациентов, дезинфекция транспорта (№ 8); информационное обеспечение персонала, участвующего в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19 (№13); взаимодействие с другими структурами и учреждениями вне медицинской организации (№ 14); финансовое обеспечение оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 (№ 15); обеспечение эпидемиологической безопасности персонала при оказании медицинской помощи больным с COVID-19 (№ 16); движение пациентов, персонала и материальных средств в условиях оказания медицинской помощи при COVID-19 (№ 17); лабораторное обеспечение деятельности перепрофилированной медицинской организации (№ 18); лечение пациентов с COVID-19 (№ 19); результаты оказания медицинской помощи больным с COVID-19 (№ 20); оказание медицинской помощи по другим профилям заболеваний (№ 21); психологическая поддержка пациентов и персонала (№ 22); об-

ращение с медицинскими отходами (№ 23); патологоанатомическое исследование трупов людей с подтвержденным или вероятным диагнозом COVID-19 (№ 24); проведение профилактической дезинфекции (№ 25); проведение текущей дезинфекции (№ 26); проведение заключительной дезинфекции (№ 27); выписка (перевод) пациентов из медицинской организации (№ 28); проведение в медицинской организации научно-практических работ по проблеме оказания медицинской помощи больным с COVID-19 (№ 29); оценка успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи больным с COVID-19 (№ 30).

Стадию обратной афферентации представляет такой показатель как «регистрация сведений об оказании медицинской помощи больным с COVID-19 и внесении информации в отчетные формы» (№ 31).

Алгоритм конструирования способа предполагал определение градации каждого информативного критерия с четким и достаточно полным обоснованием высокого, среднего и низкого уровней, что позволяет существенно снизить субъективизм и исключить волюнтаризм в процессе оценки.

Например высокий уровень такого показателя как «информационное обеспечение персонала, участвующего в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19» (№ 13) характеризуется следующим образом — «Руководство медицинских организаций обеспечивает необходимой информацией проведение обучения персонала, в том числе с использованием образовательных модулей, размещенных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава РФ, вводных и текущих инструктажей для сотрудников по вопросам предупреждения распространения COVID-19, профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, гигиены рук, проведения противоэпидемических мероприятий, использования средств индивидуальной защиты и мерах личной профилактики. Конкретные группы работников, предоставляющих основные услуги, своевременно обеспечиваются специальной научно обоснованной и согласованной информацией о том, как защитить себя и обслуживаемые контингенты в процессе профессиональной деятельности. Медицинская документация ведётся в электронном формате (электронные «истории болезни»). Персонал обеспечен средствами коммуникации (рации, мобильные телефоны, планшетные компьютеры). Организованы телемедицинские консультации, клинические конференции, разборы летальных случаев со специалистами различных профилей, информация о которых своевременно доводится до персонала». Средний уровень — «Медицинская документация в электронном формате не ведётся. Телемедицинские формы общения не используются. Информация о результатах разборов летальных случаев до персонала не всегда доводится своевременно». Наконец, низкий уровень — «Не соответствует описанию предыдущих уровней».

Градация указанных информативных критериев оценивается в различных единицах, поэтому для облегчения дальнейших расчётов уровни переведены в баллы: высокий уровень — 30, средний — 20 и низкий — 10.

Ещё одним шагом конструирования способа было установление значимости информативных показателей, а именно соответствующих коэффициентов (использовался метод попарного сравнения). Это дало возможность, на основании пограничного коэффициента, равного 0,0344, разделить информативные критерии на относительно более и менее значимые. К первым относятся показатели под №№ 1—5, 7—11, 13, 15—19, ко вторым — №№ 6, 12, 14, 20—31.

Перечисленные шаги конструирования потребного способа дают возможность реализовать модельные варианты интегральной оценки успешности деятельности медицинской организации в рассматриваемых условиях (от «отлично» до «неудовлетворительно» — по соотношению доли в процентах показателей различной значимости). Например, оценка «отлично» выставляется, если все критерии с более значимым коэффициентом важности ( $\geq$  «пограничного») получили 30 баллов, остальные не менее 20.

Автоматизация сконструированного способа на базе системы программ «1С: Предприятие» существенно облегчает интегральную оценку. При этом в персональный компьютер только вводятся данные об уровне каждого информативного критерия (градация и значимость, а также модельные варианты оценки уже учтены в программе), то есть реализация способа не требует специальной подготовки пользователя. Кроме того, автоматизация позволяет оценивать любое количество медицинских организаций, ранжировать их и, самое главное, на экране компьютера демонстрировать информативные показатели, уровни которых требуют коррекции. После осуществления корректирующих действий с помощью того же способа целесообразно проводить динамическую оценку.

### Обсуждение

Актуальность разработки способа оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), не вызывает сомнений и является важной научно-практической задачей общественного здоровья, организации и социологии здравоохранения.

Обзор литературы показал, что вопросы перепрофилирования медицинских организаций в условиях пандемии COVID-19 достаточно широко освещены. Так, в источниках [3—11] приведены результаты анализа в целом процесса трансформирования и соответствующей деятельности медицинских организаций, в публикациях [19—21] — отдельных направлений оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Однако мероприятия совершенствования функ-



ционирования перепрофилированных медицинских организаций (в связи со сложностью и непривычным характером оно, естественно, сопровождалось определёнными затруднениями), как правило, носили несистемный и нецеленаправленный характер.

Как известно, для устранения подобного рода лакун целесообразно использовать результаты оценки как исходного состояния объекта, так и динамики его развития с использованием соответствующего критериально-диагностического инструментария, которого ранее не было и конструирование которого явилось целью настоящего исследования.

В работе были соблюдены все перечисленные в разделе «Введение» требования к такого рода многокритериальным способам оценки. Так, полученные результаты исследования позволили определить перечень из 31 информативного критерия, которые распределены по стадиям и их составляющим функциональной системы деятельности перепрофилированной медицинской организации. При этом 8 критериев стадии афферентного синтеза иллюстрируют пусковой стимул (положения нормативного правового поля), обстановочную афферентацию (условия осуществления деятельности), профессиональную подготовленность персонала, его мотивацию. Стадия принятия решения (1 показатель) отражает способность соответствующего органа управления принимать организационные решения. Стадия эфферентного синтеза, естественно, наиболее многочисленна (21 признак) и включает показатели акцептора результата действия (представление о потребном результате), программы (планирования), самой деятельности и её результатов. К стадии обратной афферентации относится 1 информативный критерий, описывающий регистрацию результатов деятельности и представление отчётов о них.

Для каждого информативного критерия установлена градация с чётким и достаточно полным обоснованием высокого, среднего и низкого уровней, что позволяет исключить субъективизм и волюнтаризм в процессе оценки.

Определение коэффициентов значимости дало возможность разделить информативные показатели на две группы (относительно более и менее значимые), что, в свою очередь, санкционировало переход к интегральной оценке, которая осуществляется путём сопоставления с модельными вариантами.

В работе реализованы преимущества автоматизации [22—24], которая была осуществлена на базе системы программ «1С: Предприятие». Автоматизация способа существенно облегчила как реализацию оценочной функции, в том числе в отношении ряда медицинских организаций и их ранжирования, так и формирующе-развивающей. Действительно, во-первых, выявление информативных критериев, обусловивших получение интегральных оценок «неудовлетворительно», «удовлетворительно» или «хорошо», даёт возможность обосновывать направления и мероприятия совершенствования деятельности медицинской организации (организаций), пере-

профилированной для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), так как видно, уровень какого показателя необходимо повышать. При этом претворяется один из важнейших принципов системного подхода — мультипараметрического взаимодействия, когда трансформация уровня одного или ряда критериев неизбежно приводит к изменению функционирования всей системы в целом. Во-вторых, реализуется ещё один принцип — генетический, то есть можно оценить деятельность перепрофилированной медицинской организации (реализуя этот же способ) в динамике и установить, произошли ли какие-либо изменения после проведения целенаправленных корректирующих действий.

Опыт практической деятельности и анализ литературы свидетельствуют о том, что рассматриваемое перепрофилирование реализовалось в медицинских организациях, которые на исходном уровне имели определённые различия, так как были представлены клиническими центрами медицинских университетов, другими многопрофильными медицинскими учреждениями, в том числе ведомственными, а также перинатальными центрами, родильными домами, кожно-венерологическими диспансерами и др. Вместе с тем разработанный способ в связи с единым целеполаганием носит универсальный характер и может быть использован в подавляющем большинстве случаев.

С другой стороны, в отдельных ситуациях возможны существенные различия, а также значимое изменение условий деятельности, вплоть до необходимости оказания медицинской помощи при возникновении других высоковирулентных инфекционных заболеваний. Тем не менее, наличие специфических особенностей не исключает применения сконструированного критериально-диагностического инструментария, так как он носит открытый характер — при необходимости, информативные критерии, их градация, значимость и модельные варианты могут быть легко изменены.

В качестве перспективы дальнейшего исследования представляется плодотворным проектирование технологии совершенствования деятельности перепрофилированной медицинской организации (организаций), центральным блоком которой послужит именно искомый автоматизированный многокритериальный способ.

### Заключение

Сконструирован автоматизированный многокритериальный способ, который даёт возможность перейти к целенаправленному циклическому управлению деятельностью медицинской организации (организаций), перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Мурашко М. А. Первая пандемия цифровой эпохи: уроки для национального здравоохранения. *Национальное здравоохранение*. 2020;1(1):4—8.

2. Самойлова А. В. Роль Росздравнадзора в обеспечении качественной и безопасной медицинской помощи в период распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). *Национальное здравоохранение*. 2020;1(1):16—22.
3. Глыбочко П. В., Свистунов А. А., Фомин В. В., Волкова О. С., Бутнару Д. В., Рююк В. В. и др. Роль клиник Сеченовского Университета в оказании помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). *Национальное здравоохранение*. 2020;1(1):23—27.
4. Джиоев Б. И., Глузмин М. И., Шевченко А. Г., Егорова Е. В., Шевченко М. Н., Глузмина М. М., и др. Опыт работы КВД в мировую пандемию в качестве COVID-госпиталя в Краснодарском крае. Актуальные проблемы инфекционной патологии Юга России: Сборник Материалов XV научно-практической конференции. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство здравоохранения Краснодарского края, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» Министерства Здравоохранения Краснодарского края, АНО «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада». Краснодар, 10—11 июня 2021 года. Краснодар: Индивидуальный предприниматель Кабанов Виктор Болеславович (Издательство «Новация»); 2022. С. 67—69.
5. Есипов А. В., Павлов А. И., Немыгин Ю. В., Соловов А. В., Хавев А. В. Организация специализированной медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на базе многопрофильного стационара. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2021;3(1):163—169. doi: 10.36425/rehab63589
6. Карпов О. Э., Орлова О. А., Гусаров В. Г., Пивкина А. И., Габоян Я. С., Силаева Н. А. и др. Организация оказания медицинской помощи в федеральном многопрофильном медицинском учреждении в условиях пандемии. *Вестник Росздравнадзора*. 2020;4:67—75. doi: 10.35576/2070-7940-2020-4-67-75
7. Мальгина Г. Б., Башмакова Н. В., Давыденко Н. Б., Пепеляева Н. А. Опыт организации перепрофилирования федерального перинатального центра для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией. *Вестник Росздравнадзора*. 2020;4:53—59. doi: 10.35576/2070-7940-2020-4-53-59
8. Мендель С. А., Михайлов Д. Ю., Коньков А. В. Оказание медицинской помощи и кодирование диагнозов пациентов с COVID-19 в клиническом госпитале медико-санитарной части МВД России по г. Москве. *Медицинский вестник МВД*. 2022;5(120):59—62.
9. Никитин И. В., Мелехов А. Г., Сайфуллин М. А., Агафонов С. С., Бедрицкий С. А., Вишнинский А. А. и др. Организация оказания медицинской помощи больным COVID-19 в неинфекционном стационаре г. Москвы: опыт перепрофилирования. *Терапевтический архив*. 2020;11:31—37. doi: 10.26442/00403660.2020.11.000838
10. Павлов В. Н., Булатов Ш. Э., Викторов В. В., Ефремова О. А., Тюрин А. В., Хусаинова Л. Н. и др. Об оказании медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в госпитале на базе клиники БГМУ. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2020;15:3(87):9—12.
11. Переходов С. Н., Сакварелидзе Н. Ю., Цахилова С. Г., Лунина Е. В. Перепрофилирование родильного дома в инфекционный госпиталь в условиях пандемии коронавирусной инфекции. *Здоровье мегаполиса*. 2021;2(1):36—40. doi: 10.47619/2713—2617.zm.2021.v2i1;36—40
12. Коршевер Н. Г., Сидельников С. А. Многовекторный способ оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;23(5):16—19.
13. Коршевер Н. Г., Сидельников С. А., Фомин В. В., Рююк В. В., Решетников В. А. Способ оценки успешности межсекторального взаимодействия по борьбе с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в субъекте Российской Федерации. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2022;4:65—69. doi: 10.35177/1994-5191-2022-4-11
14. Мишин В. М. Исследование систем управления. 2-изд. стереотип. М.: ЮНИТИ-ДАНА; 2005:527.
15. Анохин А. М., Глотов В. А., Павельев В. В., Черкашин А. М. Методы определения коэффициентов важности критериев. *Автоматика и телемеханика*. 1997;8:3—35.
16. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Медицина; 1980. С. 196.
17. Кожевников А. А. Особенности применения системного подхода при оценке степени эффективности процесса управления в сфере здравоохранения. *Управление большими системами: сборник трудов*. 2020;84:152—176. doi: 10.25728/ubs.2020.84.8
18. Коршевер Н. Г., Рююк В. В., Сидельников С. А. Взаимодействие заинтересованных в охране здоровья населения секторов государства и общества в условиях пандемии COVID-19: системное исследование. *Профилактическая медицина*. 2022;25(6):27—32. doi: 10.17116/profmed20222506127
19. Дьяченко С. В., Красножон Т. В., Гороховский В. С., Егорова Е. А. Фармакоэпидемиологический анализ динамики потребления антимикробных препаратов, в связи с перепрофилированием медицинской организации в провизорный госпиталь, для оказания медицинской помощи пациентам с COVID — 19. *The scientific heritage*. 2023;110(110):53—61. doi: 10.5281/zenodo.7804547
20. Силаев Б. В., Вечорко В. И., Проценко Д. Н., Аверков О. В., Халикова Е. Ю. Минимальная потребность в реанимационных койках и дыхательном оборудовании в учреждениях, перепрофилированных под лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19. *Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова*. 2020;(2):34—40. doi:10.21320/1818-474X-2020-2-34-40
21. Смирнова В. А., Большакова А. Н., Лебедева М. А. Организация мероприятий инфекционной безопасности и инфекционного контроля при перепрофилировании педиатрического корпуса ГАУЗ СО «ОДКБ» на оказание медицинской помощи пациентам с ОРВИ, пневмонией с подтвержденным COVID-19. Контроль и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП-2020) Сборник тезисов. VIII Конгресс с международным участием. Москва, 25—27 ноября 2020 года. М.: Издательство: ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора; 2020:118.
22. Полиданов М. А., Ерошина О. Д., Блохин И. С., Скороход А. А., Алиева С. Г., Шербакова И. В. Медицинская информационная система Барс оптимизации системы управления ЛПУ. *Modern science*. 2020;(2—1):233—237.
23. Агиров А. Х., Алехнович А. В., Белашев Б. П., Гукасов В. М., Захаров В. А., Коньшев И. С. и др. Системы интеллектуальной поддержки управленческих решений по противодействию биологическим и химическим угрозам в здравоохранении. *Медицина и высокие технологии*. 2021;1:9—20. doi: 10.34219/2306-3645-2021-11-4-9-20
24. Moreno-Calderón A., Tong T. S., Thokala P., Multi-criteria Decision Analysis Software in Healthcare Priority Setting: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 2020;38(3):269—283. doi: 10.1007/s40273-019-00863-9

## REFERENCES

4. Dzhioev B. I., Gluzmin M. I., Shevchenko A. G., Egorova E. V., Shevchenko M. N., Gluzmina M. M., i dr. Opyt raboty KVD v mirovuyu pandemiyu v kachestve COVID-gospitalya v Krasnodarskom krae. *Actual problems of infectious pathology in the South of Russia: Collection of Materials of the XV scientific and practical conference. Ministry of Health of the Russian Federation, Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Kuban State Medical University of the Ministry of Health of Russia, GBUZ «Specialized Clinical Infectious Diseases Hospital» of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, ANO «Commonwealth of Professional Assistance to Doctors of the North-West». Krasnodar, June 10—11, 2021. Krasnodar: Individual entrepreneur Kabanov Viktor Boleslavovich (Novation Publishing House). [The experience of the KVD in the global pandemic as a COVID hospital in the Krasnodar Territory]. 2022;67—69 (in Russian).*
5. Esipov A. V., Pavlov A. I., Nemytin Yu. V., Solovov A. V., Khaev A. V. Organizatsiya spetsializirovannoy meditsinskoj pomoshchi patsientam s novoy koronavirusnoy infektsiej COVID-19 na baze mnogoprofil'nogo stacionara. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. [Organization of specialized medical care for patients with a new coronavirus infection COVID-19 on the basis of a multidisciplinary hospital]. 2021;3(1):163—169 (in Russian). doi: 10.36425/rehab63589
6. Karpov O. E., Orlova O. A., Gusarov V. G., Pivkina A. I., Gaboyan Ya. S., Silaeva N. A. i dr. Organizatsiya okazaniya meditsinskoj pomoshchi v federal'nom mnogoprofil'nom meditsinskom uchrezhdenii v usloviyakh pandemii. *Bulletin of Roszdravnadzor*. [Organization of medical care in a federal multidisciplinary medical institution in a pandemic]. 2020;4:67—75 (in Russian). doi: 10.35576/2070-7940-2020-4-67-75
7. Malgina G. B., Bashmakova N. V., Davydenko N. B., Pepelyaeva N. A. Opyt organizatsii pereprofilirovaniya federal'nogo perinatal'nogo tsentra dlya okazaniya meditsinskoj pomoshchi patsientam s novoy koronavirusnoy infektsiej. *Bulletin of Roszdravnadzor*. [Experience in organizing the conversion of the federal perinatal center to provide medical care to patients with a new coronavirus infection]. 2020;4:53—59 (in Russian). doi: 10.35576/2070-7940-2020-4-53-59
8. Mendel S. A., Mikhailov D. Yu., Konkov A. V. Okazanie meditsinskoj pomoshchi i kodirovanie diagnozov patsientov s COVID-19 v klinicheskom gospitale mediko-sanitarnoy chasti MVD Rossii po g. Moskve. *Medical Bulletin of the Ministry of Internal Affairs*. [Rendering medical care and coding diagnoses of patients with COVID-19 in the clinical hospital of the medical and sanitary part of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow]. 2022;5(120):59—62 (in Russian).
9. Nikitin I. V., Melekhov A. G., Sayfullin M. A., Agafonov S. S., Bedritskiy S. A., Vishninskiy A. A. i dr. Organizatsiya okazaniya medicinskoj pomoshchi bol'nym COVID-19 v neinfekcionnom stacionare g. Moskvy: opyt pereprofilirovaniya. *Terapevticheskij arhiv*. [Organizing the medical care for the COVID-19 patients in non-infectious Moscow hospital: reassignment experience]. 2020;11:31—37 (in Russian). doi: 10.26442/00403660.2020.11.000838.
10. Pavlov V. N., Bulatov Sh. E., Viktorov V. V., Efremova O. A., Tyurin A. V., Khusainova L. N. i dr. Ob okazanii meditsinskoj pomoshchi patsientam s novoy koronavirusnoy infektsiej COVID-19 v gospitale na baze kliniki BGMU. *Medical Bulletin of Bashkortostan*. [About rendering medical care to patients with a new coronavirus infection COVID-19 in a hospital based on the BSMU clinic]. 2020;15:3(87):9—12 (in Russian).
11. Perekhodov S. N., Sakvarelidze N. Yu., Tsakhilova S. G., Lunina E. V. Pereprofilirovanie rodil'nogo doma v infektsionnyy gospi-tal' v usloviyakh pandemii koronavirusnoy infektsii. *Health of megapolis*. [Repurposing a maternity hospital into an infectious hospital in conditions of a coronavirus infection pandemic]. 2021;2(1):36—40. (in Russian) doi: 10.47619/2713—2617.zm.2021.v2i1:36—40
12. Korshever N. G., Sidel'nikov S. A. Mnogovektornyy sposob otsenki mezhsektoral'nogo vzaimodeystviya po voprosam okhrany zdorov'ya naseleniya. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. [A multi-vector method for assessing intersec-toral interaction on public health issues]. 2015;23(5):16—19. (in Russian).
13. Korshever N. G., Sidel'nikov S. A., Fomin V. V., Royuk V. V., Reshetnikov V. A. Sposob otsenki uspeshnosti mezhsektoral'nogo vzaimodeystviya po bor'be s novoy koronavirusnoy infektsiej (COVID-19) v sub'ekte Rossiyskoy Federatsii. *Far Eastern Medical Journal*. [A method for assessing the success of intersectoral co-operation to combat new coronavirus infection (COVID-19) in the subject of the Russian Federation]. 2022;4:65—69. (in Russian). doi: 10.35177/1994-5191-2022-4-11
14. Mishin V. M. Issledovanie sistem upravleniya. 2nd ed. Moscow: YuNITI-DANA. [Research of control systems]. 2005. (in Russian).
15. Anokhin A. M., Glotov V. A., Pavel'ev V. V., Cherkashin A. M. Metody opredeleniya koeffitsientov vazhnosti kriteriev. *Automation and telemekhanics*. [Methods for determining the coefficients of the importance of criteria]. 1997;8:3—35. (in Russian).
16. Anokhin P. K. Uzlovye voprosy teorii funktsional'nykh sistem. M.: Meditsina. [Nodal issues of the theory of functional systems]. 1980;196. (in Russian).
17. Kozhevnikov A. A. Osobennosti primeneniya sistemnogo podkhoda pri otsenke stepeni effektivnosti protsessov upravleniya v sfere zdavookhraneniya. *Upravlenie bol'shimi sistemami: sbornik trudov*. [Features of the application of a systematic approach in assessing the degree of effectiveness of the management process in the field of healthcare]. 2020;84:152—176. (in Russian). doi: 10.25728/ubs.2020.84.8
18. Korshever N. G., Royuk V. V., Sidel'nikov S. A. Vzaimodeystvie zainteresovannykh v okhrane zdorov'ya naseleniya sektorov gosudarstva i obshchestva v usloviyakh pandemii COVID-19: sistemnoe issledovanie. *Preventive medicine*. [Interaction of sectors of the state and society interested in protecting public health in the conditions of the COVID-19 pandemic: a systematic study]. 2022;25(6):27—32. (in Russian). doi: 10.17116/profmed20222506127
19. D'yachenko S. V., Krasnozhen T. V., Gorokhovskiy V. S., Egorova E. A. Farmakoepidemiologicheskyy analiz dinamiki potrebleniya antimikrobnyykh preparatov, v svyazi s pereprofilirovaniem meditsinskoj organizatsii v provizornyiy gospi-tal', dlya okazaniya meditsinskoj pomoshchi patsientam s COVID — 19. *The scientific heritage*. [Pharmacoepidemiological analysis of the dynamics of antimicrobial drug consumption, in connection with the conversion of a medical organization into a dispensary hospital to provide medical care to patients with COVID — 1]. 2023;110:53—61. (in Russian). doi: 10.5281/zenodo.7804547
20. Silaev B. V., Vechorko V. I., Protzenko D. N., Averkov O. V., Khalikova E. Yu. Minimal'naya potrebnost' v reanimatsionnykh koykakh i dykhatel'nom oborudovanii v uchrezhdeniyakh, pereprofilirovannykh pod lechenie novoy koronavirusnoy infektsii COVID-19. *Bulletin of Intensive Care named after A. I. Saltanov*. [Minimal need for intensive care beds and respiratory equipment in institutions repurposed for the treatment of the new coronavirus infection COVID-19]. 2020;2:34—40. (in Russian). doi: 10.21320/1818-474X-2020-2-34-40
21. Smirnova V. A., Bol'shakova A. N., Lebedeva M. A. Organizatsiya meropriyatiy infektsionnoy bezopasnosti i infektsionnogo kontrolya pri pereprofilirovanii pediatricheskogo korpusa GAUZ SO «ODKB» na okazanie meditsinskoj pomoshchi patsientam s ORVI, pnevmoniey s podtverzhdennym COVID-19. *Control and prevention of infections associated with the provision of medical care (ISMP-2020) Collection theses. VIII Congress with international participation. Moscow, November 25—27, 2020. Moscow: Publishing House: Federal State Budgetary Institution of the Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor*. [Organization of infectious safety and infection control measures during the conversion of the pediatric building of the State Medical Institution of the CSTO for the provision of medical care to patients with acute respiratory viral infections, pneumonia with confirmed COVID-19]. 2020;118. (in Russian).
22. Polidanov M. A., Eroshina O. D., Blokhin I. S., Skorokhod A. A., Alieva S. G., Shcherbakova I. V. Meditsinskaya informatsionnaya sistema Bars optimizatsii sistemy upravleniya LPU. *Modern science*.

[Medical information system Bars optimization of the health care management system]. 2020;2—1:233-237. (in Russian).

23. Agirov A. Kh., Alekhovich A. V., Belashev B. P., Gukasov V. M., Zakharov V. A., Konyshv I. S. Sistemy intellektual'noy podderzhki upravlencheskikh resheniy po protivodeystviyu biologicheskim i khimicheskim ugrozam v zdravookhraneni i dr. *Medicine and high technologies*. [Systems of intellectual support of manage-

ment decisions on countering biological and chemical threats in healthcare]. 2021;1:9—20. (in Russian). doi: 10.34219/2306-3645-2021-11-4-9-20

24. Moreno-Calderón A., Tong T. S., Thokala P., Multi-criteria Decision Analysis Software in Healthcare Priority Setting: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 2020; =38(30):269—283. doi: 10.1007/s40273-019-00863-9

**Вклад авторов:** В.В.Р. — концепция и дизайн исследования, статистическая обработка данных, написание текста; В.В.Ф. — концепция и дизайн исследования, написание текста; В.А.Р. — концепция и дизайн исследования, написание текста; С.А.С. — сбор материала, статистическая обработка данных, редактирование; Н.Г.К. — концепция и дизайн исследования, сбор материала, написание текста, редактирование.

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует предоставления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Contribution of the authors:** V.V.R. — research concept and design, statistical data processing, text writing; V.V.F. — research concept and design, text writing; V.A.R. — research concept and design, text writing; S.A.S. — material collection, statistical data processing, editing; N.G.K. — research concept and design, material collection, text writing, editing.

Compliance with ethical standards. The study does not require the submission of the conclusion of the Biomedical ethics committee.

Source of funding. The study had no sponsorship.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.10.2023; одобрена после рецензирования 19.02.2024; принята к публикации 05.02.2024.

The article was submitted 25.10.2023; approved after reviewing 19.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.011

## Роль общественных организаций в развитии экспорта медицинских услуг: кейс Ассоциации медицинского туризма

Полина Игоревна Ананченкова<sup>1</sup>, Мария Евгеньевна Врубель<sup>2</sup>, Сергей Юрьевич Белошистый<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>1,3</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>ananchenkova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3683-5168>

<sup>2</sup>mariavrubel@gmail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-2061-9403>

<sup>3</sup>sergei\_beloshisty@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0009-0767-5987>

**Аннотация.** Существенный вклад в развитие экспорта медицинских услуг вносят общественные организации: ассоциации, партнерства, профессиональные союзы и иные некоммерческие объединения национального и международного уровня, деятельность которых в той, или иной степени касается вопросов экспорта медицинских услуг. Сегодня многие профессионалы — участники рынка медицинского туризма объединяются в общественные (некоммерческие неправительственные) организации для развития отрасли. Подобные объединения помогают в решении широкого спектра задач (в том числе, поиск партнеров, привлечение пациентов, развитие бренда, сертификация и аккредитация и пр.). В мире функционируют разного уровня общественные организации, деятельность которых вносит существенный вклад в развитие рынка медицинского туризма. Общественные организации объединяют профессионалов отрасли, обеспечивают ресурсную поддержку ее развития, формируют нормы и уровни качества оказываемых услуг и в целом обеспечивают устойчивое развитие сферы медицинского туризма.

**Ключевые слова:** медицинские услуги, медицинский туризм, рынок, общественные организации, развитие рынка.

**Для цитирования:** Ананченкова П. И., Врубель М. Е., Белошистый С. Ю. Роль общественных организаций в развитии экспорта медицинских услуг: кейс Ассоциации медицинского туризма // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 77—82. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.011.

Original article

## The role of public organizations in the development of the export of medical services: the case of the Medical Tourism Association

Polina I. Ananchenkova<sup>1</sup>, Maria E. Vruble<sup>2</sup>, Sergei Yu. Beloshisty<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>1,3</sup>Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of  
Moscow, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>ananchenkova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3683-5168>

<sup>2</sup>mariavrubel@gmail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-2061-9403>

<sup>3</sup>sergei\_beloshisty@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0009-0767-5987>

**Annotation.** Public organizations make a significant contribution to the development of the export of medical services: associations, partnerships, trade unions and other non-profit associations at the national and international levels, whose activities to varying degrees relate to the export of medical services. Today, many professionals participating in the medical tourism market unite in public (non-profit non-governmental) organizations for the development of the industry. Such associations help in solving a wide range of tasks (including finding partners, attracting patients, brand development, certification and accreditation, etc.). There are various levels of public organizations in the world, whose activities make a significant contribution to the development of the medical tourism market. Public organizations unite industry professionals, provide resource support for its development, form standards and quality levels of services provided and generally ensure the sustainable development of the medical tourism sector.

**Key words:** medical services, medical tourism, market, public organizations, market development.

**For citation:** Ananchenkova P. I., Vruble M. E., Beloshisty S. Yu. The role of public organizations in the development of the export of medical services: the case of the Medical Tourism Association. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):77–82. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.011.

### Введение

Медицинский туризм как сфера экономической и медицинской деятельности находится на пересе-

чении двух важных для народного хозяйства отраслей: здравоохранения и туризма. Подобный синтез обеспечивает данный сектор неоспоримыми конку-

рентными преимуществами, что формирует основу для его устойчивого развития. «Наибольшими темпами роста в сфере мирового туризма выделяется сегодня сектор медицинского туризма. Более пяти десятков стран считают развитие медицинского туризма стратегической задачей государственной политики ... Медицинский туризм оказывает огромное влияние современное здравоохранение» [1].

Хотя оказание/ получение медицинской помощи лежит в основе медицинского туризма, он также включает в себя и иные услуги, такие как проезд, проживание, питание, экскурсионное обслуживание и пр. В результате такой динамичной структуры сектора многие заинтересованные стороны, такие как поставщики медицинских услуг, медицинские работники, туристические компании, объекты размещения и страховые компании, играют значимую роль в эффективном функционировании рынка.

Современный рынок медицинского туризма развивается не только благодаря мотивации медицинских туристов на получение соответствующей помощи за пределами региона проживания. Этому также способствуют международные отношения, снижение визовых формальностей, информационная (прежде всего, интернет) доступность, повышение доходов граждан на фоне увеличения продолжительности жизни и ориентации граждан на здоровьесбережение. Все это в совокупности привело к «возникновению новых перспективных видов туризма, среди которых необходимо отдельно отметить посещение туристских дестинаций с целью получения широкого спектра разнообразных медицинских услуг, которые ограничены не только лечебными операциями, вплоть до хирургического вмешательства, но и комплексом сопутствующих процедур, а именно: профилактики хронических заболеваний, превентивной диагностики на ранних этапах развития заболеваний, оздоровительных действий и реабилитации после перенесенных осложнений или операции» [2].

«Медицинский туризм — это уникальная система, которая является активной частью жизни населения более 50 стран мира, где ее развитие рассматривают как одну из целей национальной политики. За последние 15 лет международный медицинский туризм значительно изменился, приобрел единые стандарты оценки, системность и свою специфическую структуру: агентства медицинского туризма, медицинский менеджмент, органы по аккредитации, юридические компании, специализирующиеся в этой сфере, и др.» [3].

Таким образом, медицинский туризм требует целостного подхода на государственном уровне к планированию, обеспечению, продвижению и координации всех связанных с этим мероприятий при условии, что страны, или отдельные регионы намерены стать направлением медицинского туризма.

Цель настоящей работы — рассмотреть деятельность общественных организаций (на примере Ассоциации медицинского туризма) и их роль в развитии глобального рынка медицинского туризма.

## Материалы и методы

При работе над темой были использованы методы анализа и синтеза, вторичного анализа данных исследования Ассоциации медицинского туризма. Исследование проводилось методом анкетного опроса представителей медицинского и туристского сообщества: медицинские работники больниц, поликлиник и других организаций здравоохранения (29,1%) и фасилитаторы медицинского туризма (25,0%); другие участники включали частных инвесторов, ученых, медицинские страховые компании, плательщиков медицинских взносов, фармацевтические компании и другие частные компании, включая юристов, архитекторов и некоммерческие организации. Общее число респондентов — 221 человек.

## Результаты и обсуждение

Медицинский туризм, несмотря на неуклонный рост, по-прежнему сталкивается со значительными проблемами, которые мешают ему полностью реализовать свой истинный потенциал. Эти проблемы распространяются по нескольким направлениям, влияя на доступ населения к качественному медицинскому обслуживанию за рубежом, интеграцию передовых технологий и бесперебойную связь между поставщиками медицинских услуг и их целевыми рынками. Существенный вклад в решение указанных проблем вносят общественные организации: ассоциации, партнерства, профессиональные союзы и иные некоммерческие объединения национального и международного уровня, деятельность которых в той, или иной степени касается вопросов экспорта медицинских услуг.

На глобальном рынке медицинского туризма функционируют различные общественные организации (ассоциации, союзы и пр.), имеющие поли- и моно-направленную специализацию. Среди них можно назвать следующие:

- Всемирная организация медицинского туризма (WMTO)<sup>1</sup> — некоммерческая неправительственная организация, основным направлением деятельности которой является разработка инновационных концепций, стимулирующих рост въездного медицинского и оздоровительного туризма через установление надежных стандартов работы с иностранными пациентами, расширение оптимальных каналов привлечения иностранных пациентов в разные страны и города, а также обеспечение сертификации отелей, спа-курортов и клиник.
- Европейский альянс медицинского туризма (EuMTA)<sup>2</sup> — некоммерческая организация, базирующаяся в Венгрии, которая представляет интересы заинтересованных сторон в индустрии медицинского туризма, координирует их деятельность и улучшает мобильность пациентов. Одна из его целей — предоставить убедительное альтернативное решение недо-

<sup>1</sup> WMTO. URL: <https://worldmedicaltourism.org/>

<sup>2</sup> EuMTA. URL: <http://eumta.org>

Таблица 1

## Направления и виды деятельности МТА

Направления деятельности	Виды деятельности
Повышение осведомленности потребителей медицинских услуг	MedicalTourism.com — ведущий веб-сайт в области медицинского туризма. В настоящее время доступен более чем на 30 языках; Путеводители по направлениям медицинского туризма; Мониторинг прозрачности ценообразования и качества оказания медицинской помощи; Обзор программ и инициатив медицинских организаций и иных поставщиков медицинских услуг; Рекомендации по принятию решений потребителями — медицинскими туристами
Программы и инициативы в области общественного здравоохранения и для медицинских организаций	Программы формального обучения и сертификации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь иностранным пациентам; Руководства по направлению иностранных пациентов на госпитализацию; Развитие бренда направлений и организаций медицинского туризма; Дорожные карты развития медицинских организаций в рамках экспорта медицинских услуг; Управление медицинским туризмом; Технико-экономические обоснования и рыночные отчеты; Направления пациентов и лиды.

ными по вопросам получения медицинской помощи за рубежом посредством продуктов медицинского туризма.

Рассмотрим деятельность общественных организаций по развитию рынка медицинского туризма на примере Ассоциация медицинского туризма.

МТА определяет себя как глобальная некоммерческая организация, которая обучает и защищает интересы индустрии медицинского туризма и международных пациентов. Ассоциация стремится предоставлять пациентам широкий выбор услуг в области здравоохранения по всему миру. Делается это через повышение осведомленности потребителей о медицинских поездках, а также через вклад в рост и инфраструктуру мирового медицинского сообщества (таблица 1). В условиях, когда миллионы пациентов ежегодно выезжают за медицинской помощью, создание безопасной и устойчивой отрасли является более важным, чем когда-либо.

Ассоциация медицинского туризма в сотрудничестве с Международным исследовательским центром здравоохранения (основной целью Международного исследовательского центра здравоохранения (International Healthcare Research Center — IHRC) является содействие прозрачности и улучшение качества здравоохранения во всем мире, управление здоровьем населения, расширение доступа к медицинской помощи и удобство обслуживания потребителей) и консалтинговой компанией «Global Healthcare Resources» выступила с инициативой по созданию условий для саморазвития медицинского туризма, направленной на устранение барьеров для медицинских поездок. Устраняя препятствия, препятствующие росту индустрии медицинского туризма, это движение стремится привлечь примерно 5 миллионов новых медицинских туристов к 2028 году<sup>6</sup>.

статков в системе здравоохранения США, Европы и других частей мира. EuMTA также придерживается европейских принципов группировки экономических интересов, призванных облегчить экономическую деятельность членов.

— Ассоциация страховых компаний, страховых агентств, сторонних администраторов и связанных с ними предприятий, занимающихся страхованием путешествий и сопутствующими продуктами, известна как Ассоциация страхования путешествий США (UStiA)<sup>3</sup>. Их цель состоит в том, чтобы путешественники имели недорогой доступ к защите и помощи в путешествиях.

— Международная ассоциация медицинской помощи путешественникам (IAMAT)<sup>4</sup> — присуждает стипендии врачам и медсестрам из стран, где медицина путешествий является развивающейся специальностью. Эксперты ассоциации внедряют медицинские услуги в поездках и повышают стандарты здравоохранения в своем сообществе, принося пользу местным пациентам и путешественникам. Чтобы расширить знания и практику в области здоровья во время путешествий, ассоциация спонсирует образовательные и информационные продукты о последних исследованиях в области путешествий и тропической медицины.

— Ассоциация медицинского туризма (Medical Tourism Association — MTA)<sup>5</sup> — некоммерческая организация, деятельность которой направлена на устранение барьеров на пути к доступному, прозрачному медицинскому обслуживанию мирового класса. Основанная в Соединенных Штатах Америки в 2007 году, МТА ориентирует свою деятельность на охрану здоровья граждан через повышение их осведомленности об организованных поездках для получения медицинской помощи за пределами границ региона проживания, одновременно способствуя внедрению лучших практик в отрасли. Цель МТА — упростить взаимодействие и ведение бизнеса заинтересованным сторонам отрасли, будь то поставщик медицинских услуг, направляющая организация (покупатель) или медицинский турист. Ассоциация работает с правительствами, поставщиками медицинских услуг, страховщиками и другими заинтересованными сторонами от разработки концепции их проекта до запуска и на протяжении всей коммерциализации; тесно сотрудничает со многими ведущими фасилитаторами, страховыми компаниями и сторонними администраторами, реализующими гуманитарную миссию — помочь миллионам потребителей по всему миру стать осведомлен-

<sup>3</sup> UStiA. URL: <https://www.travelinsurance.com>

<sup>4</sup> IAMAT. URL: <https://www.iamat.org>

<sup>5</sup> MTA. URL: <https://www.medicaltourismassociation.com>



Рис. 1. Основные проблемы развития бизнеса в сфере медицинского туризма.

Программа «Саморазвитие медицинского туризма» (Medical Tourism Moonshot — далее Moonshot) решает проблемы, сдерживающие рост и потенциал индустрии медицинского туризма, и является основой для формирования здравоохранения будущего, доступ к которому будет у каждого. Эти проблемы являются результатом совокупности сдерживающих факторов, включая ограниченный доступ к данным, огромный разрыв в информационном и ином ресурсном обеспечении между организациями, направляющими и принимающими пациентов, неоптимальная или неэффективная организация поездок пациентов, отсутствие доступа к нужным технологиям, неэффективные инвестиции в маркетинговые программы медицинских путешествий и явный разрыв на рынке между участниками отрасли, покупателями медицинских услуг и их поставщиками.

Программа «Саморазвитие медицинского туризма» объединяет заинтересованные стороны отрасли, чтобы устранить искусственные препятствия на пути роста отрасли и проложить путь к улучшению результатов здравоохранения и быстрому оказанию медицинской помощи миллионам пациентов, ищущих решения своих медицинских потребностей.

Чтобы лучше понять проблемы и возможности отрасли, Ассоциация медицинского туризма провела опрос, в котором приняли участие более 200 участников со всего мира, представляющих медицинские организации, фасилитаторов, страховые компании и других лидеров отрасли. В ходе исследования были определены возможности для бизнеса в индустрии медицинского туризма, мотивы присоединения к программе Moonshot а также проблемы, влияющие на развитие экспорта медицинских услуг и инструменты для их решения.

Респонденты, участвовавшие в опросе, предлагали услуги медицинского туризма во всех регионах мира, но большинство респондентов были из Азии

(30,4%), Северной Америки (27,6%), Ближнего Востока (15,8%) и Европы (13,1%).

Респонденты проанализировали ряд проблем, с которыми они сталкиваются при достижении своих рыночных целей и увеличении числа пациентов. Согласно опросу, крупнейшими проблемами, ограничивающими рост, для участников рынка были проблемы маркетинга, нехватка потенциальных клиентов и количество обращений (рисунок 1).

Достижение вышеуказанных целей требует набора эффективных стратегий, направленных на улучшение обслуживания пациентов. Лидеры рынка решений, способствующих росту своего бизнеса, хотят оптимизировать доступ к решениям для оздоровительных путешествий (49,7%). В качестве иных решений респонденты назвали:

- расширение доступа поставщиков медицинских услуг к глобальной сети — 43,2%
- сбор релевантных данных со всего мира (39,2%)
- программа сертификации и аккредитации (37,5%)
- доступ к обучению медицинскому туризму (21,7%).

На вопрос о том, какие еще решения они хотели бы использовать для улучшения роста своего рынка, большинство респондентов назвали наставничество (57,9%) в качестве ключевой стратегии. Около 46,6% респондентов выбрали сертификацию, 47,5% — обучение и 43,9% — аккредитацию.

Кроме того, 44,8% заявили, что членство в соответствующих ассоциациях станет еще одним решением, которое они хотели бы помочь им реконструировать свой бизнес для привлечения большего числа клиентов.

Три основные причины, по которым участники присоединились к Moonshot, включают желание объединиться с профессионалами-единомышленниками (74,2%), сделать свой бренд более целенаправленным (57,9%), лучше согласовать свою организацию с профессиональными целями (46,1%).



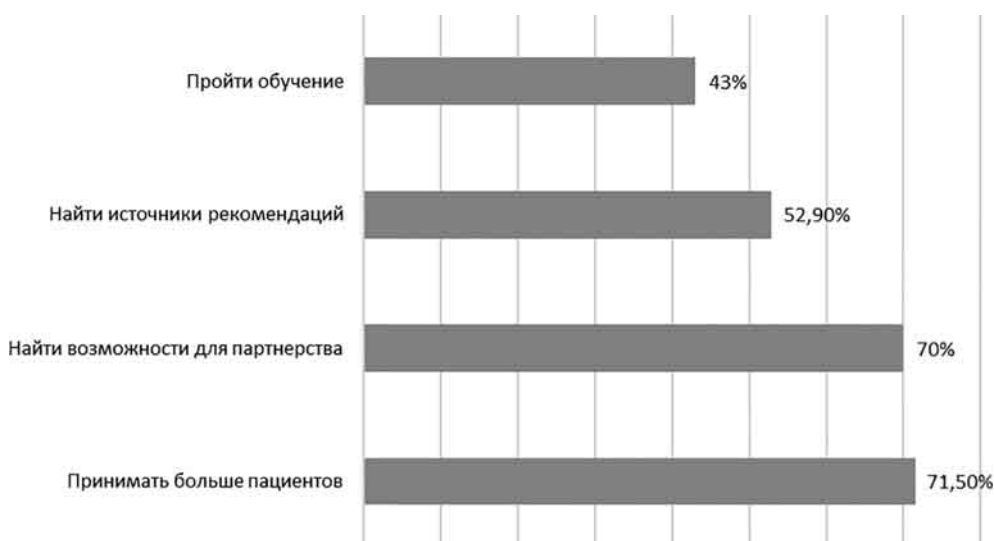


Рис. 2. Задачи, решаемые с помощью профессионального сообщества.

Главной целью присоединения к сети является возможность принимать больше пациентов, что демонстрирует глобальную потребность в увеличении числа пациентов. Основные задачи участников рынка, которые могут быть решены за счет участие в профессиональном сообществе представлены на рисунке 2.

Следует отметить, что общественные организации медицинского туризма в полной мере способны обеспечить ресурсы для решения указанных задач. Так, например, EuMTA и MTA на базе своих интернет-порталов аккумулируют базы данных партнеров — национальных туристских и медицинских организаций, готовых участвовать в программах привлечения и направления пациентов — медицинских туристов. Подобные базы данных являются полезным ресурсом для поиска партнеров, создания совместных медико-туристских программ и иных профессиональных коллабораций.

Ассоциация медицинского туризма предлагает пользователям серию обучающих вебинаров по вопросам визового обеспечения, транспортной поддержки и особенностей размещения туристов (в том числе в медицинских отелях), а также по ряду других тем. Аналогичные ресурсы создают и размещают и другие общественные организации.

Важное значение общественные организации медицинского туризма, в том числе и Ассоциация медицинского туризма, придают вопросам профессионализма операторов рынка и обеспечения качества услуг как в рамках туристской поддержки, так и в рамках оказания медицинской помощи иностранным пациентам. В рамках этого направления создаются и реализуются сертификационные курсы для профессионалов, цели обучения которых направлены на развитие соответствующих компетенций:

- понимание мотивов медицинских поездок и ключевых заинтересованных сторон;
- определение потребностей и ожиданий медицинских путешественников;
- представление о непрерывности медицинского обслуживания в поездках;

- вопросы ценообразования, оплаты, снижения рисков и маркетинга;
- разработка бизнес-планов медицинского туризма и дорожных карт привлечения и обслуживания медицинских туристов и пр..

### Заключение

Таким образом, на основе проведенного исследования можно сделать ряд выводов:

1. Общественные организации являются неотъемлемой частью рынка медицинского туризма, институциональными образованиями, объединяющими профессионалов рынка для различных целей, сфокусированных на устойчивом развитии отрасли.

2. За счет поли- направленной деятельности общественные организации медицинского туризма способны аккумулировать ресурсы и предлагать своим участникам широкий перечень поддерживающих материалов: образовательные и сертификационные программы, базы данных национальных и международных партнеров, обзоры законодательных и иных национальных и региональных инициатив, влияющих на развитие отрасли, аналитические данные и результаты исследований.

3. Общественные организации выступают значимым рычагом давления на отрасль с целью ее развития, повышения качества предоставляемых услуг и оказываемой помощи пациентам, а также гарантом соответствующего профессионального и компетентного уровня специалистов — непосредственных исполнителей заявляемых услуг.

В целом можно отметить высокую значимость некоммерческих неправительственных организаций в вопросах ресурсного обеспечения отрасли медицинского туризма, а также как инструмента ее устойчивого развития.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Мустафаева З. А., Тетуева А. Х. Современные тенденции на рынке медицинского туризма. Сборник статей XXII Международной научно-практической конференции «Фундаменталь-

- ные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации». Пенза: Наука и Просвещение; 2019. С. 127—132.
- Игнатова Е. В. Оценка предпосылок развития медицинского туризма в посткризисный период. *Журнал правовых и экономических исследований*. 2020;(3):139—143.
  - Кочкурова Е. А., Васильева О. Л., Носкова В. А., Кочкуров А. С. Региональные проблемы организации экспорта медицинских услуг и развития медицинского туризма. *Человек. Спорт. Медицина*. 2023;23(S1):188—194.

#### REFERENCES

- Mustafaeva Z. A., Tetueva A. H. Modern trends in the medical tourism market. Collection of articles of the XXII International Scientific and Practical Conference «Fundamental and Applied scientific research: current issues, achievements and innovations». Penza: Science and Education; 2019. P. 127—132 (in Russian).
- Ignatova E. V. Assessment of the prerequisites for the development of medical tourism in the post-crisis period. *Journal of Legal and Economic Research*. 2020;(3):139—143 (in Russian).
- Kochkurova E. A., Vasilyeva O. L., Noskova V. A., Kochkurov A. S. Regional problems of organization of export of medical services and development of medical tourism. *Man. Sport. Medicine*. 2023;23(S1):188—194 (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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 27.02.2024; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 27.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.012

## Актуальные проблемы применения планово-нормативных данных для организации медицинской помощи по гериатрии

Валентина Михайловна Шипова<sup>1</sup>, Нана Емзаровна Шаматава<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

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

<sup>2</sup>4951547489@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-8733-2222>

**Аннотация.** В публикации представлен анализ нормативно-правовых документов, определяющих планирование объема медицинской помощи, организацию и нормирование труда по профилю «гериатрия». Выявлены недостатки и ошибочные положения, характерные для современной нормативно-правовой базы по труду и свойственные подавляющему большинству приказов о Порядках по другим профилям медицинской помощи. Итоги специально проведенных расчетов показали значительные противоречия в величинах планового числа геронтологических коек, полученных при применении Разъяснений к территориальным программам государственных гарантий и при использовании Приказа о Порядке оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». В статье приведены мероприятия по совершенствованию штатного обеспечения гериатрической помощи населению.

**Ключевые слова:** гериатрия, нормы труда, планирование.

**Для цитирования:** Шипова В. М., Шаматава Н. Е. Актуальные проблемы применения планово-нормативных данных для организации медицинской помощи по гериатрии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 83—89. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.012.

Original article

## Current problems of the application of planning and regulation data for the organization of medical care for geriatrics

Valentina M. Schipova<sup>1</sup>, Nana Ye. Shamatava<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

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

<sup>2</sup>4951547489@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-8733-2222>

**Abstract.** The publication presents an analysis of legal documents that determine the planning of the volume of medical care, the organization and regulation of work in the field of «geriatrics». The shortcomings and erroneous provisions that are characteristic of the modern legal and regulatory framework for labor and are characteristic of the vast majority of orders on Orders for other profiles of medical care are revealed. The results of specially carried out calculations showed significant contradictions in the planned number of gerontological beds obtained by applying the Clarifications to the territorial programs of state guarantees and by using the Order on the Procedure for the provision of medical care in the field of «geriatrics». The article presents measures to improve the regular provision of geriatric care to the population.

**Keywords:** geriatrics, labor standards, planning.

**For citation:** Schipova V. M., Shamatava N. Ye. Current problems of the application of planning and regulation data for the organization of medical care for geriatrics. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(1):83–89. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.012.

### Введение

Одной из основных тенденций в развитии демографической ситуации в стране является увеличение доли лиц старших возрастов в структуре населения страны. Кадровое обеспечение медицинской помощи этому контингенту населения с учетом особенностей заболеваемости, образа жизни, формирования гипомобильности и ряда других факторов играет важную роль в общей системе здравоохранения, в планировании подготовки соответствующих специалистов.

Медицинская помощь по гериатрии оказывается в амбулаторных и больничных условиях, в дневных стационарах. Штатные нормативы определены приказом Минздрава России, утвержденным в 2016 году<sup>1</sup>, и изменениями к этому документу, утвержденными в 2019 году<sup>2</sup>.

Основными задачами данной публикации является анализ указанных нормативно-правовых доку-

<sup>1</sup>Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»

Таблица 1

**Перечень нормативно-правовых документов Минздрава России по нормам времени на посещение врачей разных специальностей**

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа
1.	Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога	Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н
2.	Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта	Приказ Минздрава России от 19.12.2016 № 973н
3.	Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга	Приказ Минздрава России от 06.08.2020 № 810н
4.	О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023—2025 годы	Письмо Минздрава России от 30.01.2023 № 31—2/И/2—1387 (Приложение 13 п.2)

ментов в части норм труда, определение проблем, возникающих при их применении в практическом здравоохранении, и возможностей и механизма их решения.

### Материалы и методы

В исследовании использованы аналитический, экономический методы и метод экстраполяции.

### Результаты

Первоначальным этапом разработки норм труда для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по любой специальности является определение норм времени [1, 2; 3: с. 108]. В современной нормативно-правовой базе по труду приводятся нормы времени на посещение врачей амбулаторного приема по 16 врачебным специальностям. Перечень документов, устанавливающих эти показатели, приведен в таблице 1.

Нормы времени на посещение врачей амбулаторного приема, указанные в документах, приведенных в табл.1, не содержат дифференциации по месту оказания медицинской помощи: в поликлинике или на дому, а также по виду посещения: лечебно-диагностическое или консультативное. Посещения к врачу-гериатру носят консультативный характер и могут выполняться как в поликлинике, так и на дому.

Отсутствие данных по нормам времени на посещение к врачу-гериатру не позволяет провести расчеты норм нагрузки врача-гериатра в виде числа посещений на час приема, на смену работы, в год (плановая функция врачебной должности), а также провести расчеты численности персонала по объему ра-

боты. В связи с этим разработка и утверждение норм времени на посещение врача-гериатра является одной из важнейших задач совершенствования гериатрической помощи.

Основным показателем норматива должности врача-гериатра, как и любого другого врача при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях является численность населения. Эти данные указаны в приказе о Порядке, но использование их в практическом здравоохранении вызвало массу вопросов. Так, в первоначальном варианте приказа о Порядке оказания гериатрической помощи допущена нечеткость в установлении контингента населения для должности врача-гериатра: «1 из расчета на 20 000 и более прикрепленного населения пожилого и старческого возраста». В документе не было указано, какое население следует относить к пожилому и старческому возрасту, на который рассчитывается норматив. По данным ВОЗ нижней возрастной границей пожилого населения может рассматриваться как 60 лет, так и 65 лет, при этом пожилой возраст определяется как 65—74 г., старческий — 75—89 лет, долгожительство — 90 лет и старше [4]. В этих условиях в нормативно-правовом документе необходимо было четкое указание на возрастные группы данного контингента населения.

Возникают вопросы и по величине численности населения для установления должности врача-гериатра: «20000 и более». Можно предположить, что авторы приказа имели в виду такое положение, по которому должность врача-гериатра устанавливается из расчета на каждые 20 тыс. соответствующего контингента населения.

Уточнения в контингенте населения произошли лишь через 4 года после первоначального утверждения приказа № 38н путем внесения изменений в этот документ. В первоначальном варианте приказа, утвержденном в 2016 году, было указано, что «медицинская помощь по профилю «гериатрия» представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни».

Приказом № 1067н эта формулировка изменена на новую: «Медицинская помощь по профилю «гериатрия» представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого (60—74 года) и старческого (75 лет и старше) возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, автономности (независимости от посторонней помощи в повседневной жизни). Медицинская помощь по профилю «гериатрия» также оказывается пациентам иного возраста при наличии старческой астении». Как видно из приведенных сравнений, в нормативной записи приказа № 1046н, определен не только конкретный возрастной состав пациентов, но указано и определенное расширение

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 20.12.2019 № 1067н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н»

контингента за счет пациентов другого возраста при наличии старческой астении.

Изменения, внесенные приказом № 1067н, касаются и других важных сторон деятельности врачей-гериатров, в частности, таких, как:

- маршрутизация пациентов при оказании первичной специализированной медпомощи врачом-гериатром;
- направление пациентов при необходимости в медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь;
- создание гериатрических центров на базе гериатрических кабинетов амбулаторных подразделений в регионах с низкой численностью пожилого населения;
- уточнение показаний к госпитализации.

Непосредственное отношение к теме данной публикации являются рекомендации по созданию гериатрических центров на базе гериатрических кабинетов амбулаторных подразделений в регионах с низкой численностью пожилого населения.

Приказ № 1067н рекомендует в субъектах Российской Федерации с численностью населения пожилого и старческого возраста менее 135 тыс. человек расширить функции гериатрического отделения (кабинета) и дополнительно предусмотреть выполнение ими и функций гериатрического центра.

Функции гериатрического центра достаточно широки, они перечислены в рассматриваемом нормативно-правовом документе.

Выполнение этих дополнительных функций потребует определенных затрат рабочего времени врачей-гериатров отделений (кабинетов) в субъектах Российской Федерации с численностью населения пожилого и старческого возраста менее 135 тыс. человек и, следовательно, необходимости соответствующих штатных нормативов, или определенной коррекции имеющихся. Эти данные не приведены в приказе № 1067н.

В приказе № 38н с последующими изменениями указывается на возможность создания **дневных стационаров**, однако штатные нормативы таких структурных подразделений отсутствуют. Штатные нормативы врачебного персонала дневных стационаров по другим профилям, как правило, совпадают с таковыми при оказании медицинской помощи в больничных условиях. Исключение составляют лишь некоторые приказы по оказанию хирургической помощи: по хирургии<sup>3</sup>, травматологии-ортопедии<sup>4</sup>, торакальной хирургии<sup>5</sup>. По этим профилям нормативное число коек на 1 должность врача в дневных стационарах больше, чем в отделениях с круглосуточным пребыванием больных. Следует заметить,

что в качестве измерителя норм труда медицинских работников дневных стационаров в этих документах используется число коек.

Нормативным показателем численности должностей врачей при оказании медицинской помощи **в больничных условиях** является число коек. Расчеты планового числа коек по отдельным профилям медицинской помощи осуществляются в последние годы на основании данных документа по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий, называемого в последние годы Разъяснениями. В Разъяснениях приводятся следующие данные:

- рекомендуемое число случаев госпитализации на 1000 жителей/застрахованных в год;
- используемая при расчете средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре (дней);
- рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных.

По алгоритму, приводимому в Разъяснениях, можно пересчитать эти данные в число коек, что важно для планирования сети учреждений здравоохранения регионов, для сравнений с фактически развернутым коечным фондом. На первом этапе таких пересчетов определяется плановый оборот койки в году ( $F$ ) по формуле

$$F = \frac{365 - t_1}{T + t_0} \quad (1)$$

где  $t_1$  — среднее время простоя койки на ремонт (10—15 дней);  $t_0$  — простой койки в связи с оборотом, то есть время, необходимое для санации койки после выписки больного и приема больного и время ожидания госпитализации;  $T$  — средняя длительность пребывания больного на койке.

Далее рассчитывается число коек ( $K$ ) на 10,0 тыс. населения по формуле:

$$K = \frac{A \times 10}{365 - 10 - (t \times F)} \quad (2)$$

где  $A$  — число койко-дней на 1000 населения;  $t$  — время простоя койки в связи с ее оборотом;  $F$  — оборот койки в году.

В данную формулу, приведенную в Разъяснениях, для получения числа коек на 10,0 тыс. населения нами дополнительно введен множитель для числа койко-дней, равный 10.

Гериатрия, как профиль медицинской помощи, впервые включена в указанные данные в 2015 г. В таблице 2 представлены данные ТППГ и расчеты ежегодно планируемого числа геронтологических коек на основании этих данных с 2015 по 2023 годы.

В таблице данные числа койко-дней за 2021 г. приведены в 2-ух вариантах: 8,57 койко-дня, указанного в документе, и расчетные данные, полученные путем умножения показателя уровня госпитализации на среднюю длительность пребывания пациента в стационаре, равные 8,4 койко-дня. Такие арифметические ошибки в документе на 2021 год харак-

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»

<sup>4</sup> Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «травматология и ортопедия»

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 898н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»

Таблица 2

Данные ТПГГ и расчеты планового оборота койки в году и планового числа геронтологических коек

Плановый год и соответствующий плановый период	Данные ТПГГ			Расчеты		Плановое число коек (в абс. цифрах, в тыс. коек)
	Уровень госпитализации	Средняя длительность	Число койко-дней	планового оборота койки в году (по формуле 1)	планового числа коек (на 10,0 тыс. населения) (по формуле 2)	
2015	0,4	11,4	4,6	$(365-12,5):(11,4+1,0)=28,4$	$(4,6 \times 10): (365-12,5-28,4)=0,14$	2,1
2016	0,4	18,0	7,2	$(366-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(7,2 \times 10): (366-12,5-18,6)=0,21$	3,1
2017	0,4	18,0	7,2	$(365-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(7,2 \times 10): (365-12,5-18,6)=0,22$	3,2
2018	0,2	18,0	3,6	$(365-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(3,6 \times 10): (365-12,5-18,6)=0,11$	1,6
2019	0,2	18,0	3,6	$(365-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(3,6 \times 10): (365-12,5-18,6)=0,11$	1,6
2020	0,8	14,0	11,2	$(366-12,5):(14,0+1,0)=23,6$	$(11,2 \times 10): (366-12,5-23,6)=0,34$	5,0
2021	0,6	14,0	8,57*	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(8,57 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,26 (0,261)$	3,8
			8,4**	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(8,4 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,26 (0,255)$	3,8
2022	0,6	14,0	8,4	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(8,4 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,26$	3,8
2023	0,7665	14,0	10,731	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(10,731 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,33$	4,8

\* В документе

\*\* Расчетно

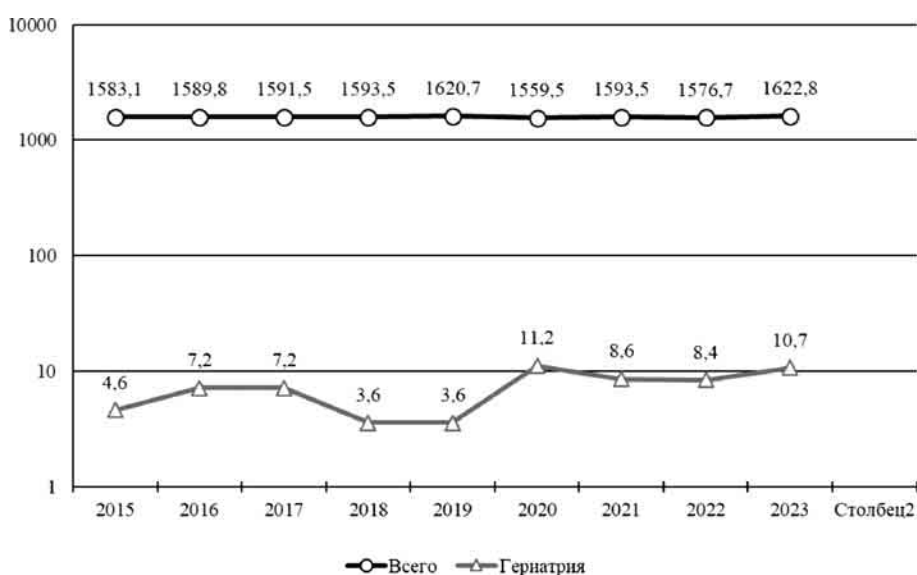


Рис. 1. Динамика числа койко-дней по видам медицинской помощи, финансируемым из средств ОМС, и отдельно по гериатрии (на 1000 застрахованных)

терны и для подавляющего числа других профилей отделений [5].

На рис. 1 отражена динамика общего числа койко-дней по видам медицинской помощи, финансируемым из средств ОМС, и по гериатрии.

Для изображения динамических рядов, имеющих большие различия величин, использована полулогарифметрическая масштабная сетка. Возможности визуализации динамики статистических показателей путем применения полулогарифметрической масштабной сетки подробно представлены в специальной литературе [6], а в ряде публикации по нормированию труда приводятся сравнения изображений на обычной арифметической масштабной сетке и полулогарифметрической [7; 3: с. 243].

Как видно из изображенных на рисунке данных, общее число койко-дней за анализируемые годы увеличилось на 2,5%: с 1583,1 до 1622,8 койко-дня на 1000 застрахованных. Рост этих данных по гериатрии составил 2,3 раза: с 4,6 до 10,7 койко-дня на 1000 застрахованных. Обращает на себя внимание ежегодные скачкообразные изменения анализируемых данных по гериатрии. Такая динамика отмеча-

лась нами и по ряду других видов помощи, например, по психиатрии-наркологии [8: с. 149].

В таблице 2 приведены расчеты числа планируемых геронтологических коек на 10,0 тыс. населения. Итоги этих расчетов показывают, что в отдельные периоды происходят значительные ежегодные колебания показателя. В целях дальнейшего сравнительного анализа полученное число коек на 10,0 тыс. населения пересчитано в абсолютные цифры, выраженные в тыс. коек. При расчетах была использована численность населения, сложившаяся на 1 января соответствующего года.

Наряду с представленными традиционными расчетами числа коек на основании данных

ТПГГ, приказом № 1067н предлагается альтернативный способ расчета планового числа геронтологических коек: на число лиц в 70 лет и старше.

В рамках данного научного исследования нами проведены такие расчеты путем деления численности населения в 70 лет и старше на норматив, впервые указанный в приказе № 1067н и равный 1 койке на 2000 данного контингента. Хотя этот норматив установлен в конце 2019 г., но в целях сопоставлений нами проведена экстраполяции этого норматива и на предыдущий период времени, т. е. на 2018 г. и на 2019 г., и осуществлены соответствующие расчеты.

Численность населения в возрасте 70 лет и старше определялась путем суммирования численности четырех групп населения: 70—74 г, 75—79 лет, 80—84 г, 85 лет и старше, указанных в статистическом сборнике, изданном в Росстате<sup>6</sup>. Численность населения данного контингента населения в 2023 г. была рассчитана в предположении, что темпы изменения

<sup>6</sup> Демографический ежегодник России. 2021: Стат.сб./ Росстат. — М., 2021. — С. 21, 23, 25.

этого показателя соответствуют этим данным за 2022 г. по отношению к 2021 г.

Как показывают расчеты, плановое число геронтологических коек с использованием норматива, устанавливающего число коек на численность населения в возрасте 70 лет и старше, увеличивается по мере роста численности данного контингента населения и колеблется от 3,9 тыс. в 2018 г. до 11,9 тыс. в 2023 г.

На рис. 2 представлены сравнительные данные итогов расчета планового числа коек по двум вариантам расчета:

- по данным ТППГ (первый вариант расчета, отраженный в табл.2, выраженный в числе коек на 10,0 тыс. населения, а затем переведенный в абсолютное число коек)
- по нормативу приказа № 1067н (второй вариант расчета по численности населения в возрасте 70 лет и старше).

На рисунке наглядно видны различия в величине данных в зависимости от варианта расчета. Итоги первого традиционного варианта расчета по ТППГ (нижняя линия на рисунке) показывают, что плановое число коек колеблется от 1,6 тыс. в 2018 г. до 4,8 тыс. в 2023 г., при весьма значительном подъеме в 2020 г., который обусловлен резким увеличением койко-дней в этот плановый период времени.

По результатам второго варианта расчета, проведенного на численность населения в 70 лет и старше (верхняя линия рисунка), число планируемых коек в каждый из анализируемых периодов времени превышает этот показатель по итогам первого варианта расчета, имеет более значительный размах колебаний, составляющий от 3,9 тыс. в 2018 г. до 11,9 тыс. коек в 2023 г. На рисунке наглядно виден поступательный характер развития данной ситуации без резких ежегодных колебаний показателя.

Следующим и наиболее продуктивным этапом анализа является сравнение полученных данных с фактическим развитием геронтологического коечного фонда. К сожалению, такие сравнения в последние годы оказываются невозможными.

Динамика фактической обеспеченности населения коечным фондом в относительных и абсолютных цифрах приводится в ряде статистических сборниках, издающихся Росстатом. При этом коечный фонд сгруппирован по 13 обобщенным группам без выделения геронтологических коек. Фактическое число геронтологических коек было представлено в сборниках, издаваемых в ЦНИИОИЗ Минздрава России. В последнем таком сборнике,

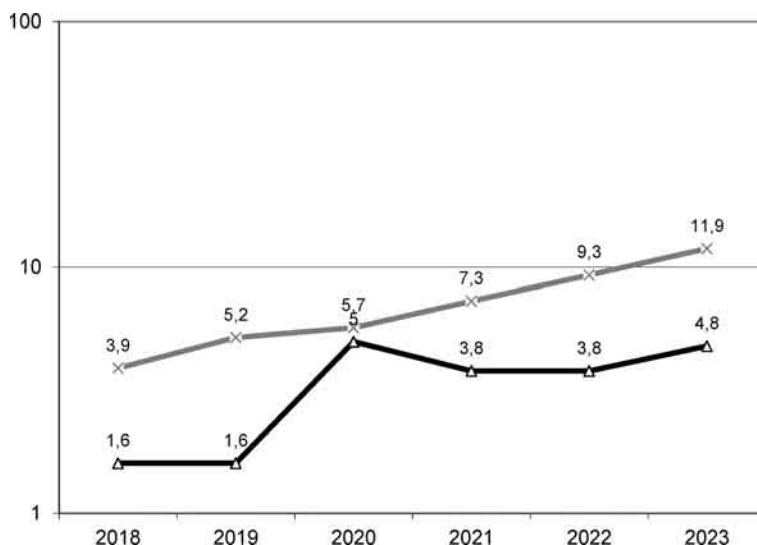


Рис. 2. Динамика планового числа геронтологического коечного фонда по разным вариантам расчета (в тыс. коек)

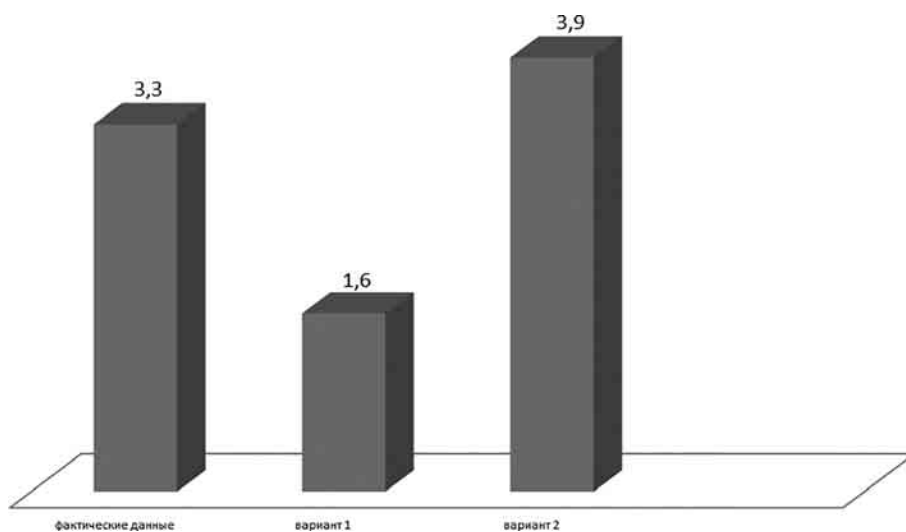


Рис. 3. Сопоставительные данные по геронтологическому коечному фонду в 2018 г. (в тыс. коек)

изданном в 2020 г., эти данные в 2018 г. составляли 3266 коек, а в 2019 г. — 5919 коек<sup>7</sup>. К сожалению, такие сборники с 2021 г. перестали публиковаться в открытой печати.

С учетом того, что фактические данные о развернутом геронтологическом коечном фонде в указанном сборнике представлены за 2018 г. и за 2019 г., то и сравнения фактических и плановых данных проведены нами за эти годы (рис. 3 и 4).

Как видно из рис.3, фактические данные о числе геронтологических коек в 2018 г. более чем в 2 раза превышают расчетные данные по первому варианту расчета, т. е. по данным ТППГ. Если применить вто-

<sup>7</sup> Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей) Часть III Москва, 2020. Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

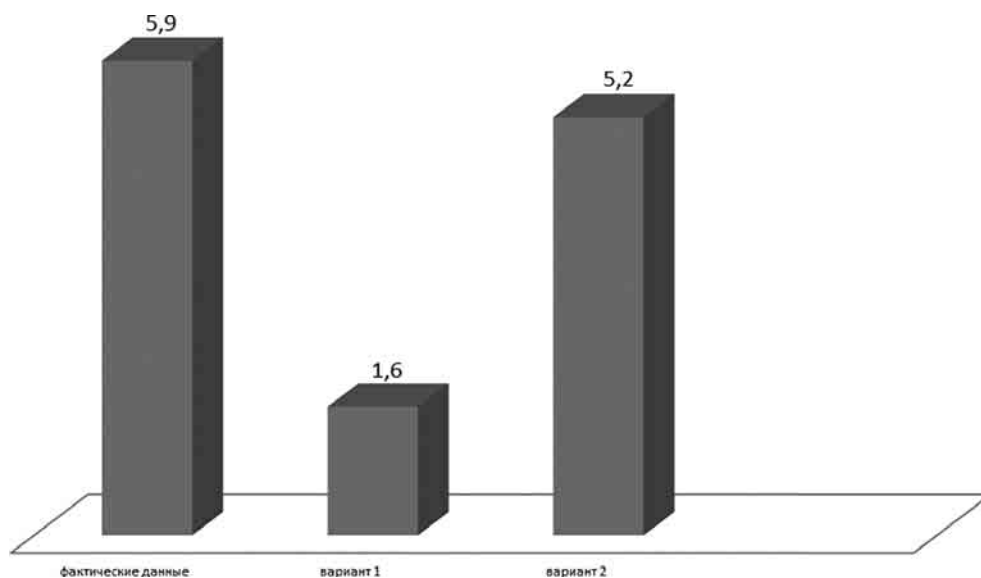


Рис. 4. Сопоставительные данные по геронтологическому коечному фонду в 2019 г. (в тыс. коек)

рой вариант расчета с использованием численности лиц в 70 лет и старше, то плановые данные превысят фактическое число коек на 18%.

Соотношения сравниваемых показателей в 2019 г., представленных на рис. 4, иное, чем в 2018 г.

Как видно на рис. 4, фактически развернутый коечный фонд по гериатрии в 2019 г., опередил плановые показатели, полученные по первому варианту расчетов в 3,7 раза, а по второму варианту расчетов — на 14%.

### Обсуждение

Штатные нормативы медицинских работников отделений, оказывающих медицинскую помощь в больничных условиях, не предусматривают круглосуточную работу врачебного персонала в гериатрическом отделении. Такой режим работы определен для среднего и младшего медицинского персонала, при этом указано конкретное число должностей: 4,75 должности медицинской сестры палатной (постовой) на 15 коек, такое же число должностей младшей медицинской сестры по уходу за больными.

В палате интенсивной терапии гериатрического отделения рекомендуется на 6 коек устанавливать 5,14 должности врача анестезиолога-реаниматолога, 7,75 должности медицинской сестры — анестезиста и 4,75 младшей медицинской сестры по уходу за больными.

Предложенное штатно-нормативное обеспечение круглосуточной работы с конкретным указанием числа должностей является ошибочным. В публикациях [8: с. 63—79; 9—11,] убедительно доказано, что в штатных нормативах для организации круглосуточной работы необходимо указывать, а в медицинских организациях — применять лишь один показатель по труду: число коек, а число должностей — рассчитывать ежегодно в каждой конкретной медицинской организации в зависимости от сложившихся данных по ежегодно меняющемуся

годовому бюджету рабочего времени должности, географическому месту расположения учреждения и др. обстоятельствам.

### Заключение

Анализ нормативно-правовых документов, используемых для организации и планирования гериатрической медицинской помощи, позволяет сделать следующие выводы:

Приказ по Порядку оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрии» с последующими изменениями повторяет ряд системных ошибок и недостатков аналогичных доку-

ментов и по другим профилям.

Отсутствие утвержденных норм времени на посещение к врачу-гериатру не позволяет определить численность должностей по объему работы.

Планируемое число геронтологических коек характеризуется резкими скачкообразными и необъяснимыми ежегодными изменениями.

Итоги проведенных расчетов планового числа геронтологического коечного фонда, предусмотренного Разъяснениями к формированию территориальных программ государственных гарантий, и рекомендуемого изменениями к приказу о Порядке, вступают в противоречия друг с другом. Такие коллизии должны быть ликвидированы на федеральном уровне управления здравоохранением.

Сокращение доступной для организаторов здравоохранения статистической информации, наблюдающееся в последние годы, в частности, прекращение публикаций сборников ЦНИИОИЗ в открытой печати, не способствует созданию соответствующей информационной базы для принятия управленческих решений как на федеральном и региональном уровнях, так и в конкретных медицинских организациях.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шипова В. М. Основы нормирования труда в здравоохранении (учебное пособие). Под редакцией академика РАМН О. П. Щепина. М.: Издательство ГРАНТЬ; 1998. С. 44.
2. Шипова В. М. Нормирование труда в здравоохранении (лекции) РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2013. С. 4.
3. Шипова В. М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении. Под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
4. Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. М.: Персэ; 2012. С. 224.
5. Шипова В. М., Щепин В. О., Корецкий С. Н. Задачи нормирования труда в рамках реализации оказания гарантированной государством медицинской помощи населению Российской Федерации в 2022 г. (ч. 2). *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2022;8(2):94—107.
6. Герчук Я. П. Графики в математико-статистическом анализе. М.: Статистика; 1972. С. 80.



7. Шипова В. М. Организация нормирования труда в здравоохранении. Под редакцией академика РАМН О. П. Щепина. М.: ГРАНТЪ; 2002. С. 427.
8. В. М. Шипова. Штатное расписание медицинских организаций. Под ред. Р. У. Хабриева. 2-е изд. перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023.
9. В. М. Шипова. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений. Под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. С. 50—52.
10. Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Актуальные вопросы планирования численности должностей при разных режимах работы: Учебное пособие. М.: ООО «Светлица»; 2020. С. 144.
11. В. М. Шипова. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями. Под ред. Р. У. Хабриева. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. С. 62—82.

#### REFERENCES

1. Shipova V. M. Fundamentals of labor rationing in health care (textbook). Under the editorship of Academician of the Russian Academy of Medical Sciences O. P. Shchepin. Moscow: GRANT Publishing House; 1998. 44 p. (in Russian).
2. Shipova V. M. Labor rationing in health care (lectures). FSBI «RIH»; 2013. 4 p. (in Russian).
3. Shipova V. M. Organization and technology of labor rationing in health care. Moscow: GEOTAR-Media; 2018 (in Russian).
4. Maksimova T. M., Lushkina N. P. The state of health and problems of medical provision of the elderly population. Moscow: Perse; 2012. 224 p. (in Russian).
5. Shipova V. M., Shchepin V. O., Koretsky S. N. The tasks of labor rationing in the framework of the implementation of the provision of state-guaranteed medical care to the population of the Russian Federation in 2022 (part 2). *Vestnik VSHOUZ*. 2022;8(2):94—107 (in Russian).
6. Gerchuk Ya. P. Graphs in mathematical and statistical analysis. Moscow: Statistics; 1972. 80 p. (in Russian).
7. Shipova V. M. Organization of labor rationing in health care. Moscow: GRANT; 2002. 80 p. (in Russian).
8. Shipova V. M. Staffing of medical organizations. Moscow: GEOTAR-Media; 2023 (in Russian).
9. Shipova V. M. Modern problems of planning the number of medical workers in hospitals. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 50—52 p. (in Russian).
10. Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu. Topical issues of planning the number of posts in different modes of operation: a tutorial. Moscow: Svetlitsa; 2020. 144 p. (in Russian).
11. Shipova V. M. Regulation of labor relations in health care. Collection of legal acts with comments. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 62—82 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 02.02.2024; одобрена после рецензирования 27.02.2024; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 02.02.2024; approved after reviewing 27.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

# Вопросы демографии

Научная статья

УДК 314.17

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.013

## Анализ демографической ситуации в Самарской области

Игорь Анатольевич Шмелев<sup>1✉</sup>, Сергей Николаевич Черкасов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара,  
Российская Федерация;

<sup>2</sup>ФГБУ науки «Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова» Российской академии наук, г. Москва,  
Российская Федерация

<sup>1</sup>i.a.shmelyov@samsmu.ru <http://orcid.org/0000-0002-5973-9171>

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

**Аннотация. Цель исследования:** выполнить анализ демографической ситуации в Самарской области за период 2010—2020 гг. **Материалы и методы исследования.** В качестве информационных источников использованы база Федеральной службы государственной статистики (Росстат)<sup>1</sup>. Характеристики демографической ситуации, используемые в настоящем исследовании: показатели, характеризующие статику (численность населения, возрастно-половая структура, численность женщин репродуктивного возраста) и динамику населения Самарской области (рождаемость, фертильность, смертность, естественный и миграционный прирост). Демографические показатели рассчитывались по стандартным формулам.

**Результаты.** В Самарской области наблюдаются негативные демографические тенденции. Статика населения характеризуется уменьшением численности населения, за счет городского населения, сохранением половой структуры населения и изменением возрастной структуры населения в части снижения удельного веса численности населения трудоспособного возраста. Последствия новой коронавирусной инфекции проявились в виде снижения численности населения в большей степени трудоспособного возраста. Обращает на себя внимание снижение за исследуемый период численности женского населения на 1,3%, более быстрое снижение численности женского населения репродуктивного возраста на 15,1%, а также снижение уровня фертильности на 9,9% и сокращение удельного веса среди женщин возрастных категорий 15—34 года, особенно возрастной категории 20—24 года (на 53%). Естественное движение населения Самарской области определяется негативными трендами: снижение показателя рождаемости с 2015 г. требует оценки эффективности мер по поддержанию рождаемости и демографической политики в целом. Снижение показателя смертности происходило медленными темпами, а новая коронавирусная инфекция коренным образом изменила ситуацию на негативную, соответственно показатель убыли населения значительно вырос. Миграционный прирост не способен заместить убыль населения по естественным причинам. Выявленные тенденции требуют более подробного анализа динамики демографических процессов в отношении женского населения репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** демография; общественное здоровье; статика населения; динамика населения; рождаемость; женщины репродуктивного возраста.

**Для цитирования:** Шмелев И. А., Черкасов С. Н. Анализ демографической ситуации в Самарской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 90—95. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.013.

## Demographic issues

Original article

### Analysis of the demographic situation in the Samara region

Igor A. Shmelev<sup>1✉</sup>, Sergey N. Cherkasov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samara State Medical University, Samara, Russian Federation;

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

<sup>1</sup>i.a.shmelyov@samsmu.ru <http://orcid.org/0000-0002-5973-9171>

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

**Annotation. Aim:** to analyze the demographic situation in the Samara region for the period 2010—2020.

**Materials and methods.** The database of the Federal State Statistics Service (Rosstat)<sup>2</sup> was used as information sources. Characteristics of the demographic situation used in this study: indicators characterizing the statics (population size, age-sex structure, the number of women of reproductive age) and the dynamics of the population of the Samara region (fertility, fertility, mortality, natural and migration growth). Demographic indicators were calculated using standard formulas.

<sup>1</sup> <http://www.gks.ru/>

<sup>2</sup> <http://www.gks.ru/>

**Results.** Negative demographic trends are observed in the Samara region. Population statics is characterized by a decrease in the population, due to the urban population, the preservation of the sexual structure of the population and a change in the age structure of the population in terms of reducing the proportion of the working-age population. The consequences of the new coronavirus infection have manifested themselves in the form of a decrease in the population to a greater extent of working age. Attention is drawn to the decrease in the female population by 1.3% during the study period, a more rapid decrease in the female population of reproductive age by 15.1%, as well as a decrease in fertility by 9.9% and a decrease in the proportion of women in the age categories of 15—34 years, especially in the age category of 20—24 years (by 53%). The natural movement of the population of the Samara region is determined by negative trends: the decline in the birth rate since 2015 requires an assessment of the effectiveness of measures to maintain the birth rate and demographic policy in general. The decline in the mortality rate occurred at a slow pace, and the new coronavirus infection radically changed the situation to a negative one, respectively, the population loss rate increased significantly. Migration growth is not able to replace the decline of the population for natural reasons. The revealed trends require a more detailed analysis of the dynamics of demographic processes in relation to the female population of reproductive age.

**Key words:** *demography; public health; population statics; population dynamics; fertility; women of reproductive age.*

**For citation:** Shmelev I. A., Cherkasov S. N. Analysis of the demographic situation in the Samara region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(1):90–95. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.013.

Состояние здоровья населения является базовым компонентом по отношению к организации медицинской помощи [1—5]. От численного состава населения зависит не только общий объем востребованной медицинской помощи, но и структура видов медицинской помощи, а также востребованность медицинских специальностей. С учетом консервативности системы здравоохранения и длительного временного лага между принятием решения и ответной реакцией на него, требуется проводить анализ не только текущей ситуации и наблюдаемой динамики, но и прогнозных параметров [6—10]. Именно на такие прогнозные показатели следует обращать внимание и брать за основу при разработке комплекса организационных решений в системе здравоохранения и смежных с ней отраслей (медицинская и фармацевтическая промышленность, подготовка кадров, строительство и оснащение медицинских организаций и пр.).

Каждый регион обладает особенностями демографической ситуации: численность населения, возрастной и половой состав населения (статика населения) и динамических процессов: рождаемость, смертность, естественный и миграционный прирост (динамика населения). В связи с этим, целесообразно проводить анализ демографического статуса каждого региона отдельно с целью достижения максимально возможного уровня эффективности организационных мероприятий [11—14]. Кроме того, особенности состояния здоровья населения в регионах требуют внесения корректив в стандартные планы и комплексы мероприятий, разработанные на федеральном уровне [15—18].

**Цель исследования:** выполнить анализ демографической ситуации в Самарской области за период 2010—2020 гг.

#### Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проводилось на территории Самарской области, расположенной в Приволжском федеральном округе Российской Федерации и расположенная в среднем течении реки Волга на среднерусской равнине. В качестве информационных

источников использованы база Федеральной службы государственной статистики (Росстат)<sup>3</sup>. Характеристики демографической ситуации, используемые в настоящем исследовании: показатели, характеризующие статику (численность населения, возрастная структура, численность женщин репродуктивного возраста) и динамику населения Самарской области (рождаемость, фертильность, смертность, естественный и миграционный прирост). Демографические показатели рассчитывались по стандартным формулам.

#### Результаты

За анализируемый период демографическая ситуация в Самарской области отличалась достаточно сложной динамикой, отражающей общее развитие региона и страны в целом. Численность постоянного населения Самарской области была стабильна до 2016 г. и находилась на уровне 3,2 млн. человек (рис. 1).

Некоторое снижение численности населения не превышало 0,2%, а в период 2010—2014 гг. составляло 0,02—0,04% в год. После 2016 года темпы падения численности населения ускорились до 0,32% в год и это не было связано с внешними факторами (эпидемия). Пандемия коронавируса в 2020 г. резко ухудшила показатели численности населения Самарской области, а темпы снижения этого показателя увеличились до 0,8% в год. В данном случае среднесроч-

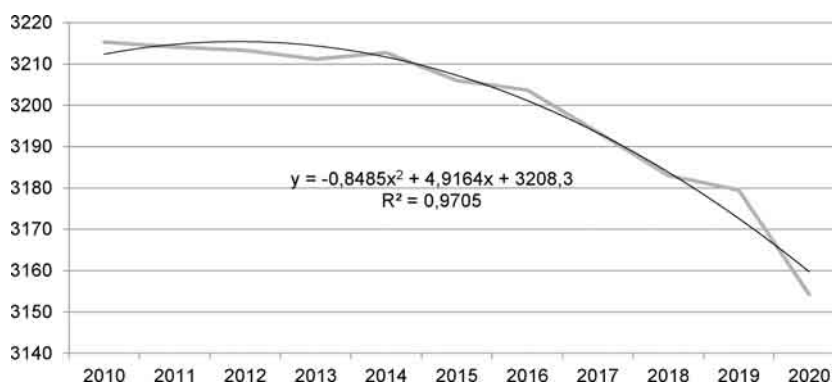


Рис. 1. Динамика численности постоянного населения Самарской области за период 2010—2020 гг. (тыс. чел.)

<sup>3</sup> <http://www.gks.ru/>

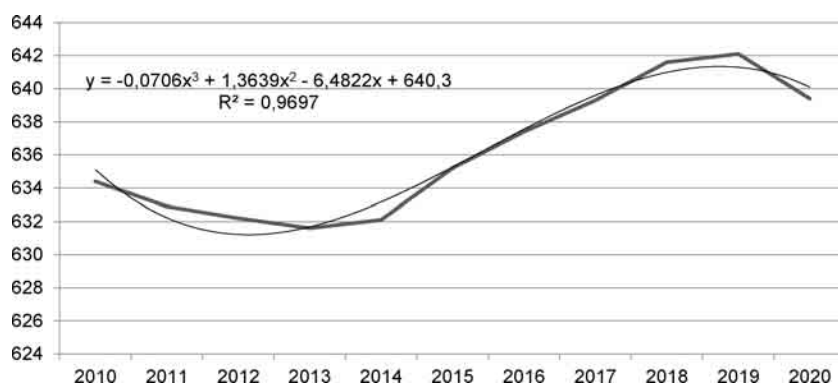


Рис. 2. Динамика численности сельского населения Самарской области за период 2010—2020 гг. (тыс. чел.)

ный прогноз численности постоянного населения затруднен, потому что он во многом определяется воздействием одного фактора. Снижение степени влияния этого фактора будет отражаться в виде снижения отрицательной демографической динамики, однако численно степень такого воздействия и градиент снижения прогнозировать практически невозможно. Наиболее вероятный сценарий заключается в снижении темпов падения численности населения, однако отрицательный тренд будет сохранен, что показывают и данные математического моделирования (рис. 1).

За исследуемое десятилетие темп снижения численности населения составил 1,9%. За тот же период численность городского населения снизилась более значительно — 2,56%, тогда как численность сельского населения возросла на 0,79%. Это достаточно новые тенденции, которые отличаются от ранее наблюдаемых. Численность городского населения начала снижаться с 2014 г. и это снижение не было связано с внешними факторами (эпидемия коронавируса). Темпы падения в 2020 г. составили 0,89%, тогда как темпы падения численности сельского населения были в два раза меньше и составили 0,42% ежегодного падения.

Математическая модель динамики численности городского населения практически совпадает с моделью динамики общей численности населения, с учетом 80% удельного веса городского населения в общей численности населения. Модель динамики сельского населения имеет более сложный характер (рис. 2).

Если до 2014 г. регистрировалось снижение численности сельского населения, то в период 2014—2019 гг. наблюдался рост и только последствия пандемии новой коронавирусной инфекции изменили тренд на нисходящий.

Половая структура населения оставалась неизменной на всем протяжении исследуемого периода. Удельный вес женщин составляет 54,2%, удельный вес мужчин 45,8%. Стабильность половой структуры подтверждает отсутствие факторов, связанных с по-

лом, влияющих на численность населения.

Возрастная структура населения за исследуемый период претерпела достаточно существенные изменения (рис. 3). Возрастающая динамика регистрировалась в отношении структурной значимости населения моложе трудоспособного и старше трудоспособного возраста, а отрицательная динамика наблюдалась в отношении численности населения трудоспособного возраста. Следует отметить, что последствия новой коронавирусной инфекции больше проявились в виде снижения численности населения именно трудоспособ-

ного возраста. Если ежегодный темп снижения численности населения по итогам 2020 г. по отношению к данным 2019 г. для населения моложе трудоспособного возраста составил 0,52%, для населения старше трудоспособного возраста 0,05%, то для населения трудоспособного возраста ежегодный темп убыли составил 1,24%.

Общая нисходящая динамика и существенное снижение численности населения трудоспособного возраста в 2020 г. определило и изменение возрастной структуры населения Самарской области. В 2010 г. (начало исследуемого периода) удельный вес населения трудоспособного возраста составлял 61,4%, то в конце исследуемого периода (2020 г.) только 55,6%. Удельный вес численности населения моложе трудоспособного возраста возрос с 14,7% до 17,5%, а удельный вес численности населения старше трудоспособного возраста возрос с 23,9% до 26,8%.

При анализе динамики населения в первую очередь был выполнен анализ рождаемости и смертности (рис. 4).

Как и в целом по Российской Федерации в Самарской области отмечался рост рождаемости, наблюдавшийся до 2015 г. За этот период показатель вырос с 11,6‰ до 12,8‰ (рост на 10,3%), однако рождаемость в Самарской области была ниже, чем в РФ, в которой этот показатель превысил 13‰. После 2015 г. наметился нисходящий тренд показателя рождаемости, который можно описать линейным

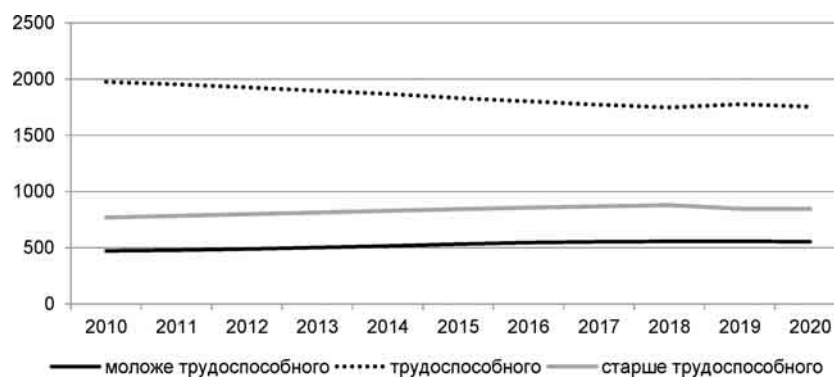


Рис. 3. Динамика численности населения Самарской области за период 2010—2020 гг. по возрастным группам (тыс. чел.)

уравнением. Снижение показателя за период 2015—2020 гг. составило 31,3%, что существенно перекрыло все достигнутые ранее успехи. Уровень показателя по итогам 2020 г. на четверть меньше, чем уровень показателя в начале исследуемого периода в 2010 г. Наиболее высокие темпы снижения рождаемости наблюдались по итогам 2017—2018 гг. Новая коронавирусная инфекция не повлияла на сложившиеся тренды и не ускорила снижения показателя рождаемости.

Следует отметить сокращение разницы между показателями рождаемости среди городских и сельских жителей. В 2020 г. показатель рождаемости среди городских жителей составил 8,9‰, а среди сельских жителей 8,5‰. В некоторых муниципальных районах показатель рождаемости выше, чем в областном центре.

Показатель смертности, как и показатель рождаемости, также имел тенденцию к снижению в исследованный период. За период 2010—2019 гг. показатель снизился с 15,2‰ до 13,2‰ (снижение на 13,2%), однако в 2020 г., вследствие влияния новой коронавирусной инфекции показатель вырос на 26,5% до 16,7‰. Также, как и было отмечено в отношении показателя рождаемости, различия между показателями смертности среди городских и сельских жителей сокращаются. По итогам 2020 г. показатель смертности среди городских жителей составил 16,6‰, а среди сельских 16,9‰.

Описанные тенденции формировали два периода, в которых наблюдались противоположные тренды. Если в период 2010—2016 гг. наблюдалось снижение показателя естественной убыли населения (отрицательный естественный прирост) с  $-3,6‰$  в 2010 г. до  $-1,4‰$  в 2015—2016 гг., то в последующий период наблюдался резкий рост данного показателя до  $-3,9‰$  в 2019 г. (до периода новой коронавирусной инфекции) и  $-7,9‰$  в 2020 г. (по итогам воздействия новой коронавирусной инфекции на население Самарской области).

Миграционный прирост населения также имел негативную динамику. В 2010 г. показатель миграционного прироста составлял 1,9‰, а максимальные значения регистрировались в 2011 г. (2,6‰). С 2015 года миграционный прирост населения стал практически нулевым или даже отрицательным. Несмотря на положительное значение прироста в 2019 г. четкой и однозначной положительной тенденции не выявляется. При анализе миграционного прироста в разрезе городского и сельского населения выявлено, что миграционный прирост сельского населения за весь исследованный период оставался положительным, тогда как в отношении городского населения, начиная с 2015 г., он стал отрицательным.

На 1 января 2022 г. численность женского населения репродуктивного возраста составила 723 182 человека. Это составляет 42,6% от общей численно-

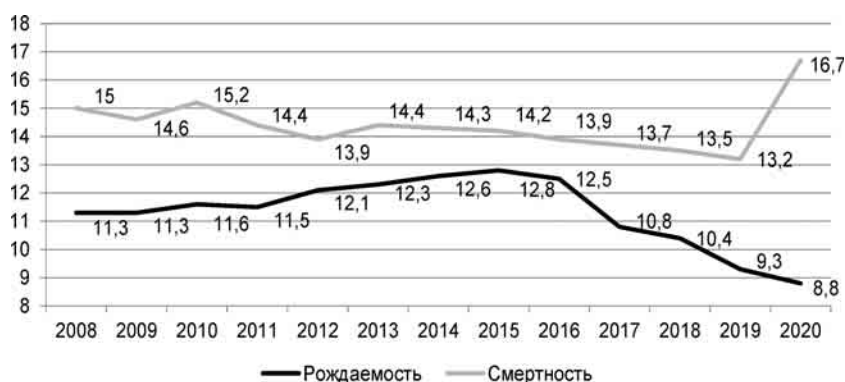


Рис. 4. Динамика показателей рождаемости и смертности в Самарской области за период 2010—2020 гг. (в ‰)

сти женского населения. В областном центре (г. о. Самара) удельный вес женщин репродуктивного возраста составил 43,9%. За исследованный период абсолютная численность женского населения репродуктивного возраста снизилась с 852 289 человек в 2010 г. на 129 107 человек или на 15,1%. Снижение же показателя рождаемости за тот же период составило 22,1%, то есть рождаемость снижалась более быстрыми темпами, чем наблюдалось снижение численности женского населения репродуктивного возраста. Так, показатель фертильности в 2010 г. составил 42,6‰, тогда как в 2020 г. только 38,4‰. В итоге, он снизился на 9,9%, что показывает, что интенсивность процесса рождений в Самарской области снизилась и это можно объяснить не только снижением численности женского населения репродуктивного возраста.

За исследованный период удельный вес женщин репродуктивного возраста, проживающих в городских условиях, остался на том же уровне. В 2010 г. он составил 81,2%, в 2021 г. — 81,8%, что несколько выше, чем удельный вес всех женщин, проживающих в городских условиях (80,6%). Если в первой половине исследуемого периода численность женского населения возрастала (табл. 1), то во второй половине она уменьшилась до 1 695,5 тыс. человек, то есть сравнительно с максимальными значениями, достигнутыми по итогам 2012 г., падение составило 2,8%. Указанная скорость падения существенно меньше, чем скорость падения численности женщин репродуктивного возраста. В итоге за исследуемый период (2009—2021 гг.) снижение численности женского населения на 1,3% отягощается снижением численности женского населения репродуктивного возраста на 15,1%, а также снижением уровня фертильности на 9,9%.

В таблице 1 приведены сравнительные данные по абсолютной численности женского населения Самарской области за исследованный период в отдельных возрастных группах. Крайне неблагоприятным является тот факт, что сокращение женского населения репродуктивного возраста в области происходит за счет возрастной группы до 29 лет, т. е. наиболее активной в репродуктивном отношении. Катастрофическое падение численности населения наблюдается в возрастной группе 20—24 года. Если в

**Численность женского населения репродуктивного возраста (15—49 лет) Самарской области в период 2009—2021 гг. (абс. число)**

Возраст	Годы					2021/ 2009, %
	2009	2010	2011	2012	2021	
Всего женщин	1 717 802	1 717 673	1 743 962	1 743 785	1 695 542	-1,3
15—19	97 338	89 732	87 329	80 718	73 236	-24,8
20—24	137 355	133 760	130 565	123 770	64 503	-53,0
25—29	129 768	133 206	134 044	137 315	81 308	-37,3
30—34	125 878	126 270	127 788	127 184	123 755	-1,7
35—39	116 972	119 684	124 306	125 890	134 736	15,2
40—44	108 644	107 029	109 320	111 684	123 441	13,6
45—49	136 334	131 493	125 189	118 646	121 983	-10,5
15—49 лет	852 289	841 174	838 541	825 207	723 182	-15,1

2009 г. эта возрастная категория составляла 16,1% от всей численности женщин репродуктивного возраста, то по итогам 2021 г. только 8,9%. В целом если рассматривать возраст с наибольшей вероятностью беременности (20—34 года), то его удельный вес в структуре женщин репродуктивного возраста в 2009 г. составлял 46,1%, тогда как по итогам 2021 г. 37,3%. Если учесть снижение на четверть численность женского населения в возрастной группе 15—19 лет, то есть тех, кто в ближайшее время вступит в возраст наиболее вероятного возникновения беременности, то перспектива улучшения демографической ситуации становится крайне маловероятной. В среднесрочной перспективе она станет еще более сложной.

Ожидаемая продолжительность жизни в Самарской области в период 2000—2019 гг. имела тенденцию к увеличению. Так, данный показатель в отношении всего населения в 2000 г. составлял 64,51 год и был выше у женщин (72,28 лет против 57,57 лет у мужчин и мужчин соответственно), то есть разница составляла 14,71 год. В последующие периоды разница между продолжительностью предстоящей жизни мужчин и женщин сокращалась и в 2020 г. составила 9,96 лет. Это происходило из-за более быстрого роста ожидаемой продолжительности предстоящей жизни у мужчин, чем у женщин. Максимальный показатель был достигнут в 2019 г. и составил 67,48 лет для мужчин и 77,7 лет для женщин.

За исследованный период у мужчин она выросла (относительно максимальных значений) у мужчин на 17,2%, а относительно женщин на 7,5%. В 2020 г. показатель снизился из-за негативного влияния новой коронавирусной инфекции: у мужчин до 65,38 лет и у женщин до 75,34 лет.

Более быстрый рост показателя наблюдался в отношении сельского населения: рост у мужчин, проживающих в сельской местности на 19,3% против 16,7% для мужчин, проживающих в городской местности; рост у женщин, проживающих в сельской местности на 8,3% против 7,3% для женщин, проживающих в городской местности. В результате таких изменений различия между ожидаемой продолжительностью жизни городских и сельских жителей исчезла. Если в начале периода (2000 г.) разница у

мужчин составляла 1,0 год в пользу городских мужчин, а у женщин 0,68 лет, также в пользу городских женщин, то в конце периода (исключая 2020 г.) разница у мужчин составила 0,28 лет, но уже в пользу мужчин, проживающих в сельской местности, а у женщин разница отсутствовала. Большее влияние новая коронавирусная инфекция оказала на сельское население и градиент падения ожидаемой продолжительности предстоящей жизни там был больше.

### Заключение

В Самарской области наблюдаются негативные демографические тенденции. Статика населения характеризуется уменьшением численности населения, за счет городского населения, сохранением половой структуры населения и изменением возрастной структуры населения в части снижения удельного веса численности населения трудоспособного возраста. Последствия новой коронавирусной инфекции проявились в виде снижения численности населения в большей степени трудоспособного возраста.

Обращает на себя внимание снижение за исследуемый период численности женского населения на 1,3%, более быстрое снижение численности женского населения репродуктивного возраста на 15,1%, а также снижение уровня фертильности на 9,9% и сокращение удельного веса среди женщин возрастных категорий 15—34 года, особенно возрастной категории 20—24 года (на 53%).

Естественное движение населения Самарской области определяется негативными трендами: снижение показателя рождаемости с 2015 г. требует оценки эффективности мер по поддержанию рождаемости и демографической политики в целом. Снижение показателя смертности происходило медленными темпами, а новая коронавирусная инфекция коренным образом изменила ситуацию на негативную, соответственно показатель убыли населения значительно вырос. Миграционный прирост не способен заместить убыль населения по естественным причинам. Выявленные тенденции требуют более подробного анализа динамики демографических процессов в отношении женского населения репродуктивного возраста.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
2. Genovese U, Del Sordo S, Casali M, et al. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*. 2017;7(1):010301. doi:10.7189/jogh.07.010301.
3. Meshkov D, Bezmelnitsyna L, Cherkasov S. A data management model for proactive risk management in healthcare. *Advances in Systems Science and Applications*. 2020;20(1):114—118. doi:10.25728/assa.2020.20.1.864.
4. Шаповалова М. А. Социально-экономические аспекты воспроизводства населения. *Экономика здравоохранения*. 2004;4:12—16.
5. Линева О. И., Хашина О. А., Шмелев И. А. Профессия акушера-гинеколога: взгляд клинициста, психолога и юриста: монография. Самара; 2010.

6. Римащевская Н. М. Социальный вектор развития России. *Народонаселение*. 2007;1:5—9.
7. Сиротко М. Л., Черкасов С. Н. Оценка состояния здоровья населения Самарской области. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2015;2:209—212.
8. Состояние здоровья беременных в Российской Федерации за период с 2000 по 2015 год / Ю. О. Камаев, и др. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2017;7:37—44.
9. Полунина Н. В., Шмелев И. А., Коновалов О. Е. Оценка факторов риска для здоровья новорожденных и отношение к грудному вскармливанию городских жительниц. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2015;4:9—15.
10. Печегина Ю. С., Сергеев В. В., Шмелев И. А. Правовые аспекты суррогатного материнства. *Вестник экономики, права и социологии*. 2021;3:66—69.
11. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: статистические материалы. Е. П. Какорина, и др. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2018. 170 с.
12. Черкасов С. Н., Егизарян К. А., Курносиков М. С., и др. Подходы к планированию потребности в специализированной стационарной медицинской помощи. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2017;5:78—86.
13. Бойко Ю. П., Шаповалова М. А., Угурчиева Х. Ю., и др. Медико-социальный портрет женщин-родильниц (по данным областного перинатального центра, г. Астрахань). *Медицинский вестник МВД*. 2020;6(109):14—16.
14. Шмелев И. А., Коновалов О. Е. Опыт работы по снижению смертности детей и подростков в Самарской области. *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2015;23(2):76—79.
15. Огуль Л. А., Шаповалова М. А., Ярославцев А. С. Воспроизводство населения. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2011;11:68.
16. Асков Н. Н., Шмелев И. А., Сергеев В. В., и др. О вопросе об обоснованном риске и профессиональной ошибке медицинского работника при оказании медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией Covid-19. *Вестник экономики, права и социологии*. 2020;2:59—62.
17. Бреусов А. В., Коновалов О. Е., Харитонов А. К., и др. Социально-демографическая характеристика и состояние здоровья женщин фертильного возраста Московской области. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2019;15(1):72—77.
18. Шмелев И. А. Медицинская активность и гинекологическая заболеваемость женщин различного возраста. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2015;3:14—17.
4. Shapovalova M. A. Socio-economic aspects of population reproduction. *Health economics. [Ekonomika zdravoohranenija]*. 2004;4:12—16. (in Russian).
5. Lineva O. I., Khashina O. A., Shmelev I. A. *The profession of an obstetrician-gynecologist: the view of a clinician, psychologist and lawyer: monograph*. Samara; 2010. (in Russian).
6. Rimashevskaya N. M. Social vector of development of Russia. *Population. [Narodonaselenie]*. 2007;1:5—9. (in Russian).
7. Sirotko M. L., Cherkasov S. N. Assessment of the health status of the population of the Samara region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko]*. 2015;2:209—212. (in Russian).
8. Kamaev Yu. O., et al. The state of health of pregnant women in the Russian Federation for the period from 2000 to 2015. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko]*. 2017;7:37—44. (in Russian).
9. Polunina N. V., Shmelev I. A., Konovalov O. E. Assessment of risk factors for newborn health and attitude to breastfeeding of urban women. *Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. [Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov. Serija: Medicina]*. 2015;4:9—15. (in Russian).
10. Pechegina Yu. S., Sergeev V. V., Shmelev I. A. Legal aspects of surrogacy. *Bulletin of Economics, Law and Sociology. [Vestnik jekonomiki, prava i sociologii]*. 2021;3:66—69. (in Russian).
11. Kakorina E. P., et al. *The main indicators of maternal and child health, the activities of the child protection and maternity services in the Russian Federation: statistical materials*. Moscow: CRHOI of the Ministry of Health of Russia; 2018. 170 p. (in Russian).
12. Cherkasov S. N., Egizaryan K. A., Kurnosikov M. S., et al. Approaches to planning the need for specialized inpatient medical care. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko]*. 2017;5:78—86. (in Russian).
13. Boyko Yu. P., Shapovalova M. A., Ugurchieva H. Yu., et al. Medical and social portrait of women in childbirth (according to the regional perinatal center, Astrakhan). *Medical Bulletin of the Ministry of Internal Affairs. [Meditsinskiy vestnik MVD]*. 2020;6(109):4—16 (in Russian).
14. Shmelev I. A., Konovalov O. E. Experience in reducing the mortality of children and adolescents in the Samara region. *Russian Medico-Biological Bulletin named after Academician I. P. Pavlov. [Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I. P. Pavlova]*. 2015;23(2):76—79. (in Russian).
15. Ogul L. A., Shapovalova M. A., Yaroslavtsev A. S. Population reproduction. *International Journal of Applied and Fundamental Research. [Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij]*. 2011;11:68. (in Russian).
16. Askov N. N., Shmelev I. A., Sergeev V. V., et al. On the issue of reasonable risk and professional error of a medical worker in providing medical care to patients with a new coronavirus infection Covid-19. *Bulletin of Economics, Law and Sociology. [Vestnik jekonomiki, prava i sociologii]*. 2020;2:59—62. (in Russian).
17. Breusov A. V., Konovalov O. E., Kharitonov A. K., et al. Socio-demographic characteristics and health status of women of fertile age in the Moscow region. *Saratov Scientific Medical Journal. [Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal]*. 2019;15(1):72—77. (in Russian).
18. Shmelev I. A. Medical activity and gynecological morbidity of women of various ages. *Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. [Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov. Serija: Medicina]*. 2015;3:14—17. (in Russian).

## REFERENCES

1. Lisitsyn Yu. P., Ulumbekova G. E. *Public health and healthcare: textbook*. Moscow: GEOTAR-Media; 2011. (in Russian).
2. Genovese U., Del Sordo S., Casali M., et al. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*. 2017;7(1):010301. doi:10.7189/jogh.07.010301.
3. Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S. A data management model for proactive risk management in healthcare. *Advances in Systems Science and Applications*. 2020;20(1):114—118. doi:10.25728/assa.2020.20.1.864.

**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 18.04.2023; одобрена после рецензирования 10.10.2023; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 18.04.2023; approved after reviewing 10.10.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 614.1, 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.014

**Смертность населения в XXI веке: региональные особенности**  
Алексей Евгеньевич Краснов<sup>1✉</sup>, Эльмира Нурисламовна Мингазова<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация; Академия наук Республики Татарстан, г. Казань, Российская Федерация; ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Российская Федерация

<sup>1</sup> [aekmu@mail.ru](mailto:aekmu@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-7718-1650>

<sup>2</sup> [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

**Аннотация.** В статье представлен анализ динамики показателей смертности населения в Республике Татарстан за период с 2000 по 2022 годы, отражены особенности уровней смертности городского и сельского населения, выполнен анализ причин смертности, проведено сравнение с общероссийскими показателями. На основе методов статистической обработки данных обозначены тенденции смертности населения, построен прогноз стандартизированного коэффициента смертности в Республике Татарстан на текущее десятилетие. Практически все основные медико-демографические показатели смертности в Республике Татарстан имеют более низкие значения, чем в целом по России. Так, в Республике Татарстан в январе-октябре 2023 года общий коэффициент смертности составил 10,6 на 1000 человек, что ниже, чем в целом по стране — 11,9 на 1000 населения и является самым низким в Приволжском федеральном округе. Тем не менее, наиболее актуальными вызовами текущего десятилетия станут общее старение населения, как следствие — увеличение распространенности хронических неинфекционных заболеваний, рост затрат на лечебно-профилактическую помощь населению, увеличение нагрузки на систему здравоохранения, а также увеличение потребности в гериатрической помощи населению.

**Ключевые слова:** смертность, население, Республика Татарстан, стандартизированный коэффициент смертности, медицинская демография, статистика.

**Для цитирования:** Краснов А. Е., Мингазова Э. Н. Смертность населения в XXI веке: региональные особенности // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 96—101. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.014.

Original article

**Mortality in the 21st century: regional features**

Alex E. Krasnov<sup>1✉</sup>, Elvira N. Mingazova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, FMBA. Moscow, Russian Federation<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, FMBA. Moscow, Russian Federation; Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russian Federation; Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

<sup>1</sup> [aekmu@mail.ru](mailto:aekmu@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-7718-1650>

<sup>2</sup> [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

**Annotation.** The article presents an analysis of mortality rate dynamics among the population of the Republic of Tatarstan from 2000 to 2022. It reflects the peculiarities of mortality rates between urban and rural populations, conducts an analysis of causes of death, and compares these rates with nationwide Russian statistics. Using statistical methods to process the data, it identifies population mortality trends and forecasts the standardized mortality coefficient for the current decade in the Republic of Tatarstan. Almost all major medical and demographic mortality indicators in the Republic of Tatarstan have lower values than in Russia as a whole. Thus, in the Republic of Tatarstan in January-October 2023, the overall mortality rate was 10.6 per 1000 people, which is lower than in the country as a whole — 11.9 per 1000 population and is the lowest in the Volga Federal District. However, the most pressing challenges of the current decade will be the general aging of the population, as a result — an increase in the prevalence of chronic non-communicable diseases, an increase in the cost of medical and preventive care for the population, an increase in the burden on the healthcare system, as well as an increase in the need for geriatric care for the population.

**Key words:** mortality, population, Republic of Tatarstan, standardized mortality rate, medical demography, statistics.

**For citation:** Krasnov A. E., Mingazova E. N. Mortality in the 21st century: regional features. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):96–101. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.014.



## Введение

Начало нового тысячелетия для медицины в России характеризовалось как многочисленными медицинскими открытиями, существенным увеличением продолжительности жизни населения, так и новыми вызовами — вспышками массовых инфекционных заболеваний (пандемия гриппа H1N1 в 2009 году, пандемия COVID-19 в 2019—2023 гг.), сменой демографической картины в сторону «старения населения» и, как следствие, увеличением нагрузки на систему здравоохранения в целом [1—5].

Смертность населения является одним из основных медико-демографических и социально-экономических показателей, отражающих эффективность и качество системы здравоохранения в целом, ее адаптивность и гибкость в условиях стремительно развивающихся событий в России и в мире [6—8].

Комплексный анализ смертности за длительный период времени, построенный на критериях достоверности, открывает перспективы для решения организационно-методических проблем, в том числе по вопросам оказания амбулаторной и стационарной помощи пациентам в Республике Татарстан [9—11].

## Материалы и методы

Для анализа использованы статистические данные Федеральной службы государственной статистики<sup>1</sup>, Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан, Министерства здравоохранения Республики Татарстан [12—14]. Методы исследования — социально-гигиенический, статистический, аналитический.

## Результаты

Для анализа динамики уровня смертности населения за последние 22 года использован общий коэффициент смертности (отношение числа умерших на 1000 человек населения).

В таблице 1 представлены показатели общего коэффициента смертности за период с 2000 по 2022 годы в аспекте городского и сельского населения в Республике Татарстан (РТ) и Российской Федерации (РФ).

Анализ динамики общего коэффициента смертности населения Республики Татарстан в период с 2000 по 2022 год показал, что минимальный уровень смертности в целом по Татарстану был зафиксирован в 2019 году (10,7 на 1000 населения), самый высокий в 2021 году — период пика коронавирусной пандемии (15,1 на 1000 населения). В городской и сельской местности минимальный уровень смертности зафиксирован в 2019 году (9,7 и 14,1 на 1000 населения соответственно для города и села), максимальное значение коэффициента смертности — в 2021 году (14,1 и 18,3 на 1000 населения соответственно).

С 2000 по 2005 год наблюдался рост показателя смертности как в республике (с 13,1 до 13,8 на 1000 населения соответственно), так и в целом по Российской Федерации (с 15,3 до 16,1 на 1000 населения соответственно). Далее с 2006 по 2019 годы демографическая ситуация в Республике Татарстан характеризовалась позитивными тенденциями: снижения уровня смертности с 13,1 до 10,7 соответственно, что согласуется со среднероссийскими тенденциями (снижение показателя с 15,1 до 12,3 соответственно). Исключением является 2010 год, когда в результате аномально жаркой погоды в Европейской части России (последняя декада июня — первой половина августа) наблюдалась избыточная смертность. В 2020 — 2021 годах в связи с пандемией COVID-19 отмечается рост коэффициента смертности (в 2020 году прирост коэффициента смертности на 27,1% по сравнению с предыдущим годом). В 2022 году уровень смертности снизился до 11,2 на 1000 населения, вернувшись в границы 2018 года, при этом самый низкий уровень смертности 2019 года пока не достигнут.

В течение всего исследуемого периода уровень смертности городского населения был значительно ниже, чем в сельского (11,9 и 16,6 на 1000 населения в 2000 году соответственно; 10,3 и 14,1 на 1000 населения в 2022 году соответственно). Необходимо отметить, что уровень дифференциации смертности городского и сельского населения в целом по стране в 2000 году был ниже, чем в Республике Татарстан, а в 2022 году ситуация изменилась. Уровень смертности сельского населения по России в целом почти в 1,5 раза превышает уровень смертности горожан, при этом по Республике Татарстан превышение составляет около 1,4 раза.

Таблица 1  
Смертность по Республике Татарстан в XXI веке на 1000 населения

Годы	Городское и сельское население		Городское население		Сельское население	
	РТ	РФ	РТ	РФ	РТ	РФ
2000	13,1	15,3	11,9	14,6	16,6	18,2
2001	13,2	15,6	12,2	14,9	16,2	18,4
2002	13,7	16,2	12,4	15,4	17,2	18,1
2003	13,8	16,4	12,4	15,6	17,9	18,6
2004	13,6	15,9	12,4	15,2	17,0	17,4
2005	13,8	16,1	12,5	15,1	17,6	16,7
2006	13,1	15,1	11,8	14,3	17,0	16,7
2007	13,0	14,6	11,7	13,8	17,0	16,3
2008	13,0	14,5	11,6	13,8	17,0	16,1
2009	12,7	14,1	11,3	13,3	16,9	15,2
2010	13,1	14,2	11,9	13,5	16,8	14,8
2011	12,4	13,5	11,1	12,8	16,2	14,5
2012	12,1	13,3	10,9	12,8	15,8	14,5
2013	12,0	13,0	10,9	12,5	15,4	14,4
2014	12,1	13,1	10,9	12,6	15,8	14,2
2015	11,9	13,0	10,8	12,6	15,6	13,7
2016	11,4	12,9	10,3	12,4	15,0	13,6
2017	11,1	12,4	10,1	12,0	14,6	13,3
2018	11,2	12,5	10,1	12,0	14,8	15,4
2019	10,7	12,3	9,7	11,9	14,1	17,5
2020	13,6	14,6	12,5	14,3	17,1	13,8
2021	15,1	16,7	14,1	16,5	18,3	18,2
2022	11,2	12,9	10,3	12,6	14,1	18,4

<sup>1</sup> Федеральная служба государственной статистики. Демография. Естественное движение населения: [Электронный ресурс] <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

Таблица 2

## Смертность населения Республики Татарстан по отдельным классам причин смерти на 100 тыс. населения

Всего умерших	Из них умершие от:							
	болезней системы кровообращения	новообразований	внешних причин смерти	болезней органов дыхания	болезней органов пищеварения	болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	некоторых инфекционных и паразитарных болезней	
2000	1312,6	771,4	175,4	184,0	66,0	40,3	12,5	15,3
2001	1324,4	779,4	177,1	190,3	59,5	43,7	12,5	16,1
2002	1367,4	835,0	177,4	188,5	56,1	48,4	14,8	14,0
2003	1384,3	843,1	178,1	189,1	58,1	49,8	13,8	14,9
2004	1361,1	818,8	179,4	191,3	56,8	48,6	11,3	17,6
2005	1377,0	848,6	172,8	180,8	58,0	50,3	11,5	16,5
2006	1308,2	817,1	169,6	164,9	48,3	46,2	11,1	12,7
2007	1300,5	806,8	176,7	157,4	47,2	48,4	11,7	14,1
2008	1298,4	815,7	177,2	146,2	52,4	47,7	10,5	13,4
2009	1267,3	795,5	182,1	131,8	53,0	45,3	9,4	14,3
2010	1313,1	832,7	176,2	137,9	49,8	51,0	8,3	14,5
2011	1238,7	734,0	180,3	128,8	50,7	49,6	7,6	14,5
2012	1211,4	651,0	182,4	118,1	49,0	52,5	7,2	13,1
2013	1198,4	630,1	175,2	116,3	48,0	51,7	7,8	13,1
2014	1209,0	626,4	180,4	109,0	46,3	60,7	10,2	14,5
2015	1189,7	608,6	195,0	97,8	48,5	62,5	39,7	14,2
2016	1142,9	591,1	194,0	90,5	40,1	49,7	43,1	14,9
2017	1113,5	577,3	187,8	81,9	36,2	50,3	41,5	15,6
2018	1122,4	585,6	194,1	76,6	37,3	53,3	42,6	13,4
2019	1074,1	521,9	184,3	73,2	42,6	57,0	51,9	11,5
2020	1358,8	623,2	179,7	77,6	72,4	65,2	79,4	11,3
2021	1506,2	548,2	171,1	80,1	67,9	67,2	65,2	9,3
2022	1120,1	515,8	167,9	82,0	50,1	62,4	54,8	7,9

Высокий уровень смертности сельского населения объясняется возрастной структурой. Доля сельского населения старше трудоспособного возраста составляет 27,5% (мужчин 18,8%, женщин — 35,8%), при этом у городского населения она значительно ниже — 23,1% (мужчин 15,1%, женщин — 30%). Средний возраст сельского населения также превышает аналогичный показатель городского населения: 42,7 лет против 39,5 лет.

Для статистической оценки достоверности различия смертности городского и сельского населения в Республике Татарстан использован t-критерий Стьюдента. Сравниваются 2 генеральные совокупности — относительные показатели смертности городского (1 группа) и сельского населения (2 группа) за период 2000—2022 гг. на 1000 населения (таблица 1). Значение среднего в 1 группе составило 11,46, во второй группе 16,26. Значение статистики - 14,58, с 44 степенями свободы, значение  $p = 0,0001$  (при  $\alpha = 0,05$ ), что подтверждает статистически значимое различие между смертностью городского и сельского населения.

Дескриптивный анализ общего коэффициента смертности городского и сельского населения показал, что за анализируемый период средние значения уровня смертности сельского населения были в 1,4 раза выше, чем у городского населения: 16,3 на 1000 человек сельского населения против 11,5 на 1000 человек городского населения.

В 2000 г. 52,3% умерших составляли мужчины, 47,7% — женщины, в 2022 году удельный вес муж-

чин несколько снизился и составил 51,3%, женщин — увеличился до 48,7%. Средний возраст смерти мужчин составил в 2000 году — 61 год, женщин — 74,4 лет, тогда как к 2022 году он увеличился у мужчин до 69,7 лет, у женщин — до 79,7 лет. За рассматриваемый период число умерших мужчин сократилось на 11,6%, а женщин — на 8%.

Отмеченные тенденции изменения общего коэффициента смертности в Республике Татарстан полностью соответствуют среднероссийской динамике. Вместе с тем, сравнение уровня смертности в целом по Российской Федерации и Республике

Татарстан показало, что общий коэффициент смертности в Татарстане за все рассматриваемые годы был ниже среднероссийского. Однако различие было статистически незначимым.

В таблице 2 отражены показатели смертности населения Республики Татарстан с 2000 по 2022 годы по отдельным классам причин смерти. На протяжении всего рассматриваемого периода первое место среди причин смерти занимают болезни системы кровообращения (БСК). В 2000 году у 58,8% умерших причиной смерти были болезни системы кровообращения, в 2022 году их доля значительно снизилась, но также лидирует — 46%.

В период аномально высокой температуры воздуха 2010 года доминирующей причиной смерти являлись болезни системы кровообращения, показатель смертности составил 832,7 на 100 тыс. населения, что на 4,7% выше, чем в предыдущем году.

На втором месте в Республике Татарстан смертность от новообразований (в 2000 году — 13,4% от всех причин, в 2022 году — 15%), при этом относительный показатель демонстрирует снижение с 175,4 до 167,9 на 100 тыс. населения соответственно за выбранный период.

С 2020 по 2021 год наблюдается значительный рост смертности от всех причин — пик пандемии COVID-19: избыточная смертность зафиксирована преимущественно за счет болезней системы кровообращения (в 2019 году — 45,8% причин смертей, в 2020 — 48,5%), болезней органов дыхания (в 2019 году — 3,9% причин смертей, в 2020 — 5,3%). Аналогичную тенденцию демонстрируют болезни эндокринной системы: в 2019 году 4,8% всех смертей, в 2020 году — 5,8%, преимущественно за счет пациентов с сахарным диабетом, имеющих высокий риск смертности в условиях пандемии инфекционных заболеваний. Данная ситуация объясняется как увеличением вероятности декомпенсации хронической патологии (сахарный диабет, хроническая сердечная и легочная патология), так и увеличением риска острой сосудистой патологии на фоне коронавирусной инфекции.

С 2015 года наблюдается четырехкратный рост смертности от эндокринных причин, что связано с увеличением распространенности сахарного диабета и ожирения населения, а также изменением подходов к кодированию причин смертности.

Структура смертности населения республики в целом схожа со среднероссийской. Вместе с тем, следует обратить внимание на более высокий удель-

ный вес умерших от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ в Татарстане, который в 2022 году составлял 4,9% от всех умерших при 2,3% в среднем по Российской Федерации.

Для выявления факторов, оказывающих влияние на смертность населения, необходимо проанализировать возрастную структуру умерших (рис. 1). Наибольшую часть умерших составляют люди старше трудоспособного возраста. В 2000 году их доля составляла 70,8%, а в 2022 году достигла 77%. При этом, 38% умерших составляют лица старше 80 лет. Это связано как с изменением возрастной структуры населения, так и с ростом продолжительности жизни. В Республике Татарстан, как и по России в целом, наблюдается старение населения. Доля населения старше трудоспособного возраста увеличилась с 19,8% в 2000 году до 24,2% в 2022 году.

Кроме того, в возрастной группе старше 55—60 лет наблюдается тенденция резкого прироста уровня смертности от всех причин, один из пиков смертности зафиксирован у населения 70—74 лет. Одна из особенностей нашего времени — относительно низкая смертность в возрастной подгруппе — 75—79 лет, что объясняется рядом причин. В Республике Татарстан с 2008 года действуют региональные программы, а с 2010 — федеральные, направленные на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в рамках которых созданы и переоборудованы сосудистые центры (активное развитие хирургических рентгенэндоваскулярных методов лечения, тромболитическая терапия), налажена маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. Также пациенты, перенесшие острые сосудистые события, в течение первого года, получают льготное лекарственное обеспечение по программе БСК.

Представляется важным изучить динамику стандартизированных коэффициентов смертности, которые наиболее точно отражают изменения смертности. На рисунке 2 изображена динамика стандартизированного показателя смертности — коэффициента смертности населения, скорректированного до стандартного возрастного распределения, который рассчитывается как средневзвешенное значение возрастных коэффициентов смертности данного населения за исследуемый период 2000—2022 годы на 100 000 населения в Республике Татарстан. Расчёты проводились по Европейскому стандарту возрастной структуры. Возрастной коэффициент

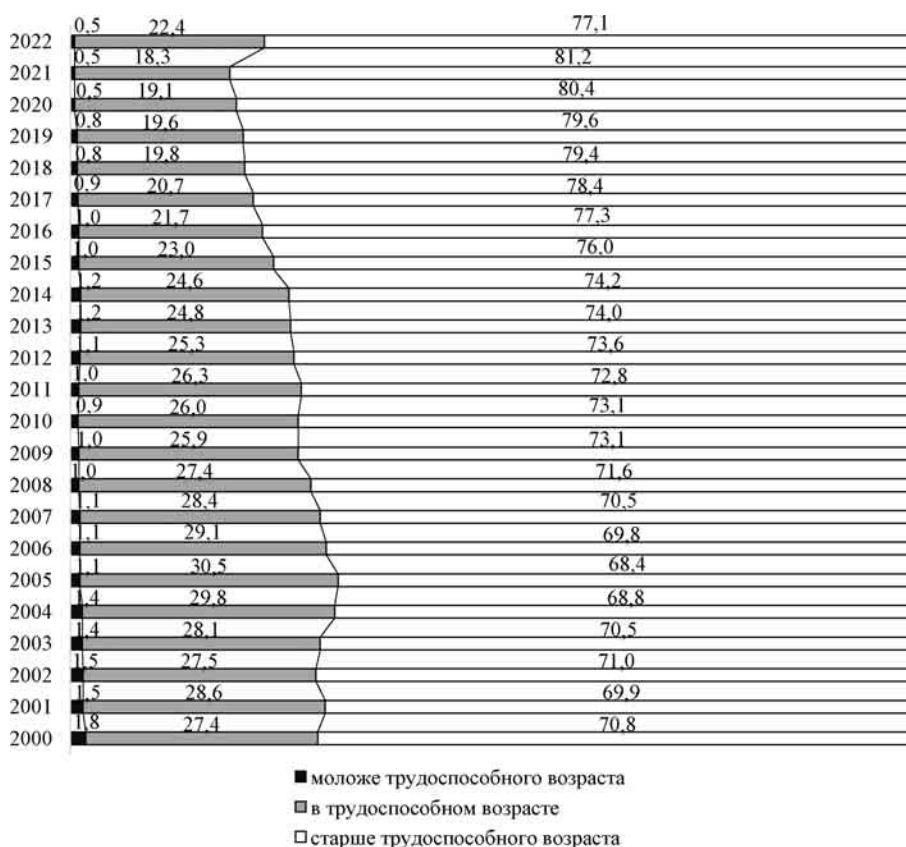


Рис. 1. Структура смертности по возрастным группам в 2000—2022 гг. (в процентах).

смертности ( $m_x$ ) для возраста  $x$  ( $x = 0, 1, \dots, 85+$ ) равен отношению числа умерших в данном возрасте ( $M_x$ ) к числу человеко-лет ( $P_x$ ), прожитых в рассматриваемый период и в соответствующем интервале возраста. Для коэффициентов, рассчитанных за один календарный год,  $P_x$  совпадает со среднегодовой численностью лиц возраста  $x$ . Общее число умерших за рассматриваемый период (обычно за 1 год) можно представить как  $M = m_0 P_0 + m_1 P_1 + \dots + m_{85+} P_{85+}$ .

За рассматриваемый период изменение показателей имело неоднозначную динамику. В 2000—2003 годы отмечается ежегодный рост стандартизированного коэффициента смертности у мужчин, с 2004 по 2009 годы зафиксировано снижение показателя, в 2010 году — вновь рост показателя, а в 2011—2019 годах наблюдается положительная динамика в виде снижения показателя. В 2020—2021 годах из-за пандемии COVID-19 отмечен значительный прирост стандартизированного показателя смертности, а в 2022 году коэффициент вновь вернулся к уровню 2019 года, что совпадает с динамикой общего коэффициента смертности. У женщин наблюдается сопоставимая динамика стандартизированного коэффициента смертности, однако показатели смертности женского населения значительно ниже, чем у мужчин.

Для статистической оценки достоверности различия стандартизированных коэффициентов смертности мужского и женского населения в Республике Татарстан был использован  $t$ -критерий Стьюдента. Проведено сравнение 2 генеральных со-

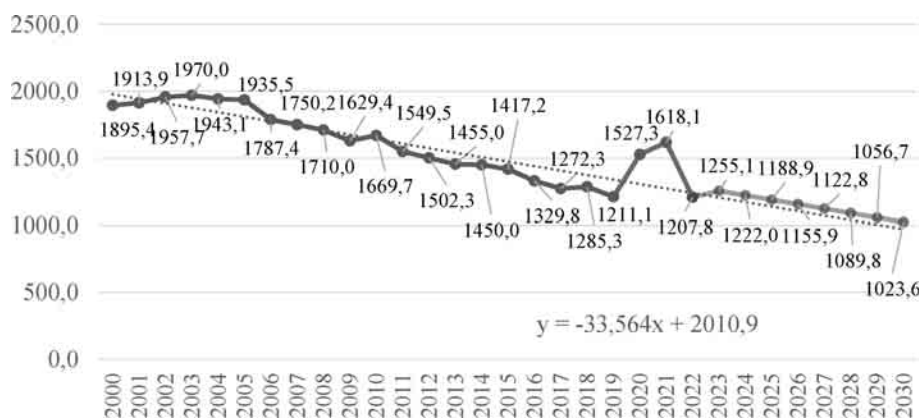


Рис. 2. Стандартизованный показатель смертности, 2000—2030 гг. на 100 000 населения.

вокупностей — стандартизованные показатели смертности мужчин (1 группа) и женщин (2 группа) за период 2000—2022 гг. Значение среднего в 1 группе составило 1608,17, во второй группе 754,23. Значение статистики 14,71898, с 30 степенями свободы, значение  $p=0,0001$  (при  $\alpha = 0,05$ ), что подтверждает статистически значимое различие между стандартизованным коэффициентом смертности у мужчин и женщин. Таким образом, в среднем за рассматриваемый период, смертность мужского населения в 2 раза превышает смертность женского населения.

На основе имеющихся данных построен прогноз динамики стандартизованного показателя смертности в Республике Татарстан до 2030 года — рисунок 2. Динамика стандартизованного показателя за исследованный период в Татарстане демонстрирует линейный тренд. Прогноз смертности на ближайшие годы характеризуется позитивной тенденцией снижения показателя.

### Обсуждение

Практически все основные медико-демографические показатели смертности в Республике Татарстан имеют более низкие значения, чем в целом по России. Текущую демографическую ситуацию в плане динамики показателей можно охарактеризовать как позитивную. Вместе с тем, наиболее актуальными вызовами текущего десятилетия станут общее старение населения, как следствие — увеличение распространенности хронических неинфекционных заболеваний, рост затрат на лечебно-профилактическую помощь населению, увеличение нагрузки на систему здравоохранения, а также увеличение потребности в гериатрической помощи населению.

### Заключение

Исследуемый период времени характеризовался следующими тенденциями: снижение показателей смертности от всех причин за период с 2005 по 2019 год, с 2022 года по настоящее время; увеличение общей смертности в период коронавирусной пандемии (2020—2021 годы). Основной вклад в избыточную смертность в Республике Татарстан во время пиков заболеваемости COVID-19 внесли болезни

системы кровообращения, на втором и третьем месте — болезни органов дыхания и эндокринная патология. Население республики характеризуется высоким уровнем возрастной дифференциации городского и сельского населения — в городской местности проживает большее количество молодого населения, демонстрирующее более низкие показатели смертности. Обозначена еще с начала века проблема половой дифференцированности показателей смертности — избыточная смертность мужского

населения, как правило, трудоспособного и старше трудоспособного возраста, за исследуемый период сохраняется, хоть и демонстрирует постепенное снижение смертности мужского населения и увеличение показателя среднего возраста смерти мужчин до 69,7 лет на 2022 год. На примере стандартизованного показателя смертности построено статистический прогноз на текущее десятилетие, демонстрирующий позитивную динамику в виде снижения смертности населения Республики Татарстан. Анализ динамики медико-демографических показателей является инструментом планирования и организации медицинской помощи населению, совершенствования системы здравоохранения Республики Татарстан.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шарапова О. В., Самойлова А. В., Мингазова Э. Н., Герасимова Л. И. Картографический анализ состояния показателей общей заболеваемости и смертности населения в субъектах Российской Федерации за 10-летний период. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(спецвыпуск):822—826. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-822-826
2. Кравченко И. Э., Галиева А. М., Вафин А. Ю. Актуальность проблемы и современное положение с инфекционной заболеваемостью в Российской Федерации. *Казанский медицинский журнал*. 2021;102(1):85—91. doi: 10.17816/KMJ2021-85
3. Мингазова Э. Н., Щепин В. О., Железова П. В., Садыкова Р. Н. Современные особенности рождаемости и смертности населения Центральной России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(5):858—864. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-858-864
4. Гонатаева А. Г., Кирова И. В. Демографическое старение населения: причины и последствия. *Экономика и бизнес: теория и практика*. 2023;103(9):53—60. doi: 10.24412/2411-0450-2023-9-53-60
5. Краснов А. Е., Мингазова Э. Н. Показатели первичной медико-санитарной помощи населению с учетом медико-демографических особенностей региона. *Менеджер здравоохранения*. 2023;(11):10—16. doi: 10.21045/1811-0185-2023-11-10-16
6. Коробкова О. К. Организационно-экономический механизм предоставления медицинских услуг населению в условиях цифровой экономики как один из аспектов инновационного развития сферы здравоохранения. *Вестник Волгоградского института бизнеса*. 2017;39(2):67—72.
7. Бакирова Э. А., Мингазова Э. Н. Совершенствование медицинской помощи сельскому населению посредством управления бизнес-процессами. *Менеджер здравоохранения*. 2020;(8):20—26. doi: 10.37690/1811-0185-2020-8-20-26
8. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Шигабутдинова Т. Н., Мансурова Р. Г. Динамика основных показателей заболеваемости населения Республики Татарстан. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2020;66(2):5—10.

9. Яруллин А. Х., Карпукхин Е. В., Мингазова Э. Н. Репродуктивно-демографические процессы в Республике Татарстан. М.: Медицина; 1998.
10. Мингазова Э. Н. Репродуктивный потенциал девушек-подростков г. Казани. *Казанский медицинский журнал*. 2005;86(4):302—305.
11. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Шигабутдинова Т. Н. Основные тенденции медико-демографических показателей в Республике Татарстан (1991—2018). *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2019;(3):5—10.
12. Гатауллина Н. В., Краснова О. М., Бирюкова Е. А. Демографический ежегодник Республики Татарстан. Статистический сборник. Татарстан: Татарстанстат; 2022.
13. Гатауллина Н. В., Краснова О. М., Бирюкова Е. А. Демографический ежегодник Республики Татарстан. Статистический сборник. Татарстан: Татарстанстат; 2023.
14. Гатауллина Н. В., Краснова О. М., Бирюкова Е. А. Возрастно-половой состав населения городских округов и муниципальных районов Республики Татарстан на начало 2023 г. Статистический сборник. Татарстан: Татарстанстат; 2023.
5. Krasnov A. E., Mingazova E. N. Indicators of Primary Medical and Sanitary Assistance to the Population Considering Medicodemographic Characteristics of the Region. *Healthcare manager. [Manager Zdravookhraneniya]*. 2023;(11):10—16 (in Russian). doi: 10.21045/1811-0185-2023-11-10-16
6. Korobkova O. K. The organizational and economic mechanism for providing medical services to the population in the digital economy as one of the aspects of innovative development of the healthcare sector. *Bulletin of Volgograd Business Institute. [Vestnik Volgogradskogo instituta biznesa]*. 2017;39(2):67—72 (in Russian).
7. Bakirova E. A., Mingazova E. N. Improving medical care for the rural population through business process management. *Healthcare manager. [Manager Zdravookhraneniya]*. 2020;(8):20—26 (in Russian). doi: 10.37690/1811-0185-2020-8-20-26
8. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N., Mansurova R. G. Dynamics of the main morbidity indicators of the population of the Republic of Tatarstan. *Public health and healthcare. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniya]*. 2020;66(2):5—10 (in Russian).
9. Yarullin A. Kh., Karpukhin E. V., Mingazova E. N. Reproductive and demographic processes in the Republic of Tatarstan. M.: Medicine; 1998 (in Russian).
10. Mingazova E. N. Reproductive potential of teenage girls in Kazan. *Kazan Medical Journal. [Kazanskiy medicinskiy zhurnal]*. 2005;86(4):302—305 (in Russian).
11. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N. Main trends in medical and demographic indicators in the Republic of Tatarstan (1991—2018). *Public health and healthcare. [Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniya]*. 2019;(3):5—10 (in Russian).
12. Gataullina N. V., Krasnova O. M., Biryukova E. A. Demographic yearbook of the Republic of Tatarstan. Statistical collection. Tatarstan: Tatarstanstat; 2022 (in Russian).
13. Gataullina N. V., Krasnova O. M., Biryukova E. A. Demographic yearbook of the Republic of Tatarstan. Statistical collection. Tatarstan: Tatarstanstat; 2023 (in Russian).
14. Gataullina N. V., Krasnova O. M., Biryukova E. A. Age and sex composition of the population of urban districts and municipal districts of the Republic of Tatarstan at the beginning of 2023. Statistical collection. Tatarstan: Tatarstanstat; 2023 (in Russian).

## REFERENCES

1. Sharapova O. V., Samoilova A. V., Mingazova E. N., Gerasimova L. I. Cartographical analysis of the status of indicators of total morbidity and mortality of population in subjects of the Russian Federation for 10 years. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine. [Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini]*. 2020;28(Special Issue):822—826 (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-822-826
2. Kravchenko I. E., Galieva A. M., Vafin A. Yu. Relevance of the problem and the current situation with infectious morbidity in the Russian Federation. *Kazan Medical Journal. [Kazanskiy medicinskiy zhurnal]*. 2021;102(1):85—91 (in Russian). doi: 10.17816/KMJ2021-85
3. Mingazova E. N., Schepin V. O., Zhelezova P. V., Sadykova R. N. Current indicators of fertility and mortality of population in the region of central Russia. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine. [Problemi socialnoigigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini]*. 2019;27(5):858—864 (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-858-864
4. Gonataeva A. G., Kirova I. V. Demographic aging of the population: causes and consequences. *Economics and business: theory*

**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 27.12.2023; одобрена после рецензирования 24.01.2024; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 27.12.2023; approved after reviewing 24.01.2024; accepted for publication 05.02.2024.

# Социальная структура, социальные институты и процессы

Научная статья

УДК 316.334.56+614.1

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.015

## Потребление наркотиков в Москве: опыт социологической оценки

Игнат Викторович Богдан<sup>1✉</sup>, Максим Дмитриевич Горносталев<sup>2</sup>,  
Владимир Александрович Кузьменков<sup>3</sup>, Татьяна Александровна Потяева<sup>4</sup>,  
Дарья Павловна Чистякова<sup>5</sup>

<sup>1–3, 5</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы, Российская Федерация, 115088, г. Москва, ул.  
Шарикоподшипниковская, д. 9;

<sup>4</sup>Уполномоченный по правам человека в г. Москве, Российская Федерация, 127006, Москва, Успенский пер.,  
д. 14, стр. 1.

<sup>1</sup>BogdanIV@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7002-1646>

<sup>2</sup>GornostalevMD@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0989-5077>

<sup>3</sup>KuzmenkovVA@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9872-1417>

<sup>4</sup>info@ombudsman.mos.ru

<sup>5</sup>chistyakovadp@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8729-9898>

**Аннотация.** Государственный антинаркотический комитет характеризует наркоситуацию в Москве как «нейтральную», однако анализ статистической информации свидетельствует о росте смертности от злоупотребления наркотиками. С целью комплексной диагностики проблемы и анализа её факторов авторами проведено эмпирическое социологическое исследование по репрезентативной выборке (N=1002). Отношение к употребляющим наркотики у населения в целом характеризуется страхом и дистанцией, люди поддерживают более жесткие меры. Опыт употребления наркотиков, хотя бы разовый, выше в среде мужчин молодого и среднего возраста, чаще всего — сотрудников частных компаний. Главная причина вовлечения в наркоманию — влияние коллектива друзей, коллег или родственников. Дана оценка группы наркотического риска с точки зрения социального вовлечения. Среди возможных причин распространения наркотиков москвичи называют криминал, социально-психологические проблемы и влияние массовой культуры. Сформулированы направления работы по противодействию наркотизации.

**Ключевые слова:** антинаркотическая политика, Москва, наркомания, потребление наркотиков, правоохранительные органы, психоактивные вещества, смертность.

**Для цитирования:** Богдан И. В., Горносталев М. Д., Кузьменков В. А., Потяева Т. А., Чистякова Д. П. Потребление наркотиков в Москве: опыт социологической оценки // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 102—108. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.015.

## Social structure, social institutions and processes

Original article

### Drug Use in Moscow: A Sociological Assessment

Ignat V. Bogdan<sup>1✉</sup>, Maksim D. Gornostalev<sup>2</sup>, Vladimir A. Kuzmenkov<sup>3</sup>, Tatyana A. Potyaeva<sup>4</sup>, Darya P. Chistyakova<sup>5</sup>

<sup>1–3, 5</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Russian Federation, Moscow, 115088, 9 Sharikopodshipnikovskaya St.;

<sup>4</sup>Ombudsman for Human Rights in Moscow, Russian Federation, Moscow, 127006, Uspenskiy lane, 14, bld. 1

<sup>1</sup>BogdanIV@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7002-1646>

<sup>2</sup>GornostalevMD@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0009-0002-0989-5077>

<sup>3</sup>KuzmenkovVA@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9872-1417>

<sup>4</sup>info@ombudsman.mos.ru

<sup>5</sup>chistyakovadp@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8729-9898>

**Annotation.** The State Anti-Drug Committee describes the drug situation in Moscow as «neutral», however statistics data show a rise in drug-related mortality. The authors conducted an empirical sociological study on a representative sample (N=1002) in order to fully ana-

© И. В. Богдан, М. Д. Горносталев, В. А. Кузьменков, Т. А. Потяева, Д. П. Чистякова, 2024

lyze the issue and its factors. Fear and distancing define attitudes toward drug users in general, and people support harsher measures. Young and middle-aged men, who are frequently employees of private companies, are more likely to have used drugs at least once. The influence of friends, coworkers, or relatives is the primary cause of drug involvement. The study assessed the drug risk group based on social factors. Muscovites list criminal activity, social and psychological issues, mass culture's influence as potential causes of the drugs spreading. The study presents guidelines for the anti-drug addiction strategies.

**Key words:** anti-drug policy, Moscow, drug addiction, drug use, law enforcement agencies, psychoactive substances, mortality.

**For citation:** Bogdan I. V., Gornostalev M. D., Kuzmenkov V. A., Potyaeva T. A., Chistyakova D. P. Drug Use in Moscow: A Sociological Assessment. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):102–108. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.015.

## Введение

Государственный антинаркотический комитет определяет наркоситуацию в Российской Федерации в целом как «нейтральную», исчисляя общее число пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, в 388,4 тыс. человек<sup>1</sup>. Аналогично характеризуется и ситуация в Москве. В городе, по официальным данным, отмечены позитивные изменения<sup>2</sup>; как по криминологическим, так и собственно медицинским показателям, столица не принадлежит к числу регионов с высокой наркотизацией населения. Однако детальный анализ показывает наличие определённых статистических парадоксов.

Так, за последние 10 лет число зарегистрированных москвичей с диагнозом «наркотическая зависимость» сократилось, но смертность от причин, вызванных наркотиками, увеличилась (рис. 1). Объяснение может заключаться в росте числа потребителей психоактивных веществ (ПАВ), которые попадают в поле зрения медицинских служб только после смерти. Таким образом, часть наркозависимых находятся вне системы официального учёта и «повляются» в ней только как умершие.

Кроме того, немалое число случаев смертности от наркотиков с 2015—2016 гг. может маркироваться как смертность от «неуточнённой кардиомиопатии» [1, с. 48; 2, с. 326], что также искажает статисти-

ческие данные. При пересчёте показателей по смертности от наркотических отравлений Москва может иметь низкую позицию по этому показателю среди регионов [2, с. 326]. Существенное влияние на наркотизацию москвичей оказала и пандемия коронавируса [3].

Актуальность проблеме добавляет то, что для столицы велики риски наркотизации в силу коммерческой привлекательности рынка. В контексте реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года<sup>3</sup>, которая предусматривает существенное улучшение наркоситуации в стране, видится необходимым интенсифицировать работу по, во-первых, совершенствованию методологии подсчёта числа наркозависимых, во-вторых, превенции наркомании среди москвичей.

## Материалы и методы

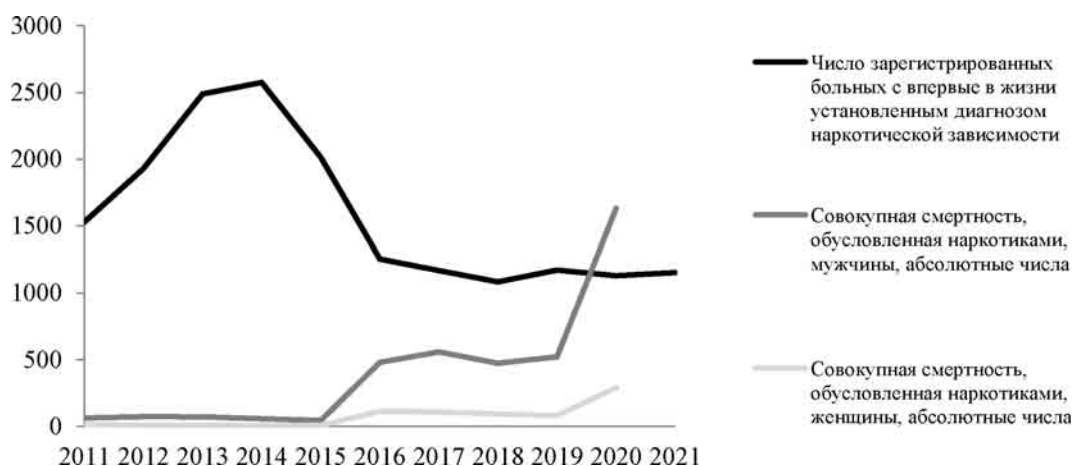
Цель исследования — выявление представлений москвичей (в целом) о потреблении психоактивных веществ. В рамках поставленной цели была произведена также оценка мотивации и факторов вовлечения в наркопотребление, структура и особенности использования ПАВ.

Эмпирическое социологическое исследование проводилось в период с 11 октября по 19 октября 2022 года среди москвичей 18 лет и старше, постоянно проживающих в столице. Опрос проведён с

<sup>1</sup> Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2021 году (выдержка) [Электронный ресурс]. Государственный антинаркотический комитет. <https://media.mvd.ru/files/embed/4498892>

<sup>2</sup> Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2020 году (выдержка) [Электронный ресурс]. Государственный антинаркотический комитет. <https://media.mvd.ru/files/embed/2175467>

<sup>3</sup> Указ Президента РФ «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года». Подписан 23 ноября 2020 года, № 733 [Электронный ресурс]. Сайт «Президент России». <http://kremlin.ru/acts/news/64480>



**Рис. 1.** Смертность, обусловленная наркотиками, в Москве (график построен по статистическим данным Центра медицинской статистики НИИОЗММ ДЗМ и Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС)).

использованием случайной двухосновной стратифицированной выборки московских мобильных и стационарных телефонов (САТИ). Такой дизайн выборки способствовал обеспечению её репрезентативности.

Респонденты опрашивались по анкете, состоявшей из двух версий. Первая, сокращенная версия, изучала отношение к употреблению наркотиков в целом, по второй версии анкеты опрашивались только респонденты, которые указали, что они лично или через окружение сталкивались с проблемой потребления наркотиков. В целом было опрошено 1002 жителя города Москвы. Характеристика выборки: мужчины — 44,3%, женщины — 55,7%. Распределение по возрастным диапазонам: 18—34 года — 23,4%, 35—49 лет — 30,2%, 50—64 года — 24,4%, 65 лет и старше — 22,1%. Оценка максимальной ошибки выборки составляет  $\pm 3,09\%$  ( $CI=95\%$ ). Пропорции, представленные в выборке, совпадают с данными Росстата по Москве с точки зрения половозрастного состава жителей столицы (с учетом допустимой погрешности).

По техническим причинам число опрошенных по второй части анкеты ( $N=309$ ) несколько меньше (на 85 респондентов) тех, кто должен был быть по ней опрошен ( $N=394$ ). При этом, опрошенные представляют собой случайную выборку из массива тех, кто должен был быть опрошен, что позволяет рассматривать проценты (не абсолютные значения) для данной подвыборки ( $N=309$ ) как валидные ( $\pm 2,59\%$ ,  $CI=95\%$ ) и в отношении всех опрошенных по расширенной версии анкеты ( $N=394$ ).

С одной стороны, необходимо подчеркнуть, что исследование является социологическим, оно основывается на самоотчетах людей, которые могут быть подвержены когнитивным искажениям или эффекту социальной желательности (который можно предполагать выраженным для такой достаточно табуированной темы как наркопотребление). С другой стороны, имеющиеся альтернативные методы оценки ряда приводимых в исследовании параметров, такие как оценка по криминальной или медицинской статистике, также не учитывают проблематику во всей её полноте и не охватывают значительную часть вопросов (например, по причине того, что значительная часть людей в эту статистику по тем или иным причинам не попадает) и не могут считаться эталоном с точки зрения объективности. Таким образом, социологические данные имеют полное право быть рассмотренными наряду с данными «более объективной» статистики в рамках всестороннего анализа темы.

Анализ данных производился с помощью IBM SPSS Statistics версии 26.0, использовались критерий  $\chi$ -квадрат,  $z$ -тест, доверительный интервал во всех случаях определён на уровне 95%. Проверка статистических критериев (связей, сравнения долей) производилась на невзвешенных данных.

### Результаты

При использовании открытых вопросов, подразумевающих свободные ассоциативные ответы, бы-

ло выявлено, что образ наркомании связан у большинства респондентов с необходимостью её лечения, в том числе принудительного (730,  $73\pm 1,4\%$ ), и изоляции наркозависимых (189,  $19\pm 1,2\%$ ). Необходимость реабилитации отмечается более чем в 20 раз реже. Предпосылками наркотизации респонденты видят личные качества человека, в первую очередь, это «слабость» — духовная, волевая (660,  $66\pm 1,5\%$ ). И только 16 ( $2\pm 0,4\%$ ) респондентов давали сочувствующие комментарии об «оступившихся» людях, которым надо посочувствовать.

С целью изучения социального восприятия потребления наркотиков респондентам был предложен выбор из ряда высказываний, которые отражают возможные противоречия в общественном мнении по вопросам отношения к потреблению наркотических веществ (рис. 2).

Никогда не употребляли наркотики, по их словам, 780 опрошенных респондентов ( $78\pm 1,3\%$ ). Ключевая причина отказа от потребления наркотиков — это отсутствие желания их приема (580,  $74\pm 1,6\%$ ), 197 человек ( $25\pm 1,6\%$ ) пугает зависимость, значительное количество — потеря уважения близких (117,  $15\pm 1,3\%$ ), ранняя смерть (116,  $15\pm 1,3\%$ ) и опасность сопутствующих заболеваний (112,  $14\pm 1,3\%$ , рис.3).

Количество респондентов, заявивших о наличии *личного опыта потребления* наркотических средств хотя бы раз в жизни составляет 212 человек ( $21\pm 1,3\%$ ), чаще это мужчины (133,  $63\pm 3,3\%$ ,  $p \leq 0,001$ ) и лица до 50 лет ( $159, 30\pm 2\%$   $p \leq 0,001$ ).

Результаты исследования демонстрируют различные форматы первого потребления наркотиков. Основной — это отдых с друзьями и коллегами, который отличается по локации: «в гостях у друзей, знакомых» (25,  $26\pm 4,4\%$ ), «на природе, за городом» (19,  $20\pm 4\%$ ), «на улице, во дворе или подъезде» (19,  $19\pm 3,9\%$ ). Как видно, первый приём наркотиков часто связан с организованной досуговой деятельностью в дружеском коллективе. Подтверждает это и то, что самое большое представительство в выборке имеют друзья (121,  $39\pm 2,8\%$ ) как группа тех, кто чаще всего сталкивался с проблемами употребления наркотиков. Второе место занимает вариант «другое», включающий знакомых (их следует отличать от друзей), детей, разных родственников.

Количество респондентов, которые считают, что *лично или через свое окружение* сталкивались с *проблемой* потребления наркотиков, составляет 394 ( $39\pm 1,5\%$ ).

309 респондентам, признавшимся, что они лично или через собственное окружение сталкивались с наркоманией (см. методические замечания в соответствующем разделе), дополнительно задавался вопрос о причинах употребления наркотиков. Доминирование варианта «за компанию» (185,  $65\pm 2,8\%$ ) подтверждает важную роль коллективного времяпровождения в процессе вовлечения в употребление наркотиков. Также для данных респондентов употребление наркотиков вызывало любопытство (166,  $58\pm 2,8\%$ ), производилось ради получения удо-





Рис. 2. Отношение к различным высказываниям о потреблении наркотиков. Вопрос задавался всем респондентам (N=1002). На рисунке исключен вариант ответа «Затрудняюсь ответить».

вольствия (144, 50±2,8%) и снятия психологического напряжения (80, 28±2,5%).

Исследование свидетельствует о не критичности лиц, употребляющих наркотики. Те, кто испытывал проблемы с ПАВ, достаточно хорошо (4,4 балла из 5) оценивают отношения с близкими людьми. Примерно та же ситуация наблюдается и в самооценке здоровья, оно преимущественно оценивается такими лицами как хорошее, реже — как удовлетворительное, и только каждый четвертый говорит о слабом здоровье.

Опрос показывает преимущественное распространение в декларируемом опыте респондентов и их окружения растительных, «лёгких» наркотиков, таких как каннабиноиды (84, 27±2,5%), чуть меньше распространены синтетические наркотики и стимуляторы (72, 23±2,4%) и опиоиды (66, 21±2,3%).

Основной фактор употребления определенных групп наркотиков — их доступность (130, 40±2,7%), т. е. дешевизна, отсутствие регулирования (не запрещён в стране, в которой был употреблен), наличие именно такого наркотика в компании. Опасение также вызывают представления о лёгкости и безвредности определённых типов наркотиков (5%), также отмечалось существование моды на наркотики (4%).

Возвращаясь к восприятию общества в целом, причины употребления наркотических средств, по мнению москвичей, отображены на рисунке 4.

Мнение москвичей по поводу эффективности мер по борьбе с употреблением наркотиков представлено в та-

блице 1. Респонденты оценили среднюю остроту проблемы употребления наркотиков в Москве на 6,29 балла из 10. При этом в оценке изменения наркоситуации в столице преобладает скорее негативный настрой: 197 (20±1,3%) находят позитивные сдвиги, 560 (56±1,4%) уверены, что изменений к лучшему нет, остальные — негативисты. Амбивалентна и оценка антинаркотической политики в городе: примерно равны доли и тех, кто оценивает её как эффективную, оценивает положительно (439, 44±1,3%), и тех, кто воспринимает её как неудачную (369, 37±1,2%), затрудняется с ответом каждый пятый горожанин (194, 19±1,2%).

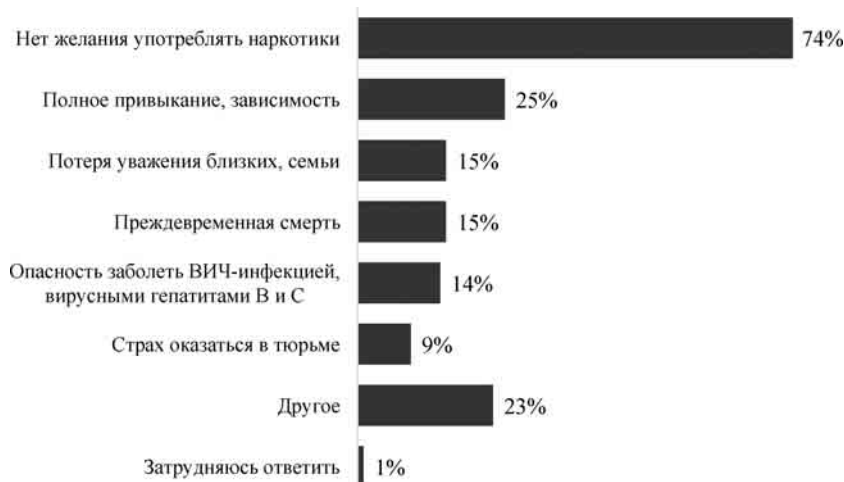


Рис. 3. Личные причины отказаться от употребления наркотиков (вопрос задавался только тем респондентам, которые отрицали факты потребления наркотиков, N=780). Сумма ответов превышает 100%, т. к. возможен выбор нескольких вариантов ответа.

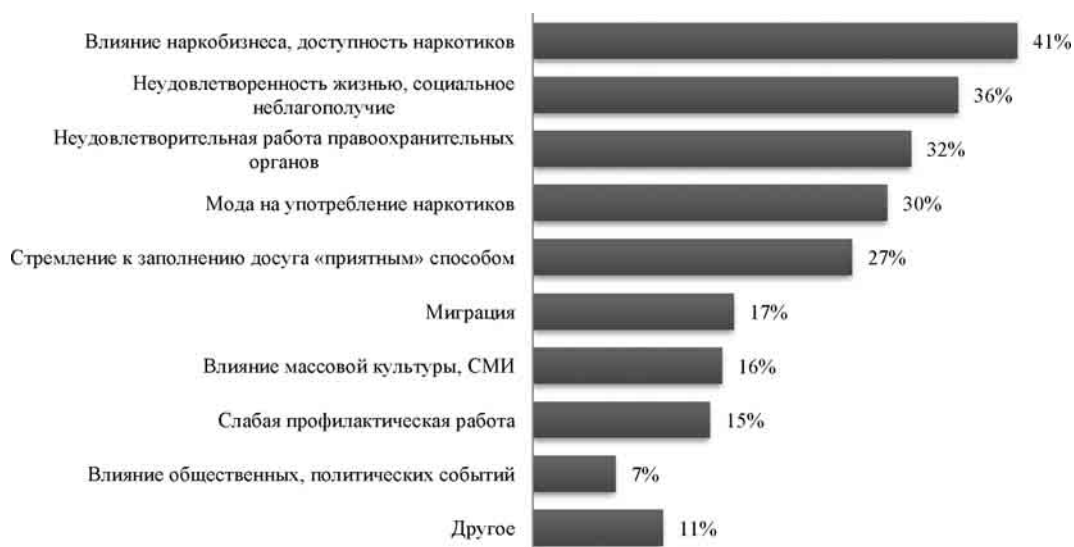


Рис. 4. Причины распространения употребления наркотиков в Москве. Сумма ответов превышает 100%, т. к. возможен выбор нескольких вариантов ответа, вариант «затрудняюсь ответить» исключён. Вопрос задавался всем респондентам (N= 1002).

### Обсуждение

Основные элементы образа наркозависимого в массовом сознании включают ряд аспектов: «жесткое» восприятие наркомании, склонность к жестким реактивным мерам (что в совокупности с желанием изолировать употребляющих может рассматриваться как проявление страха); оценка наркомании скорее как субъективного выбора человека, а не макросоциальной проблемы; осуждение людей с наркоманией и желание дистанцироваться от них. Наркопотребители сильно стигматизированы, у москвичей доминирует идея их социального исключения без права возвращения к полноценной общественной жизни. Такие установки создают проблемы для реинтеграции бывших наркоманов в социум.

Менее стигматизирующие и гуманные установки в отношении наркозависимых разделяют молодые люди 18—34 лет ( $p \leq 0,05$ ) и те, у кого есть опыт употребления наркотиков ( $p \leq 0,05$ ). Более позитивное отношение молодёжи может быть связано в том числе и с личным опытом потребления и в целом с информированностью о теме наркотиков. Декларируемая форма гражданской ответственности в борьбе с наркоманией избирательна, её можно сформулировать как «сообщу о фактах торговли наркоти-

ками, но подумаю о необходимости пожаловаться на человека, который их потребляет». При этом молодёжь чаще других возрастных групп не готова проявлять гражданскую активность по факту обнаружения потребления (139,  $59 \pm 3,2\%$ ,  $p \leq 0,004$ ) и распространения (59,  $25 \pm 2,8\%$ ,  $p \leq 0,004$ ) наркотиков.

Применительно к употреблению наркотических средств необходимо подчеркнуть два важных обстоятельства. Во-первых, первый приём наркотиков часто связан с организованной досуговой деятельностью в коллективе друзей или коллег. Во-вторых, влияние окружения на вовлечение человека в приём наркотиков существенно более сильное в неформальной обстановке.  $39 \pm 1,5\%$  москвичей, знакомых самостоятельно или по опыту своего окружения с проблемами с наркотиками, мы можем рассматривать как группу наркотического риска. При этом нельзя сказать, что всех «оставшихся» эта проблема обойдет стороной, т. к. наркомания является проблемой, которая «пронизывает» все слои общества. Также, как было отмечено в методологическом разделе, ряд респондентов могли скрыть при интервью свое непосредственное знакомство с данной сферой или же не считать это «проблемой» (респондентов спрашивали про «проблему потребления наркотиков»). В пользу последнего говорит значимо меньшее число тех, кто считает, что лично сталкивался с этой проблемой чем тех, кто говорил, что имел опыт потребления наркотиков когда-либо в жизни.

По данным нашего исследования, опыт употребления ПАВ более широко распространен в среде мужчин 18—49 лет, что в целом согласуется с другими работами [например, 4, с. 152; 5, с. 125]. В группе наркотического риска находятся представители трудоспособного и экономического активного населения, в особенности сотрудники частных компаний (117,  $43 \pm 3\%$ ,  $p \leq 0,001$ ). Поэтому можно согласиться с авторами ранее проведенного в столице исследования: «особую тревогу не может не вызывать

#### Оценка эффективности мер по борьбе с употреблением наркотиков (вопрос задавался всем респондентам, N=1002)

№	Вариант ответа	Средний балл
1	Легализация, законность «лёгких» наркотиков	2,1
2	Улучшение доступности досуговых заведений и мероприятий	3,7
3	Увеличение информации о вреде наркотиков для здоровья и жизни	3,8
4	Ужесточение наказаний за производство и распространение наркотиков	4,2
5	Введение наказания за употребление наркотиков	3,4
6	Увеличение специальных курсов / тем в школах по вопросам профилактики наркомании	3,7
7	Расширение тестирования школьников и студентов на употребление наркотиков	3,5

тот факт, что группой риска в этой ситуации оказываются не маргиналы, а вполне адаптированные, судя по образовательному цензу, жители столицы» [2, с. 48].

В обосновании респондентами причин употребления наркотиков в городе встречаются три логики.

Первая — «полицейская логика» (735, 73±1,5%), объединяющая варианты «влияние наркобизнеса, доступность наркотиков» и «неудовлетворительная работа правоохранительных органов». В обществе сформирован «образ врага» — наркобизнеса (наркоторговца), который существует в т. ч. по причине недостаточной, по мнению населения, работы правоохранительных органов.

Вторая — «социально-психологическая» (631, 63±1,5% ответов), включает варианты «неудовлетворённость жизнью, социальное неблагополучие» и «стремление к заполнению досуга „приятным образом“» (ответы, чаще упоминаемые молодыми людьми до 34 лет (111, 48±3,3%,  $p \leq 0,05$  и 86, 37±3,2%,  $p \leq 0,05$  соответственно)) и тем самым отражает ценности гедонизма. Данные варианты фиксируют наличие экзистенциальных проблем, выражающихся в бессмысленности жизни, «духовном вакууме», широком распространении аномии в среде москвичей. Не случайно употребление наркотиков коррелирует с безработицей и с распространением ВИЧ-инфекции [5], а также с высокими суицидальными рисками [6].

Третья логика — «влияние массовой культуры» (461, 46±1,3% ответов) — включает варианты «мода на употребление наркотиков», «влияние массовой культуры, СМИ».

В оценке мер по противодействию наркотизации также наиболее популярно «полицейское мышление»: ужесточение наказаний за употребление, производство и распространение наркотиков принимается на 4,2 балла из 5, вариант «введение наказания за употребление наркотиков» набрал 3,4 балла. На втором месте находится «просветительская логика»: на 3,7—3,8 балла оценивают перспективность информационно-политической политики среди населения и, в особенности, молодёжи по вопросу профилактики. Также стоит выделить традиционную мысль респондентов о недоступности досуговых мероприятий. При этом существует вопрос того, что конкретно понимается под ними: для значительной части молодёжи в число досуговых мероприятий вполне могут вписываться ночные клубы и бары — рискованные места в плане употребления наркотиков. Наконец, либерализация антинаркотического законодательства в аспекте разрешения употребления «лёгких» наркотиков большой популярностью не пользуется, массовое сознание достаточно консервативно в этом аспекте. Более высокую поддержку данной меры высказывают те, кто употреблял наркотики хотя бы раз в жизни (66, 32±2,5%,  $p \leq 0,05$ ).

### Выводы

Восприятие проблемы наркомании москвичами не во всем соответствует позиции Государственного

антинаркотического комитета (ГАК), в 2021 г. снизившего уровень опасности в Москве до «нейтрального». Как минимум, это говорит о несоответствии государственной и общественной позиций, причина которого может быть как в отсутствии экспертности населения в данном вопросе, так и отмеченной во введении неоднозначности официальной статистики. Стоит подчеркнуть, что данные о потреблении носят предварительный характер ввиду давления социальной желательности в рамках темы, а также отражают опыт потребления наркотиков в течение жизни, а не в текущий момент, что может не соответствовать актуальной ситуации. При этом и они могут стать дополнительным источником оценки распространённости различных наркотиков, в итоге можно «собрать» общую картину с использованием триангуляции, на основании данных МВД, опросов, медицинской статистики. В этой связи актуальным становится создание более точного мониторинга потребления наркотиков.

Также крайне важно сопоставить данные массовых опросов с экспертными мнениями специалистов, что и было сделано в дальнейшем в рамках исследования.

Нами получена оценка доли «группы наркотического риска» — граждан 18+, которые сами могут не употреблять наркотики, но в социальном окружении которых имеются лица, имеющие «проблемы» с наркотиками. Она составляет 39±1,5% и превышает число тех, кто просто пробовал когда-либо наркотики (21±1,3%). Основной риск здесь — влияние социального окружения. В целом, потребление наркотиков никак нельзя назвать нишевой проблемой, оно охватывает многие слои общества.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Семёнова В. Г., Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Евдокушкина Г. Н., Тарасов Н. А. Потери трудоспособного населения Москвы, обусловленные наркотиками: официальные уровни и реальные масштабы. *Здоровье мегаполиса*. 2020;(1,2):38—52. doi: 10.47619/2713—2617.zm.2020.v1i2;38—52.
2. Семёнова В. Г., Иванова А. Е., Зубко А. В., Сабгайда Т. П., Запороженко В. Г., Евдокушкина Г. Н., Гаврилова Н. С. Факторы риска роста смертности молодежи и особенности их учёта в Москве. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2019;63(6):322—330. doi: 10.18821/0044-197X-2019-63-6-322-330.
3. Семёнова В. Г., Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Евдокушкина Г. Н., Запороженко В. Г. Первый год пандемии: социальный отклик в контексте причин смерти. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022;66(2):93—100. doi: 10.47470/0044-197X-2022-66-2-93-100.
4. Белова Ю. Ю., Коротков П. А., Фадеева И. М. Факторы риска приобщения к наркотикам (на примере Республики Мордовия). *Социологические исследования*. 2022;(11):149—153. doi:10.31857/S013216250023037-3.
5. Бояркина С. И., Ходоренко Д. К. Социетальные детерминанты как факторы риска распространения ВИЧ-инфекции в регионах России. *Анализ риска здоровью*. 2021;(3):118—128. doi: 10.21668/health.risk/2021.3.11.
6. Зотов П. Б., Бохан Н. А., Хохлов М. С., Петров И. М., Скрябин Е. Г., Зотова О. П., Петров В. Г. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учёта. *Суицидология*. 2019;10.1(34):91—104.

### REFERENCES

1. Semyonova V. G., Ivanova A. E., Sabgaida T. P., Evdokushkina G. N., Tarasov N. A. Drug-related losses of the working-age population

- of Moscow: official levels and real scale. *City HealthCare J. [Zdorov'e megapolisa]*. 2020;(1,2):38—52. (In Russian). doi: 10.47619/2713—2617.zm.2020.v1i2;38—52.
2. Semenova V. G., Ivanova A. E., Zubko A. V., Sabgayda T. P., Zaporozhchenko V. G., Evdokushkina G. N., Gavrilova N. S. Risk factors of youth mortality growth and peculiarities of their accounting in Moscow. *Zdravookhr Ross Fed. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2019;63(6):322—330. (In Russian). doi: 10.18821/0044-197X-2019-63-6-322-330.
  3. Semyonova V. G., Ivanova A. E., Sabgayda T. P., Evdokushkina G. N., Zaporozhchenko V. G. The first year of the pandemic: social response in the context of causes of death. *Zdravookhr Ross Fed. [Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii]*. 2022;66(2):93—100. (In Russian). doi: 10.47470/0044-197X-2022-66-2-93-100.
  4. Belova Yu. Yu., Korotkov P. A., Fadeeva I. M. Risk Factors for Drug Addiction (the Case of Mordovia Republic). *Sotsiol Issled. [Sotsiologicheskie issledovaniya]*. 2022;(11):149—153. (In Russian). doi:10.31857/S013216250023037-3.
  5. Boyarkina S. I., Khodorenko D. K. Societal determinants of HIV-infection spread in regions in the Russian Federation. *Health Risk Analysis. [Analiz riska zdorov'yu]*. 2021;(3):118—128. (In Russian). doi: 10.21668/health.risk/2021.3.11.
  6. Zotov P. B., Bokhan N. A., Khokhlov M. S., Petrov I. M., Skryabin E. G., Zotova O. P., Petrov V. G. Suicidal actions of drug addicts: questions of system identification and accounting. *Suicidology. [Suitsidologiya]*. 2019;10.1(34):91—104. (In Russian).

**Вклад авторов:** Концепт и план исследования: Богдан И. В., Потяева Т. А.; Анализ данных: Чистякова Д. П., Кузьменков В. А., Горносталев М. Д.; Написание текста: Кузьменков В. А., Богдан И. В., Горносталев М. Д.; Общая редакция: Богдан И. В.; Вычитка текста: все авторы. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Contribution of the authors:** Concept and plan of the study: Bogdan I. V., Potyaeva T. A.; Data analysis: Chistyakova D. P., Kuzmenkov V. A., Gornostalev M. D.; Text: Kuzmenkov V. A., Bogdan I. V., Gornostalev M. D.; General editing: Bogdan I. V.; Text proofreading: all authors. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 28.04.2023; одобрена после рецензирования 12.12.2023; принята к публикации 05.02.2024.  
The article was submitted 28.04.2023; approved after reviewing 12.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.016

## Совершенствование организационных аспектов ведения медицинской документации (на примере обзора решения Конституционного Суда РФ)

Александр Борисович Умнов

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация; Государственный университет просвещения, г. Москва, Российская Федерация  
umnoff2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5506-8962>

**Аннотация.** В статье исследуется судебная практика РФ — постановление Конституционного Суда РФ от 13 июля 2022 года № 31-П «По делу о проверке конституционности пунктов 11 и 12 части 1 статьи 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Ф.», а также рассматривается вопрос информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи без согласия лица.

**Процедуры и методы.** Основное содержание исследования составляет обзор решения КС РФ от 13 июля 2022 года № 31-П, а также 16 публикаций, в которых рассматриваются медико-юридические аспекты, связанные с ведением медицинской документации. В исследовании также использовались частнонаучные и общенаучные методы исследования (анализ и синтез), позволившие сформулировать идеи о реформировании действующего законодательства в части совершенствования подходов к правому регулированию оформления, хранения медицинской документации.

**Теоретическая и/или практическая значимость.** Проведенное исследование позволяет совершенствовать правовое регулирование информированного добровольного согласия. Результаты исследования могут быть использованы в научных и образовательных целях при изучении особенностей организации здравоохранения и здоровья граждан в части организации ведения и хранения медицинской документации.

**Ключевые слова:** медицинская документации, информированное добровольное согласие, Конституционный Суд РФ.

**Для цитирования:** Умнов А. Б. Совершенствование организационных аспектов ведения медицинской документации (на примере обзора решения Конституционного Суда РФ) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 109—117. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.016.

Review article

## Improving organizational aspects of maintenance of medical documentation (based on the example of a review of the decision of the Constitutional Court of the Russian Federation)

Aleksandr B. Umnov

State budgetary healthcare institution of the city of Moscow «Psychiatric Clinical Hospital № 1 named after N. A. Alekseeva Department of Health of the City of Moscow», Moscow, Russian Federation; State University of Education, Moscow region, Mytishchi, Russian Federation  
umnoff2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0009-5506-8962>

**Annotation.** The article examines the judicial practice of the Russian Federation — the resolution of the Constitutional Court of the Russian Federation dated July 13, 2022 № 31-P «In the case of checking the constitutionality of paragraphs 11 and 12 of Part 1 of Article 79 of the Federal Law «On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation» in connection with the complaint of citizen F.», and also considers the issue of informed voluntary consent to provision of medical care without the consent of the person.

**Procedures and methods.** The main content of the study is a review of the decision of the Constitutional Court of the Russian Federation of July 13, 2022 № 31-P, as well as 16 publications that examined clinical and legal aspects related to the maintenance of medical records. The study also used private scientific and general scientific research methods (analysis and synthesis), as well as a comparative method, which made it possible to formulate ideas about reforming the current legislation in terms of improving approaches to the legal regulation of registration and storage of medical documentation.

**Theoretical and/or practical relevance.** The conducted research allows us to improve the legal regulation of informed voluntary consent. The study can be used for scientific and educational purposes in studying the features of the organization of healthcare and the health of citizens in terms of organizing the maintenance and storage of medical records.

**Key words:** medical documentation, informed voluntary consent, Constitutional Court of the Russian Federation.

**For citation:** Umnov A. B. Improving organizational aspects of maintenance of medical documentation (based on the example of a review of the decision of the Constitutional Court of the Russian Federation). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):109–117. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.016.

## Введение

Таблица 1

Одним из критериев качества медицинской помощи, как отмечает А. К. Лапина [1], является грамотное и полноценное ведение медицинской документации. Вместе с тем, если по мнению Е. А. Лялиной [2], нарушение требований ведения медицинской документации выступает типичным отражением современной медицины, то практика свидетельствует о том, что некоторые медицинские организации зачастую, наоборот, неукоснительно соблюдая букву закона, нарушают иные законные права и свободы граждан, о чем делает вывод в том числе Конституционный Суд РФ (далее также — КС РФ), выступая главным органом конституционного контроля. Один из таких случаев нами был рассмотрен при проведении данного исследования.

**Объектом** исследования выступили урегулированные юридическими нормами отношения, связанные с принудительным оказанием медицинской помощи. **Предмет** исследования — нормы, регулирующие оказание медицинской помощи без согласия лица, а также правоприменительная практика по исследуемой проблематике.

**Источником информации** служило постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 13 июля 2022 года № 31-П «По делу о проверке конституционности пунктов 11 и 12 части 1 статьи 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Ф.»<sup>1</sup> (далее — постановление КС РФ № 31-П), а также Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»<sup>2</sup> (далее — Закон РФ № 3185-1), Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>3</sup> (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ).

Выбор темы данного исследования обусловлен также тем, что 4 августа 2023 года был принят Федеральный закон № 464-ФЗ<sup>4</sup>, которым вносятся изменения в Закон РФ № 3185-1 и в статью 79 Федерального закона № 323-ФЗ (законопроект № 28557—8 был внесен в Государственную Думу Правительством Российской Федерации 26 января 2023 года), оказывающие существенное влияние на современные правила ведения, хранения и учета медицинских документов.

Стоит отметить, что указанный Федеральный закон № 464-ФЗ вступит в силу 1 апреля 2024 года, при этом уже сейчас он представляет значительный

## Концептуальные положения Федерального закона № 464-ФЗ

Сведения о вступившем в законную силу судебном акте или решении вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица), принятых в результате признания незаконными психиатрического освидетельствования, диспансерного наблюдения или госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, вносятся в медицинскую документацию с приобщением копии указанного судебного акта (решения);

В случае принятия указанного судебного акта (решения) использование такой медицинской документации и выдача соответствующих заключений (справок) не допускается;

В случае принятия указанного судебного акта (решения) медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь в стационарных условиях, должна обеспечить отдельное хранение соответствующей медицинской документации, исключающее возможность ее использования при оказании психиатрической помощи, а также ограничение доступа в информационных системах в сфере здравоохранения к медицинским документам.

научный интерес, поскольку в организации здравоохранения и оказании качественной помощи населению большое значение имеет медицинская документация, являющаяся основным источником информации об оказании медицинской помощи пациенту [3], а внесение указанного закона обусловлено необходимостью реализации постановления КС РФ № 31-П, которое послужило базисом не только для законодательных новелл, но и для формирования новой правоприменительной практики.

## Основная часть

С 1 января 2024 года Закон РФ № 3185-1 дополняется новой статьей 40<sup>1</sup> «Особенности ведения и использования медицинской документации, содержащей информацию об оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке», корреспондирующие изменения также вносятся в Федеральный закон № 323-ФЗ<sup>5</sup>.

Указанными законодательными новеллами закрепляются особенности в части ведения медицинскими организациями документации, оформленной при оказании пациенту психиатрической помощи в недобровольном порядке, ее учету и хранению. Схематично концептуальное содержание нововведений раскрыто в таблице 1.

Полагаем, что указанные изменения соответствуют важнейшему принципу управления качеством медицинской помощи, о котором пишет А.А.Старченко [4], — принципу отождествления качества медицинской помощи с качеством ведения медицинской документации [5].

Говоря о самом понятии «медицинская документация», необходимо упомянуть, что согласно ГОСТ «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»<sup>6</sup> под понятием «медицинские документы» имеются в виду специальные формы документации (регламентирующей действия в сфере

<sup>1</sup> Российская газета, № 160, 22.07.2022.

<sup>2</sup> Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ, 20.08.1992, № 33, ст.1913 (с изменениями, внесенными Федеральным законом от 30.12.2021 № 491-ФЗ // <http://pravo.gov.ru> — 30.12.2021).

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета, N 263, 23.11, 2011.

<sup>4</sup> Федеральный закон от № 464-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и статью 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета, N 175, 09.08.2023.

<sup>5</sup> П. п. 11 и 12 ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ.

<sup>6</sup> ГОСТ 91500.01.0005-2001. Отраслевой стандарт. Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении // принят и введен в действие приказом Минздрава России от 22.01.2001 № 12.

оказания медицинских услуг), ведет которую медицинский персонал [6].

Стоит отметить, что проблема, связанная с ведением, хранением и обработкой медицинской документации многогранна. Так, ряд исследователей (при этом не только в России, но и за рубежом [7,8]) указывают на негативные аспекты, связанные с необходимостью составления медицинской документации при лечении пациентов: так, указывается, что «рутинная работа, связанная с составлением документов» отвлекает от общения с пациентом и приводит к выгоранию медицинского персонала<sup>7</sup>.

Вместе с тем врачи всех стран обязаны вести медицинскую документацию в соответствии с буквой закона их государства.

В частности, в Германии согласно параграфу 10 Профессионального кодекса врачей Баварии (§10 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns)<sup>8</sup> «врач должен вести необходимые записи результатов и мер, принятых при осуществлении своей профессии. Медицинские записи являются не только средством запоминания для врача, они также служат интересам пациента в правильном документировании». Аналогичные положения закреплены в Профессиональных кодексах немецких врачей и других земель Германии.

Безусловно, помимо указанного документа в Германии существует целый ряд правовых норм, которые регулируют медицинскую документацию (в частности, Закон о структуре здравоохранения (Gesundheitsstrukturgesetz<sup>9</sup>), Постановление о статистике больниц (Krankenhausstatistik-Verordnung<sup>10</sup>), Федеральное постановление о сестринском уходе (Bundespfllegesatzverordnung<sup>11</sup>), Закон о профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями человека (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen<sup>12</sup>), Постановление о радиационной защите (Strahlenschutzverordnung<sup>13</sup>) и так далее.).

В России Медицинская организация (независимо от организационно-правовой формы и формы собственности) согласно п.п. 11, 12 ч. 1 ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ обязана вести медицинскую документацию в установленном порядке, обязана обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности.

<sup>7</sup> Medical Documentation Burden Among US Office-Based Physicians in 2019. A National Study: URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2790396>.

<sup>8</sup> См. текст документа: URL: <https://www.blaek.de/kammerrecht/berufsordnung-fuer-die-aerzte-bayerns#vQ43cnmbQR1534759799QPhepae0YD602> (Дата обращения: 09.11.2023)

<sup>9</sup> См. текст документа: URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/gsg/GSG.pdf> (Дата обращения: 09.11.2023)

<sup>10</sup> См. текст документа: URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/khstatv/BJNR007300990.html> (Дата обращения: 09.11.2023)

<sup>11</sup> См. текст документа: URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/bpflv\\_1994/BJNR275010994.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bpflv_1994/BJNR275010994.html) (Дата обращения: 09.11.2023)

<sup>12</sup> См. текст документа: URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> (Дата обращения: 09.11.2023)

<sup>13</sup> См. текст документа: URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/strlschv\\_2018/](https://www.gesetze-im-internet.de/strlschv_2018/) (Дата обращения: 09.11.2023)

Однако закрепление на законодательном уровне указанных норм может привести к правовым коллизиям, для преодоления которых в том числе приходится обращаться за помощью в Конституционный Суд РФ.

Так, анализ фабулы дела, раскрытой в постановлении КС РФ № 31-П, позволил выявить, что гр. Ф. 26 марта 2013 года в связи с острым психотическим расстройством, обуславливающим непосредственную опасность для себя и окружающих, была в недобровольном порядке госпитализирована в психиатрический стационар (далее — ПБ), где была освидетельствована комиссией врачей-психиатров и впоследствии выписана.

При прохождении гр. Ф. в 2018 году медицинского осмотра в ПБ в целях оформления опекуна над ее сыном, являющимся недееспособным инвалидом в связи с психическим заболеванием, обнаружилось, что в её оформленной медицинской карте ранее был зафиксирован диагноз психического заболевания, установленный в 2013 году. При этом по результатам медицинского осмотра гр. Ф. было выдано медицинское заключение для органов опеки о том, что она «на учёте не состоит».

В защиту своих интересов гр. Ф. обратилась в суд с иском о признании недобровольной госпитализации в ПБ в 2013 году незаконной и возложении на ответчика обязанности уничтожить заведенную на её имя медицинскую карту амбулаторного больного и сведения из электронной базы данных.

Обращаем внимание на то, что суд апелляционной инстанции признал недобровольную госпитализацию гр. Ф. в ПБ незаконной, и возложил на ПБ обязанность удалить из Единой информационной системы в сфере здравоохранения субъекта (далее — ЕИСЗ) сведения по талонам амбулаторного пациента.

В части удаления другой медицинской документации (в том числе медицинских карт, дневниковых записей, талонов пациента) гр. Ф. было отказано на основании того, что в соответствии со ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация обязана вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечивать её учёт и хранение.

Отказ в удалении медицинской документации (информации) в ЕИСЗ, по мнению гр. Ф, нарушал её права в осуществлении трудовой деятельности по специальности «преподаватель», в возложении на неё обязанности опекуна в отношении недееспособного сына.

Интересно, что Конституционный Суд, рассмотрев данное дело, в постановлении № 31-П сделал следующий вывод: «При сохранении медицинской документации гражданина в неизменном виде — без учета факта признания его госпитализации незаконной — умаляется и значение соответствующего судебного решения, что противоречит Конституции.» Полагаем, что указание КС РФ на неконституционность оспариваемых гр. Ф. норм свидетельствует о заложенных федеральным судом векторе исследования в части законодательного регулирования

медицинской документации, которая важна как для корректного лечения пациента, так и для медицинской организации, поскольку за неверное оформление, отсутствие необходимых документов, медицинская организация несёт ответственность.

Кроме того, КС РФ обратил внимание на необходимость для защиты прав граждан законодательно закрепить особенности ведения, учета и хранения медицинской документации при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, признанной впоследствии судом незаконной, что и нашло свое отражение в Федеральном законе № 464-ФЗ.

Вместе с тем, анализируя историю вопроса, послужившего основанием для обращения в КС РФ гр. Ф, необходимо отметить, что к числу оснований для недобровольной госпитализации лица, страдающего психическим расстройством, в ПБ Закон РФ № 3185-1 относит непосредственную опасность для такого лица или окружающих (ст. 29).

При этом такое лицо подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Если же госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в ПБ, он подлежит немедленной выписке (п. 1 ст. 32), что и было осуществлено в отношении гр. Ф. с оформлением мотивированного решения комиссии врачей-психиатров в медицинской документации, содержащей, между тем, диагноз в части имеющегося у гр. Ф психического заболевания.

В рамках нашего исследования не ставился вопрос об обоснованности установленного комиссией врачей-психиатров при недобровольной госпитализации диагноза гр. Ф, вместе с тем, полагаем, необходимо отметить, что прекращение недобровольной госпитализации, равно как и признание её впоследствии незаконной, само по себе не исключает наличия у гражданина психического заболевания.

Гр. Ф. в ходе судебных разбирательств не оспаривала непосредственно достоверность самого заключения комиссии врачей-психиатров в части содержащегося в нём диагноза психического заболевания, в том числе путём назначения судебно-психиатрической экспертизы, проведение которой поручается эксперту (экспертам), не находящемуся в служебной или иной зависимости от психиатрического учреждения, представившего заключение.

Между тем, правовые последствия влечёт не факт госпитализации (независимо от условий добровольности) или обращения в ПБ, а наличие хронического и затяжного психического расстройства с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ст. 27 Закона РФ № 3185-1).

Оспариваемые гр. Ф положения ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ возлагают на медицинские организации обязанность вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчётность по видам, формам, в сроки и в объёме,

которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и обеспечивать учёт и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности.

Согласно перечню основных учетных документов со сроками их хранения, содержащимся в письме Минздрава России от 07.12.2015 № 13—2/1538 «О сроках хранения медицинской документации» сроки хранения медицинской карты стационарного больного и медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составляют 25 лет. При этом «талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», оформляемый медицинскими организациями на всех пациентов, обращающихся к ним (при каждом их посещении врача, в том числе при обращении с профилактической целью), хранится 1 год<sup>14</sup>.

Электронные медицинские документы хранятся в информационной системе, которая используется для формирования электронного медицинского документа, не менее срока хранения соответствующих медицинских документов на бумажном носителе.<sup>15</sup>

Таким образом, анализируя само понятие «медицинская документация» применительно к рассматриваемому делу стоит отметить, что в силу указанного нормативного регулирования талоны пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оформленные в отношении заявителя в 2013 году, должны быть удалены в установленном порядке независимо от судебного решения.

Согласно нормам ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ необходимым предварительным условием медицинского вмешательства (за исключением случаев, которые будут раскрыты в данной работе позже) является дача информированного добровольного согласия гражданина (или его законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Соответственно, за исключением недобровольной госпитализации в ПБ в 2013 году, признанной впоследствии незаконной, оказание гр. Ф всех медицинских услуг при обращении в медицинскую организацию (2018 и 2020 годы), информацию о которых она требует изъять из ЕИСЗ, проходило при документально оформленном её информированном добровольном согласии на медицинское вмешатель-

<sup>14</sup> Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 года № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

<sup>15</sup> Пункт 20 Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утверждённого приказом Минздрава России от 07.09.2020 № 947н.



ство и в том числе в соответствии с заключенными ею с медицинской организацией договоров, а в силу требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, — с согласием на обработку персональных данных.

Как уже было ранее указано, в Российской Федерации создана и эксплуатируется ЕИСЗ<sup>16</sup>, включающая в себя в том числе сведения о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования. Конфиденциальность и безопасность персональных данных указанных лиц при ведении персонифицированного учёта обеспечивается с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.<sup>17</sup>

Сами медицинские организации также имеют право создавать медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемой им медпомощи, с соблюдением требований, установленных законодательством в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны (ч. 5 ст. 78 Федерального закона № 323-ФЗ).

Таким образом, сбор, обработка, передача и хранение сведений о застрахованных лицах в базах данных страховых медицинских организаций, осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных»<sup>18</sup> (далее — Федеральный закон № 152-ФЗ), на основании которых от пациента должно быть получено согласие на обработку персональных данных.

В силу ч. 2 ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ согласие на обработку персональных данных может быть отозвано пациентом. В этом случае медицинская организация вправе продолжить их обработку без согласия пациента (ч. 2 ст. 10 Федерального закона № 152-ФЗ).

При этом п. 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона № 152-ФЗ предусмотрено, что без согласия лица допускается обработка специальных категорий персональных данных, затрагивающих вопросы состояния здоровья человека, которая проводится в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что такая обработка данных осуществляется медицинским персоналом и при этом сохраняется врачебная тайна.

В части указанного положения хотелось бы обратить внимание на разъяснение, представленное

Конституционным Судом Российской Федерации. Так, в определении от 16 июля 2013 года № 1176-О<sup>19</sup> КС РФ разъяснил, что приведённая норма направлена на хранение информации о состоянии здоровья граждан исключительно в целях реализации их права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а потому она не может рассматриваться как нарушающая конституционные права граждан.

Не требуется также согласия субъекта персональных данных на обработку конфиденциальной информации, если она осуществляется в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании<sup>20</sup>.

Изъятие и аннулирование сведений, в том числе медицинских документов и ранее выполненных записей, из информационных систем в сфере здравоохранения, баз данных медицинских организаций законодательством до принятия Федерального закона № 464-ФЗ предусмотрено не было.

В части заявления гр. Ф. о том, что хранящиеся в ПБ сведения могут препятствовать оформлению Ф. опекуна над сыном, обращаем внимание на то, что законодательство не устанавливает перечень медицинских противопоказаний в отношении гражданина, выразившего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина. Медицинские осмотры врачами-специалистами, лабораторные и рентгенологические исследования, указанные в п. 3 Порядка выдачи медицинского заключения о состоянии здоровья по результатам медицинского освидетельствования гражданина, выразившего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина<sup>21</sup>, направлены на получение комплексного представления о состоянии здоровья указанных граждан и не носят ограничительного характера.<sup>22</sup>

Несмотря на то, что Федеральный закон № 464-ФЗ вступит в силу только в апреле 2024 года, полагаем, что подобные законодательные новеллы должны быть доведены до сведения всех медицинских организаций и работников, потому что все они в определенной степени работают с медицинской документацией и должны знать законодательные правила ведения и оформления документов.

Полагаем, что в методику ведения медицинской документации с учетом новых изменений в действующем законодательстве, вызванных рассматриваемым постановлением КС РФ № 31-П, необходимо включать обучающие семинары для врачей и младшего медицинского персонала, проводимые в рамках контроля внутреннего качества в медицинских

<sup>16</sup> Статьи 911, 92, 94 Федерального закона № 323-ФЗ, постановление Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2022 года № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

<sup>17</sup> Федеральные законы от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»; ст. 44 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

<sup>18</sup> Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» // Российская газета, № 165, 29.07.2006.

<sup>19</sup> Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 16.07.2013 № 1176-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Круглова А. Г. на нарушение его конституционных прав пунктом 4 части 2 статьи 10 Федерального закона «О персональных данных».

<sup>20</sup> Пункт 8 части 2 статьи 10 Федерального закона № 152-ФЗ.

<sup>21</sup> Утвержден приказом Минздрава России от 10.08.2020 № 823н.

<sup>22</sup> Письмо Минздрава России от 31.08.2021 года № 28-5/И/2-13944.

Таблица 2

**Перечень случаев, когда медицинское вмешательство допускается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя:**

если оно необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;  
в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;  
в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;  
в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);  
при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;  
при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

учреждениях. Законодательные новеллы необходимы для исполнения, а потому знание закона должно обеспечиваться информационной поддержкой в медицинских учреждениях.

Немаловажной проблемой в свете рассмотрения отдельных аспектов, связанных с медицинской документацией, выступает, **проблема информированного добровольного согласия.**

Так, в соответствии с ч. 7 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации и оформляется в виде документа (с обязательным его подписанием) на бумажном носителе, либо в электронной форме.

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, а также формы указанных документов утверждены Приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н.

В ч. 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ содержится исчерпывающий перечень случаев, когда медицинское вмешательство допускается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя (таблица 2).

Обращаясь к истории возникновения информированного добровольного согласия, полагаем, необходимым отметить, что ранее, вплоть до XIX века, действовал так называемый *патерналистский подход в медицине*. Согласно данному подходу, заложенному еще Гиппократом, именно врач, а не пациент, обладает необходимыми знаниями и умениями, а поэтому только он способен помочь больному, который в силу отсутствия у себя таких знаний, себе помочь не может, и в связи с этим должен покорно доверять врачу. Считалось, что именно врач — профессионал в вопросах лечения различных заболеваний, а обычный человек, чтобы выздороветь, должен придерживаться всех его рекомендаций.

Вместе с тем подчеркнем, что врачи Античности и Средневековья не навязывали пациентам свое лечение, и, если больной не хотел лечиться, лечение не проводилось.

Современные же подходы базируются на принципах равенства между врачом и пациентом, кото-

рый уже не воспринимает медицинского работника как единственно верный источник информации о здоровье и способах лечения болезней. Современный пациент предпочитает также в любых непонятных для себя случаях пользоваться сетью Интернет: так, «загуглив» симптомы и выбрав подходящий себе диагноз самостоятельно, обычный человек чувствует себя более профессиональным специалистом, чем врач. Кроме того, перед тем как принимать таблетки современный пациент не только читает инструкции, но и изучает отзывы на различных форумах. Именно поэтому складывается глобальная проблема, связанная с тем, что пациенты предпочитают скептически оценивать рекомендации врачей, в том числе понимая, что могут случаться и медицинские ошибки [9,10]. Кроме того, все больше возрастает роль информированного добровольного согласия для медицинского вмешательства, поскольку презюмируется, что именно пациент в современном мире должен решать вопросы, связанные с его здоровьем и жизнью самостоятельно, ведь он является носителем права на жизнь, на здоровье и на человеческое достоинство.

Принципы, вытекающие из концепции человеческого достоинства, защите персональных данных пациента, находят свое отражение в законодательстве многих демократических стран, законы которых регулируют проблему получения информированного добровольного согласия (в частности, в Германии, Австрии, Италии). При этом, по мнению ряда исследователей [11], указанные положения появились в законах зарубежных стран в связи с проведением Нюрнбергского процесса над врачами<sup>23</sup>, в результате которого были созданы десять принципов, получивших название «Нюрнбергский кодекс». Основным и первым из которых был следующий принцип: «необходимость получения добровольного информированного согласия, требуемого для проведения биомедицинских исследований». Интересно, что в Хельсинской декларации (1964 года)<sup>24</sup> в отличие от Нюрнбергского кодекса, Всемирная медицинская ассоциация вместо необходимости получения информированного согласия включила в текст именно возможность получения такого согласия.

Вместе с тем некоторые исследователи вопроса закрепления обязательности получения информированного добровольного согласия от пациента на ведение любых медицинских манипуляций с его телом и психическим здоровьем (в частности, Е. А. Останина [12]), полагают, что хронологию его возникновения надо вести с 1859 года, когда была опубликована работа Дж. Милля «О свободе», и на ее основе возникла письменно зафиксированная концепция о свободе пациента в решении вопроса о медицинском вмешательстве.

<sup>23</sup>The Nuremberg Code // Yearbook of the International Law Commission. — 1950, Vol. II. — Pp. 374—378.

<sup>24</sup>Текст Хельсинской декларации 1964 г. URL: <http://acto-russia.org> (дата обращения 09.11.2023).

Стоит отметить, что в XXI веке добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство включено в Критерии качества оказания медицинской помощи, утвержденные Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н. Поэтому несоблюдение требования к его оформлению расценивается как несоблюдение требований к качеству предоставления медицинских услуг.

Как отмечалось рядом исследователей [13], информированное добровольное согласие пациента имеет также существенное значение при установлении противоправности действий (бездействия) медицинской организации и медицинского персонала.

Вместе с тем, стоит отметить, что законодательное регулирование информированного добровольного согласия на сегодняшний день содержит ряд противоречий.

В частности, как указывает Ю. Н. Аргунова [14], перечень случаев, при которых может проводиться медицинское вмешательство без получения информированного добровольного согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя, закрытый (ч. 9 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ), при этом согласно ст. 27 Закона РФ № 3185-1 диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим или затяжным психическим расстройством с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Решение о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается специальной комиссией врачей-психиатров.

Одной из особенностей диспансерного наблюдения выступает то, что оно может устанавливаться независимо от согласия лица или его законного представителя, при этом, как уже было отмечено выше, в ст. 20 Закона РФ № 3185-1. Что касается судебной практики по этой теме, стоит отметить, что она также разнится. Поскольку отсутствует процедура информирования граждан о постановке на диспансерный учет, а также учитывая рассмотренную выше коллизию и неоднозначную формулировку п. 5 Порядка диспансерного наблюдения, в ряде судебных актов отмечается необходимость получения отдельного согласия пациента для постановки на диспансерный учет<sup>25</sup>, в то время как в других — презюмируется достаточность согласия на медицинское вмешательство<sup>26</sup>, данное ранее врачу-психиатру-наркологу.

Кроме того, на наш взгляд, нуждается в корректировке законодательная формулировка п. 1 ч. 2 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ. Согласно указанному положению «информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный предста-

витель в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет (или 16 лет в случае заболевания наркоманией), или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство». Получается, что законодательно признается, что опекун дает свое согласие на медицинское вмешательство в отношении признанного судом недееспособного представляемого только в том случае, если такое недееспособное лицо по своему состоянию самостоятельно не способно дать такое согласие.

Полагаем, что это порождает правовую коллизию, поскольку согласно ст. 29 Гражданского кодекса РФ<sup>27</sup> гражданин признается недееспособным именно в судебном порядке. Это допустимо в случае наличия у физического лица психического расстройства, из-за которого он не может понимать значение своих действий и руководить ими. В связи с этим, по нашему мнению, подобная законодательная формулировка должна быть скорректирована, поскольку она нарушает неоднократно сформулированный КС РФ принцип правовой определенности, который должен быть соблюден законодателем при введении правовых норм.

Мы глубоко убеждены в том, что статус недееспособного уже предполагает, что состояние человека не позволяет принимать какие-либо осознанные волевые решения, в том числе выражать согласие на медицинское вмешательство, поскольку при этом нарушается важный критерий добровольности, а именно: *осознанность* такого решения.

Вместе с тем, например, хирург, согласно букве закона, должен каким-либо образом объективно оценить возможность дачи согласия недееспособным пациентом, поступившим на прием. Однако ни в каком нормативном акте не установлено, каким образом врач, должен это сделать, например, должен ли он определять состояние пациента, влияющее на его способность давать соответствующее согласие; вправе ли врач определять состояние пациента один, или же ему необходимо пригласить врача-психиатра, или же, возможно, это должно решаться на консилиуме (конференции) врачей?

Как было уже указано выше, информированное добровольное согласие связано с проблемой качества оказания медицинской помощи, в связи с чем полностью разделяем позицию О. Ю. Александровой [15] о том, что медицинские организации должны, пока соответствующие изменения не внесены в Федеральный закон № 323-ФЗ, разработать свои локальные нормативные акты, которые могли бы быть представлены при проведении в них проверок в части, например, критериев объективного оценивания возможности дачи согласия недееспособным пациентом.

На наш взгляд, отдельного внимания в части необходимости концептуальной переработки нуждается также Перечень определенных видов медицин-

<sup>25</sup> В частности, Кировский районный суд в апелляционном определении от 30 июня 2016 г. по делу № 33-2972/2016 признал недостаточным информированное согласие на медицинское вмешательство — прием врача-психиатра-нарколога для постановки гражданина на диспансерный учет.

<sup>26</sup> Апелляционное определение Свердловского городского суда от 18 июня 2020 г. по делу № 33-8092/2020.

<sup>27</sup> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ // Российская газета, № 238-239, 08.12.1994.

ских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — Перечень).

В частности, как указывается в приложении к вышеназванному Перечню (Приложение «Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи») — информированное добровольное согласие граждан требуется, в частности, при проведении им термометрии, тонометрии.

В связи с этим, полностью разделяя позицию О. Ю. Александровой, полагаем, что при концептуальной, комплексной переработке указанного Перечня необходимо исходить именно из критерия наличия риска для пациента, иначе можно бесконечно комбинировать составляющие перечня видов медицинского вмешательства. По нашему мнению, именно врачи должны оценивать риск для пациента в конкретной ситуации, исходя не только из особенностей конкретного вида медицинского вмешательства, но и принимая за основу состояние здоровья (как физическое, так и психическое) самого пациента, его историю болезни, анамнез и т. д.

Кроме того, на наш взгляд, с учетом цифровизации современного общества и внедрения новых правил в дистанционные правоотношения, в том числе между такими субъектами как врач и пациент, важной и не решенной пока проблемой выступает пробел в законодательном регулировании предоставления дистанционного информированного согласия на федеральном уровне.

Помимо обозначенных в данной статье проблем, связанных с медицинской документацией, в частности, с получением информированного добровольного согласия, в законодательстве и правоприменительной практике существует еще множество иных противоречий, вместе как указывала Я. В. Акимцевой [16], «принцип получения информированного добровольного согласия и принцип уважения человеческого достоинства являются основополагающими общепризнанными критериями соблюдения конституционных прав человека».

### Выводы

Обзор постановления КС РФ № 31-П позволяет сделать вывод о том, что законодательство не стоит на месте и положения законов зачастую «приспосабливаются» под правовую действительность. Отдельные аспекты, связанные с хранением медицинской документации, будут реформированы с 1 апреля 2024 года, а значит, потребуют соответствующих знаний указанных законодательных новелл у медицинского персонала. Именно поэтому, полагаем, что в методику ведения медицинской документации с учетом новых изменений в действующем законодательстве, вызванных рассматриваемым поста-

новлением КС РФ № 31-П, необходимо включать обучающие семинары для врачей и младшего медицинского персонала, проводимые в рамках контроля внутреннего качества в медицинских учреждениях. Законодательные новеллы требуется знать, чтобы была возможность их исполнять, а потому знание закона должно обеспечиваться информационной поддержкой в медицинских учреждениях.

Кроме того, на наш взгляд, в изменениях, направленных на преодолении коллизий правовых актов, нуждаются законодательные положения в части правового регулирования информированного добровольного согласия, которое должно в том числе соответствовать особенностям признания человека недееспособным по решению суда, а потому полагаем, что из п. 1 ч. 2 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ необходимо убрать положение о том, что требуется оценка состояния лица в части способности дать согласие на медицинское вмешательство. Полагаем также, что перечень видов медицинского вмешательства, требующих получения информированного добровольного согласия, должен быть скорректирован с учетом наличия риска для пациента при проведении медицинских манипуляций. По нашему мнению, также необходимо на законодательном уровне проработать вопрос методики предоставления дистанционного информированного согласия.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Лапина А. К., Вагнер В. Д., Гаценко С. М., Мартин А. А., Ставская С. В., Яновская М. Л., Коноваленко В. Г., Змейкова В. В. Оценка качества заполнения медицинской документации в стоматологических поликлиниках Волгограда. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2017;(3):3—10.
2. Лялина Е. А., Новоселов В. П. Дефекты ведения медицинской документации, выявленные при проведении судебно-медицинской экспертизы живых лиц. *Сибирский медицинский журнал*. 2008;(1):34—37.
3. Зигангареева Г. Г., Королева О. И., Хусайнова Д. К. Медицинская документация как элемент системы управления качеством медицинской помощи. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2021;(3):24—28.
4. Старченко А. А. Медицинская документация: для прокурора или для адвоката, для пациента или для врача? *Менеджер здравоохранения*. 2016;(4):58—68.
5. Бобровская О. Н. Ведение медицинской документации как сущностный признак (критерий) надлежащего качества оказания медицинской помощи (на примере амбулаторно-поликлинического звена). *Медицинское право*. 2017;(2):32—36.
6. Сергеев Ю. Д., Бисюк Ю. В., Голова И. В. Медико-правовое значение медицинской документации. *Медицинское право*. 2020;(2):3—12.
7. Downing NL, Bates DW, Longhurst CA. Physician burnout in the electronic health record era: are we ignoring the real cause? *Ann Intern Med*. 2018;169(1):50—51. doi: 10.7326/M18-0139
8. Kroth PJ, Morioka-Douglas N, Veres S, et al. Association of electronic health record design and use factors with clinician stress and burnout. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e199609. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.9609
9. Давыдовский И. В. Врачебные ошибки. *Советская медицина*. 1941;(3):3—18.
10. Поцелуев Е. Л., Горбунов А. Е. Медицинская ошибка и преступление: равнозначные понятия? *Наука. Общество. Государство*. 2017;(1):17—24.
11. Пестрикова А. А. Проблемы получения информированного согласия при проведении геномных и генетических исследований. *Актуальные проблемы российского права*. 2022;(1):5—9.
12. Останина Е. А. О природе и содержании информированного согласия на медицинскую помощь. *Вестник Челябинского государственного университета. Серия: Право*. 2022;(1):29—37.

13. Фомина В. Г. Противоправность действий (бездействия) исполнителя в делах, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг. *Актуальные проблемы российского права*. 2022;(10):167—175.
14. Аргунова Ю. Н. права граждан при оказании психиатрической помощи (вопросы и ответы). Москва: Грифон; 2014. 432 с.
15. Александрова О. Ю., Григорьев И. Ю., Горелов М. В. Систематизация прав граждан в сфере охраны здоровья в целях проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2013;(11—12):22—27.
16. Акимцева Я. В. Конституционно-правовые аспекты биомедицинских исследований на человеке. Дисс. к.ю.н., Москва; 2023. 183.

## REFERENCES

1. Lapina A. K., Vagner V. D., Gatsenko S. M., Martin A. A., Stavskaya S. V., Yanovskaya M. L., Konovalenko V. G., Zmeikova V. B. Assessment of the quality of medical documentation in dental clinics in Volgograd. *Volgograd scientific and medical journal*. [Volgogradskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal]. 2017;(3):3—10 (in Russian).
2. Lyalina E. A., Novoselov V. P. Defects in maintaining medical records identified during forensic medical examinations of living persons. *Siberian Medical Journal*. [Sibirskiy meditsinskiy zhurnal]. 2008;(1):34—37 (in Russian).
3. Zigangareeva G. G., Koroleva O. I., Khusainova D. K. Medical documentation as an element of the medical care quality management system. *Public health and healthcare*. [Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye]. 2021;(3):24—28 (in Russian).
4. Starchenko A. A. Medical documentation: for the prosecutor or for the lawyer, for the patient or for the doctor? *Healthcare manager*. [Menedzher zdravookhraneniya]. 2016;(4):58—68 (in Russian).
5. Bobrovskaya O. N. Maintaining medical records as an essential feature (criterion) of proper quality of medical care (using the example of outpatient clinics). *Medical law*. [Meditsinskoye pravo]. 2017;(2):32—36 (in Russian).
6. Sergeev Yu. D., Bisyuk Yu. V., Golova I. V. Medico-legal significance of medical documentation. *Medical law*. [Meditsinskoye pravo]. 2020;(2):3—12 (in Russian).
7. Downing NL, Bates DW, Longhurst CA. Physician burnout in the electronic health record era: are we ignoring the real cause? *Ann Intern Med*. 2018;169(1):50—51. doi: 10.7326/M18-0139
8. Kroth PJ, Morioka-Douglas N, Veres S, et al. Association of electronic health record design and use factors with clinician stress and burnout. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e199609. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.9609
9. Davydovsky I. V. Medical errors. *Soviet medicine*. [Sovetskaya meditsina]. 1941;(3):3—18 (in Russian).
10. Potseluev E. L., Gorbunov A. E. Medical error and crime: equivalent concepts? *The science. Society. State*. [Nauka. Obshchestvo. Gosudarstvo]. 2017;(1):17—24 (in Russian).
11. Pestrikova A. A. Problems of obtaining informed consent when conducting genomic and genetic research. *Current problems of Russian law*. [Aktual'nyye problemy rossiyskogo prava]. 2022;(1):5—9 (in Russian).
12. Ostanina E. A. On the nature and content of informed consent for medical care. *Bulletin of Chelyabinsk State University. Series: Law*. [Bulletin of Chelyabinsk State University. Series: Law]. 2022;(1):29—37 (in Russian).
13. Fomina V. G. Illegality of actions (inaction) of the performer in cases related to improper provision of medical services. *Current problems of Russian law*. [Aktual'nyye problemy rossiyskogo prava]. 2022;(10):167—175 (in Russian).
14. Argunova Yu. N. rights of citizens when providing mental health care (questions and answers). Moscow: Gryphon; 2014. 432 p. (in Russian).
15. Aleksandrova O. Yu., Grigoriev I. Yu., Gorelov M. V. Systematization of citizens' rights in the field of health protection in order to monitor the quality and safety of medical activities in a medical organization. *Problems of standardization in healthcare*. [Problemy standartizatsii v zdravookhraneni]. 2013;(11—12):22—27 (in Russian).
16. Akimtseva Ya. V. Constitutional and legal aspects of biomedical research on humans. PhD dissertation. Moskva; 2023. 183 p. (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 28.11.2023; одобрена после рецензирования 21.12.2023; принята к публикации 05.02.2024.

The article was submitted 28.11.2023; approved after reviewing 21.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.

# История медицины

Научная статья

УДК 61(09)(355.3+355.292.3)

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.017

## К вопросу об истории применения отдельных рот медицинского усиления в процессе лечения раненых в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

Иван Романович Сапронов

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, 355017, г. Ставрополь, Российская Федерация

ivan.sapronov.02@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-8141-6364>

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы работы, укомплектования составом, принципов формирования, развития кадрового потенциала врачей специалистов отдельных рот медицинского усиления в годы Великой Отечественной войны.

**Ключевые слова:** отдельная рота медицинского усиления, Великая Отечественная война, медицинская помощь, санитарное обеспечение.

**Для цитирования:** Сапронов И. Р. К вопросу об истории применения отдельных рот медицинского усиления в процессе лечения раненых в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 118—122. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.017.

## History of medicine

Original article

## To the question of the history of the use of individual medical strengthening companies in the process of treatment of the wounded in the years of the Great Patriotic war 1941—1945

Ivan R. Sapronov

Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 355017, Stavropol, Russian Federation

ivan.sapronov.02@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-8141-6364>

**Abstract:** The article deals with the issues of work, staffing, principles of formation, development of the personnel potential of doctors of specialists of individual companies of medical reinforcement during the Great Patriotic War.

**Key words:** a separate company of medical reinforcement, the Great Patriotic War, medical care, sanitary provision.

**For citation:** Sapronov I. R. To the question of the history of the use of individual medical strengthening companies in the process of treatment of the wounded in the years of the Great Patriotic war 1941—1945. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):118–122. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.017.

Опыт использования сил медицинского усиления в годы Великой Отечественной войны чрезвычайно важен в наши дни для организации санитарной поддержки боевых действий войск в военных и контртеррористических операциях, а также вооруженных конфликтах различного масштаба.

**Цель исследования.** Опыт применения отдельных рот медицинского усиления (ОРМУ) еще не нашел должного отражения в исторических исследованиях. Исключение составляет информация, опубликованная на одном из сайтов, посвященном 22-й ОРМУ. В соответствии с этим, целью настоящей работы является изучение характера работы данных подразделений, принципа их формирования и применения в ходе боевых действий.

**Материалы и методы исследования.** Статья построена на материалах архивных источников из фондов Центрального Архива Министерства Обороны и на основе литературных источников.

Кроме общенаучных методов и принципов, в числе которых использован метод сравнительного анализа изучаемых данных, в статье использован также специальный метод исторического исследования — историко-системный.

**Результаты исследования.** К началу Великой Отечественной войны военно-санитарная служба Красной Армии опиралась на научные взгляды и опыт в вопросах поэтапного лечения и эвакуации раненых по назначению. Над этими проблемами в свое время работали организатор военно-медицин-

ского дела в России Я. В. Виллие, основоположник отечественной военно-полевой хирургии Н. И. Пирогов и продолжатель его дела в ранний советский период В. А. Оппель.

Дальнейшими вопросами этапного лечения в Красной Армии занимался Е. И. Смирнов, возглавлявший с 1939 г. по 1946 г. главное военно-санитарное управление (ГВСУ) Красной Армии. Опыт боев Красной Армии в период столкновений с силами милитаристской Японии на о. Хасан и р. Халхин-Гол в 1938—1939 гг. и советско-финляндской войны 1939—1940 гг. подтвердил необходимость формирования сети специализированных лечебных учреждений в составе частей, соединений и объединений. Кроме того, выделение самостоятельных медицинских дисциплин как нейрохирургия, ортопедия, оториноларингология, челюстно-лицевая хирургия — предусматривали и узкую специализацию врачей. В одном из докладов ГВСУ Е. И. Смирнов отмечал: «перестало существовать то положение для госпиталя, когда каждый врач-хирург был врачом для всех раненых, а всякий раненый был пациентом всякого врача-хирурга» [1, с. 61].

При таком подходе особую важность приобретали силы усиления медицинской службы войскового и армейского тыла, в составе которых находились автохирургические отряды (АХО), отдельные роты медицинского усиления, обмывочно-дезинфекционные роты и санитарно-транспортные средства [2, с. 36]. Однако, с началом Великой Отечественной войны потребовалось создание большой сети армейских, фронтовых и тыловых госпиталей. При этом многие части медслужбы были упразднены или реорганизованы. Были расформированы автохирургические отряды, число отдельных рот медицинского усиления было сокращено вдвое — с 24 до 12. Изменения коснулись и медико-санитарных батальонов (МСБ) дивизий. Из штата МСБ исключили подразделения госпитальной роты и отделения сбора и хирургической обработки легкораненых, численность батальона сократилась с 253 до 103 человек, число врачей уменьшилось вдвое — с 24 до 12, из них хирургов — с 15 до 8 [3, с. 56]. Высвобожденные из этих формирований военные врачи направлялись для укомплектования отделений в создававшихся военных госпиталях.

Однако, в ходе коренного перелома в войне потребовалось расширение специализированной медицинской помощи. Это проявилось в наращивании количества профильных госпиталей и формировании дополнительных армейских и фронтовых ОРМУ. Только в ходе Курской битвы общее число ОРМУ составляло 18, из которых армейских — 14. Оформилась и структура ОРМУ, которая в большинстве случаев включала порядка 14—16 групп: общехирургические, нейрохирургические, челюстно-лицевые, офтальмологические, оториноларингологические, токсико-терапевтические и рентгенологические. Обычно в составе ОРМУ было по паре групп одного типа, лишь общехирургические могли достигать количества 3—4 [2, с. 98].

Эти роты находились в армейском и фронтовом подчинении, что обеспечивало их высокую мобильность — группы одной ОРМУ могли находиться за сотни километров друг от друга, обеспечивая специализированную медицинскую помощь на необходимом участке фронта. Ефим Иванович Смирнов формулировал задачу отдельных рот медицинского усиления так: «ОРМУ является не столько средством усиления, сколько средством организации специальных видов хирургической и терапевтической помощи на эвакуационных направлениях полевой армии... Мы были вынуждены изъять из всех штатов полевых подвижных лечебных учреждений нейрохирургов, челюстных хирургов и глазных хирургов. Следовательно, придавая одновременно четыре группы усиления одному или двум из ППГ<sup>1</sup> 2-й линии, мы не усиливаем работу этих госпиталей, а на их базе организуем оказание специальных видов хирургической помощи» [4, с. 254].

Группы рот медицинского усиления зачастую выдвигались на различные направления. Так, общехирургические и токсико-терапевтические (токсикологические) группы направлялись преимущественно в эвакуационники (ЭП), хирургические полевые подвижные госпитали 1-й линии (ХППГ 1-й линии) и дивизионные медицинские пункты (ДМП). В ХППГ 2-й и 3-й линий выдвигались нейрохирургические, челюстно-лицевые, офтальмологические (окулистические) и рентгенологические (рентгеновские) группы. В госпиталь легкораненых (ГЛР) направляли рентгенологические и токсико-терапевтические группы, а терапевтические полевые подвижные госпитали (ТППГ) могли получить усиление зачастую только токсико-терапевтическими группами.

Изучение наградных документов медицинского персонала и отчетных материалов воинских формирований позволило выявить информацию о деятельности ОРМУ, их количественном росте и качественных изменениях. К сожалению, очень мало данных о первых сформированных ОРМУ, поэтому перед нами еще стоит задача по установлению того, какие роты мед. усиления остались после реорганизации 1941 г., какие сменили номер части и в подчинение каких армий были переведены. Также, немного данных о ротах с порядковыми номерами с 1 по 5, что наводит нас на мысль о том, что именно эти ОРМУ и были расформированы в начале Великой Отечественной войны. Также, нами установлено, что крайней сформированной ОРМУ стала 98-я рота 2 гвардейской армии (гв. А).

Роты медицинского усиления, принимали участие в ключевых событиях войны. Так, в Битве за Москву участвовали 30-я ОРМУ 61 армии (позже, ОРМУ перейдет под командование 1 гв. А), 44-я ОРМУ 33 армии, 34-я ОРМУ 5 армии. В боях под Сталинградом группы 7-й ОРМУ 62 армии, 51-й ОРМУ 64 армии, 63-я ОРМУ 65 армии, 9-я ОРМУ 66 армии, 36-я ОРМУ 2 гвардейской армии рассредоточили свои группы специализированной медицин-

<sup>1</sup> ППГ — Полевой подвижный госпиталь.

ской помощи в госпиталях по всей линии фронта. В битве за Кавказ принимали участие 25-я ОРМУ 37 армии, 13-я ОРМУ 9 армии, 65-я ОРМУ 58 армии, 43-я ОРМУ 56 армии, 36-я ОРМУ 18 армии. В наградных документах этих частей мы встречаем знакомые топонимы: Тамань, р. Дон, р. Кубань и р. Терек, а также города Краснодар, Туапсе, Орджоникидзе. Некоторые из этих частей позже участвовали в Керченской десантной операции и освобождении Крыма. Медицинскую помощь оказывали ОРМУ и в период Ржевско-Вяземской наступательной операции, среди них 16-я ОРМУ 43 армии, 24-я ОРМУ 31 армии, 35-я ОРМУ 16 армии, 22-я ОРМУ 22 армии.

Непосредственную работу врачей этих медицинских подразделений рассмотрим на примере 30-й ОРМУ, которая входила в состав 61 армии, принимавшей участие в одном из решающих сражений Великой Отечественной войны — битве за Москву. Формирование этой роты медицинского усиления началось в марте 1942 года. Оказывая постоянную помощь раненым, меняя дислокацию из-за постоянных бомбежек и минно-артиллерийских ударов противника, врачи-специалисты самоотверженно выполняли свой долг, спасали жизни солдат и офицеров Красной Армии. В ноябре 1943 года 30-ю ОРМУ перевели под командование 1-й гвардейской армии, в составе которой она прошла до конца войны.

В период деятельности ОРМУ с июля 1943 г. её командиром был военврач 1-го ранга, позднее полковник медицинской службы, Евгений Менделевич Уфлянд (1900 года рождения) — уроженец Белорусской ССР. В Красной Армии с января 1922 года. Участвовал в боях на Калининском, 3-м и 4-м Украинских фронтах. В должности командира роты ему удалось создать крепкий коллектив, который на протяжении всей войны решал все поставленные перед ним задачи. «За время боевых действий войск I Гвардейской армии рота медицинского усиления под руководством тов. Уфлянда обслужила высококвалифицированной медицинской помощью несколько десятков тысяч раненых бойцов и офицеров»<sup>2</sup>. Помимо этого, Евгений Менделеевич уделял внимание и своей специализации — невропатологии. Занимался организацией неврологической помощью в армии. За годы войны был награжден орденами Красного Знамени и Отечественной войны 2-й степени, медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.».

Начальниками специализированных групп роты были следующие врачи — Артемьева Г. В., Быстрицкий А. А., Костин Н. С., Кочетов Н. Н., Морозова Е. М., Ногин В. Я., Соломонишвили Г. Е., Спиридонов Н. А., Султанов М. Б., Фингер Я. А.

Морозова Евдокия Михайловна (1909 года рождения) — заведующая кафедрой терапевтической стоматологии Ставропольского медицинского института с 1961 по 1966 гг. В 1939 году Евдокия Михайловна с отличием окончила Московский государственный медико-стоматологический институт и

была оставлена при нем в аспирантуре. Ее ожидала карьера преподавателя, ученого, но жизнь распорядилась иначе. Сдав кандидатские экзамены, в июле 1941 г. она добровольцем ушла на фронт. С того же года поступила на службу в 412 отдельного медико-санитарного батальона (ОМСБ), где её навыки высоко оценили. Кроме этого, Евдокия Морозова оказалась единственным врачом из всего батальона, которая смогла провести полостную операцию. Позже, в конце 1942 г. она была переведена в группу челюстно-лицевой хирургии 30 ОРМУ.

В годы войны Евдокия Михайловна была награждена орденом Красной Звезды и Отечественной войны 1 степени. В представлениях к наградам отмечался ее высокий профессионализм, самоотверженный труд, забота о раненых и множество проведенных операций и спасенных жизней. Но в наградном листе наше внимание привлекли такие слова: «Несмотря на плохое состояние здоровья...». Впрочем, и в самой работе Евдокии Михайловны было много необычного для вчерашнего гражданского стоматолога: «мужественный работник», «проявила исключительную отвагу», «в условиях постоянных обстрелов», «оперируя и шинируя раненых в челюсть», «добываясь спасения жизни раненого». К этому надо было прийти, научиться, привыкнуть<sup>3</sup>.

В рутине фронтовой жизни хирурга Морозовой один клинический случай не мог не упомянуть командир 30-й ОРМУ в представлении ее к награде. В декабре 1943 г. у раненого лейтенанта с помощью рентгена в верхней челюсти был обнаружен мелкокалиберный снаряд. С величайшей осторожностью Морозова произвела редчайшую операцию по удалению неразорвавшегося боеприпаса, оказавшегося бронебойно-зажигательным патроном пулемета немецкого самолета «мессершмитт»<sup>4</sup>.

Коллега Евдокии Морозовой по 30-й ОРМУ Соломонишвили Георгий Егорович (1907 года рождения), проживавший в небольшом грузинском городке Гурджаани, тоже не собирался быть военным челюстно-лицевым хирургом. Его мобилизовали в Красную Армию в январе 1942 г., уже через полгода он был на фронте и находился в составе роты до конца войны. Особенно большую работу он провел в июле и декабре 1943 г., оказывая помощь раненым в челюсть, шинируя и оперируя их. Ряду раненых он спас жизнь только благодаря своему упорству и настойчивости. Десяти раненым он перевязал сонную артерию, и они были также спасены<sup>5</sup>.

Кандидат медицинских наук Султанов Махамат Бабаджанович (1912 года рождения) до войны работал ассистентом кафедры фармакологии Ташкентского университета. С начала войны до июня 1942 г. служил командиром отделения санитарно-химической защиты 471 медсанбата 387 стрелковой дивизии. В июне 1942 г. был переведен в 30 ОРМУ на должность начальника токсико-терапевтической

<sup>3</sup> Центральный архив Министерства обороны Российской Федерации (далее ЦАМО). Ф. 33. Оп. 686044. Д. 4159. Л. 140.

<sup>4</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 686044. Д. 4159. Л. 140.

<sup>5</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 686044. Д. 4288. Л. 80.

<sup>2</sup> Фронтовой приказ № 90/н от: 03.06.1945. Режим доступа: <https://clck.ru/34qx2u> (Дата обращения: 29.06.2023)



группы. Командир роты так характеризовал Махамата Бабаджановича: «На этой должности тов. Султанов работает с еще большей энергией и упорством. Неоднократно подвергаясь бомбардировке вражеской авиации и артиллерийскому и минометному обстрелу тов. Султанов обеспечивает организации санхимзащиты непосредственно в передовых частях и подразделениях нашей армии на переднем крае обороны»<sup>6</sup>. Награжден медалями «За боевые заслуги», «За оборону Ленинграда», «За взятие Кенисберга» и «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.», орденом «Отечественной войны II степени».

Быстрицкий Александр Александрович (1896 года рождения), уроженец г. Куйбышев — в Красной Армии с начала войны. Учитывая его специализацию по глазным болезням 2 мая 1942 г. Александра Александровича, перевели в группу глазной хирургии 30-й ОРМУ, при этом до мая 1942 г. он работал хирургом в эвакуационном пункте № 126. «Несмотря на тяжелые условия — частые бомбежки вражеской авиации тов. Быстрицкий мужественно и отважно оставался на своем посту, оказывая помощь раненым, ободряя их своим спокойствием»<sup>7</sup>. В роте им были организованы специальное отделение, кабинет глазной хирургии и перевязочная. В это отделение направляли глазных раненых со всех медицинских учреждений санитарной службы армии, поскольку на тот момент Александр Александрович являлся единственным высококвалифицированным армейским глазным хирургом. Помимо больных офтальмологического профиля, он оказывал помощь также больным с повреждениями и заболеваниями наружного и внутреннего уха, при этом помогал консультациями группам общехирургического и нейрохирургического профиля и решал вопросы об оперативных вмешательствах при черепных ранениях.

Кочетов Николай Николаевич, (1903 года рождения), уроженец г. Шуя Ивановской области, начальник общехирургической группы 30-й ОРМУ с сентября 1942 года. До этого с первых дней войны работал в ППГ № 1000 и ФЭП № 77. Будучи в составе общехирургической группы 30-й ОРМУ командованием 1-й гвардейской армии был направлен в госпиталь № 4401 в г. Калач. Это был прифронтовой город в 50 километрах от Сталинграда, где ещё недавно шли бои в районе малой излучины Дона. В феврале 1943 г. был переброшен с группой в ППГ № 558 в г. Старобельск<sup>8</sup>, в это время 1-я гв. А вела наступательные действия на Донбассе по линии Луганск-Северодонецк-Сватово. Помимо соевой основной работы Николай Николаевич руководил курсами по повышению квалификации врачей и сестер при госпиталях, обучал врачей военно-полевой хирургии. На наш взгляд важен такой эпизод в его работе: «Когда потребовалась срочно кровь, т. Коче-

тов не задумываясь дал 400 грамм крови и продолжал оперировать»<sup>9</sup>.

Кроме опытных специалистов, среди врачей 30 ОРМУ находились и молодые кадры. Выпускница Московского медицинского института Гусева Галина Михайловна (1919 года рождения) в рядах Красной Армии находилась с 6 декабря 1942 года. Врач-специалистом нейрохирургической группы работала с 4 апреля 1943 года. Как и для многих других молодых врачей война позволила быстро приобрести Галине Михайловне большой опыт в хирургии. Благодаря этому, она самостоятельно смогла провести множество нейрохирургических операций. Таким образом, были спасены раненые с повреждением головного мозга. Работа на линии фронта представляла опасность для врачей. Так, прибыв на усиление в 249 медсанбат «тов. Гусева мужественно продолжала работать в операционной, несмотря на сильный артиллерийский обстрел»<sup>10</sup>.

Врач-специалист общехирургической группы Костин Николай Сергеевич (1918 года рождения), в рядах Красной Армии находился с начала войны. С января 1942 г. служил в 469 стрелковом полку 102 стрелковой дивизии, в декабре переведен в ППГ-4393 и уже в марте 1943 г. продолжил службу в 30-й ОРМУ. Несмотря на малый опыт работы, война вынудила Николая Сергеевича быстро освоить технику гипсования и иммобилизации раненых транспортными шинами, самостоятельно проводить операции, вплоть до полостных. Благодаря своевременному вмешательству жизни сотен солдат были спасены. В представлении к награде военное руководство так характеризовало капитана Костина: «В периоды наплыва раненых т. Костин работал не покладая рук, часто без сна по несколько суток. Самоотверженный в работе, тов. Костин мужественно продолжал работать в операционной во время бомбежек вражеской авиацией: так 15 июля 1943 г. во время интенсивного налета на с. Боровое т. Костин оказывал помощь пострадавшим при бомбежке»<sup>11</sup>.

На протяжении последних лет войны ряды 30-й ОРМУ пополнялись новыми кадрами. Таран (Смирнова) Харитина Прокофьевна (1914 года рождения) — врач-стоматолог из Ворошиловграда, скромный человек, неутомимая труженица, как ее характеризовало руководство, была призвана в Красную Армию в октябре 1941 г., в действующей армии находилась с марта 1942-го. Работала в эвакуационном пункте № 153 на Юго-Западном, 1-м и 4-м Украинском фронтах. Стала хирургом широкого профиля: самостоятельно производила операции на конечностях, хорошо проводила хирургическую обработку ран. В марте 1945 г. командование учло ее специализацию стоматолога и перевело Харитину Прокофьевну в 30-ю ОРМУ<sup>12</sup>, где тут же она раскрылась как прекрасный специалист, и получила свою первую награду — орден Красной Звезды.

<sup>9</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 686196. Д. 7364. Л. 92.

<sup>10</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 686044. Д. 3534. Л. 187.

<sup>11</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 690155. Д. 1890. Л. 305.

<sup>12</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 687572. Д. 2512. Л. 218.

<sup>6</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 682526. Д. 238. Л. 198.

<sup>7</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 682524. Д. 380. Л. 276.

<sup>8</sup> ЦАМО. Ф. 33. Оп. 682526. Д. 92. Л. 51.

В послевоенное время опыт создания и использования ОРМУ был учтен и на их основе были созданы отряды специализированной медицинской помощи. Тем самым, полевые подвижные госпитали получали усиление необходимыми группами специализированной медицинской помощи. В состав этих отрядов вошли группы различных профилей — торакоабдоминальные, общехирургические, ожоговые, ортопедические, токсико-радиологические, рентгенологические, радиометрические и группы для оказания медицинской помощи раненым в голову [5, с. 319].

### Заключение

Отдельные роты медицинского усиления были сформированы ещё в довоенное время и являлись одной из сил специальных средств усиления медицинской службы Красной Армии, наряду с автхирургическими отрядами и другими подразделениями медслужбы. В ходе реформирования военно-санитарной службы в первые месяцы войны их количество было сокращено вдвое. Однако, к 1943 г. их число было доведено до 68 подразделений. Для создания дополнительных ОРМУ и их кадрового укомплектования привлекались врачи-специалисты медсанбатов, эвакуогоспиталей, полевых передвижных госпиталей. При этом большинство из них было гражданскими специалистами, которые имели фронтовой опыт. ОРМУ состояли из специализированных групп: общехирургических, офтальмологических, лор-хирургии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, токсико-терапевтических, рентгенологических. Объектами профессиональной деятельности для врачей ОРМУ становились солдаты и офицеры с наиболее сложными ранениями и забо-

левшие с тяжелой симптоматикой. Создание армейских рот медицинского усиления позволило сосредотачивать резервы и оказывать своевременную специализированную врачебную помощь, благодаря быстрому перемещению группы по линии фронта; осуществлять групповые маневры, которые исходили из изменений боевой обстановки и количества боевых санитарных потерь, тем самым предотвращая перенапряжение медицинских соединений и уменьшая число незадействованных медицинских групп. С окончанием Великой Отечественной войны роль формирований усиления, оказывающих медицинскую помощь, переняли отряды специализированной медицинской помощи.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Иванов Н. Г., Георгиевский А. С., Лобастов О. С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. Л.: Медицина; 1985. 304 с.
2. Военно-санитарный справочник М.: Медгиз; 1941. 488 с.
3. Основы организации медицинского обеспечения войск. М.: Медгиз; 1961. 380 с.
4. Смирнов Е. И. Война и военная медицина. 1939—1945 годы. М.: Медицина; 1979. 574 с.
5. Смирнов Е. И. Вопросы организации и тактики санитарной службы. М.: Медгиз; 1942. 87 с.

### REFERENCES

1. Ivanov N. G., Georgievsky A. S., Lobastov O. S. Soviet healthcare and military medicine in the Great Patriotic War of 1941—1945. L.: Medicine; 1985. 304 p. (in Russian).
2. Military-sanitary directory. M.: Medgiz; 1941. 488 p. (in Russian).
3. Fundamentals of the organization of medical support of troops. M.: Medgiz; 1961. 380 p. (in Russian).
4. Smirnov E. I. War and military medicine. 1939—1945. M.: Medicine; 1979. 574 p. (in Russian).
5. Smirnov E. I. Questions of the organization and tactics of the sanitary service. M.: Medgiz; 1942. 87 p. (in Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 14.07.2023; одобрена после рецензирования 19.10.2023; принята к публикации 05.02.2024.  
The article was submitted 14.07.2023; approved after reviewing 19.10.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Научная статья

УДК 93/94

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.018

## Видный деятель отечественной педиатрии Людмила Александровна Исаева

Армен Суренович 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.** Несмотря на значительный вклад, который внесла в развитие отечественной педиатрии действительный член академии медицинских наук СССР Л. А. Исаева, ее биография, научно-педагогическая, клиническая и общественная деятельность остаются недостаточно изученными. На основании архивных исследований и немногочисленных литературных публикаций уточнены и представлены основные этапы становления и научного творчества Л. А. Исаевой в 1-м Московском медицинском институте имени И. М. Сеченова, выделены приоритетные направления ее исследований. Указаны основные научные достижения, прежде всего в разработке проблемы системных заболеваний соединительной ткани (коллагенозов) в детском возрасте. Кроме того, уточнены и отмечены грани многообразной общественной деятельности Л. А. Исаевой.

**Ключевые слова:** Педиатрия, медицинский институт, кафедра, клиника детских болезней, лаборатория, лечебное отделение, системные заболевания соединительной ткани, бронхолегочные заболевания, эндоскопия.

**Для цитирования:** Саркисов А. С. Видный деятель отечественной педиатрии Людмила Александровна Исаева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 123—125. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.018.

Original article

## A prominent figure of Russian pediatrics Lyudmila Aleksandrovna Isaeva

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.** Despite the significant contribution that L. A. Isaeva, a full member of the Academy of Medical Sciences of the USSR, made to the development of Russian pediatrics, her biography, scientific and pedagogical, clinical and social activities remain insufficiently studied. Based on archival research and a few literary publications, the main stages of the formation and scientific creativity of L. A. Isaeva at the 1st Moscow Medical Institute named after I. M. Sechenov are clarified and presented, priority areas of her research are highlighted. The main scientific achievements are indicated, first of all in the development of the problem of systemic connective tissue diseases (collagenoses) in childhood. In addition, the facets of L. A. Isaeva's diverse social activities have been clarified and marked.

**Key words:** Pediatrics, medical institute, department, clinic of children's diseases, laboratory, medical department, systemic connective tissue diseases, bronchopulmonary diseases, endoscopy.

**For citation:** Sarkisov A. S. A prominent figure of Russian pediatrics Lyudmila Aleksandrovna Isaeva. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):123–125. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.018.

Видный деятель отечественной педиатрии Людмила Александровна Исаева родилась в Москве 7 апреля 1925 г. Преодолевая тяжелую инвалидность, вызванную костным туберкулезом, проявляя настойчивость и целеустремленность, в 1942 г. успешно окончила школу и поступила на лечебный факультет 1-го ММИ им. И. М. Сеченова, который окончила с отличием в 1947 г.<sup>1</sup> [1; 2; 3, с. 108]. Еще в студенческие годы, посещая научный кружок, приступила к углубленному изучению педиатрии. Своим трудолюбием и ответственностью обратила на себя внимание заведующей кафедрой детских болезней профессора Ю. Ф. Домбровской [2], которую

Л. А. Исаева с благодарностью всегда почитала как своего наставника и учителя. Именно Ю.Ф. Домбровская предложила ей поступить в ординатуру. С этого времени, с 1947 г. вся жизнь, научная и трудовая деятельность Л. А. Исаевой была неразрывно связана кафедрой детских болезней 1-го Московского медицинского института (ныне Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова)<sup>2,3</sup> [2].

Закончив обучение в клиническую ординатуру, Л. А. Исаева в 1950 г. поступила в аспирантуру.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Первый Московский Государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет). История. Available at: <https://www.sechenov.ru/univers/istoriya-pmgu-im-sechenova/>.

<sup>1</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук Российской академии наук (далее РАН). — Л. 10.

С 1953 г. исполняла обязанности ассистента кафедры, а в 1955 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Повышение эффективности пенициллина при лечении пневмоний у детей раннего возраста». В том же году была утверждена в должности ассистента; в 1960 г. назначена доцентом кафедры детских болезней<sup>4</sup> [4].

В 1960 г. было завершено строительство нового здания клиники детских болезней и организация ряда профильных отделений<sup>5</sup>, благодаря чему кафедра получила возможность приступить к развернутому осуществлению новой научной программы — разработке проблемы коллагенозов у детей. Организацию и руководство отделением коллагеновых заболеваний возглавила Л. А. Исаева. Благодаря её инициативе и усилиям, в 1963 г. была создана лаборатория иммунопатологии<sup>6</sup> [3, 5]. Докторская диссертация на тему «Системная красная волчанка у детей», которую Л. А. Исаева защитила в 1967 г.<sup>7</sup> [6.], была посвящена этой тяжелой патологии, отличающейся у детей полиморфной клинической картиной и нередко принимающей злокачественное течение. Работа подводила итог и систематизировала клинические наблюдения, проводимые в отделении коллагеновых болезней клиники детских болезней 1-го ММИ в период 1959—1965 гг. [6, С. 4, 40].

В 1969 г. Л. А. Исаева была утверждена в должности профессора, а в 1970 г. избрана заведующей кафедрой детских болезней 1-го ММИ<sup>8</sup>.

Разработка проблемы развития и лечения системных заболеваний соединительной ткани с выраженными иммунными нарушениями в детском возрасте стало приоритетным направлением в научном творчестве Л. А. Исаевой<sup>9</sup>. Под её руководством и личном участии в клинике детских болезней последовательно изучались вопросы этиологии и патогенеза, клинических проявлений, дифференциально-диагностических критериев, терапии и профилактики системной красной волчанки, системной склеродермии, дерматомиозита, ревматоидного артрита, узелкового периартрита. Была разработана оригинальная рабочая классификация этих диффузных заболеваний. Впервые в отечественной педиатрии изучались ультрамикроскопические структуры тканей при ювенильном ревматоидном артрите, системной красной волчанки, дерматомиозите. Было сформировано убедительное представление о значении нарушений микроциркуляторного русла в процессе дезорганизации соединительной ткани при коллагеновых заболеваниях. Эти исследования про-

водились в объемном комплексе с научными учреждениями СССР и зарубежных стран. В практику отечественного здравоохранения было внедрено более 20 предложений, издано 5 методических рекомендаций. Благодаря непрерывной многолетней работе удалось значительно сократить частоту обострений и количество летальных исходов, повысить выживаемость больных с 2—5 до двадцати лет, в два раза снизить инвалидность детей, страдающих коллагеновыми заболеваниями<sup>10</sup>. За годы работы в 1-м Московском медицинском институте имени И. М. Сеченова Л. А. Исаева получила признание в стране и за рубежом как один из наиболее авторитетных специалистов в области разработки проблемы системных заболеваний соединительной ткани, а клиническое отделение стало центром по изучению иммунопатологии и коллагеновых заболеваний у детей [5].

В 1978 г. Л. А. Исаевой, в соавторстве с М. А. Жвания, была написана и издана монография «Дерматомиозит у детей»; это заболевание академик Е. М. Тареев называл большой и яркой по клиническому ансамблю патологией [7, С. 4]. В книге впервые в мировой литературе<sup>11</sup> были обобщены результаты комплексной разработки этого системного заболевания, динамических наблюдений за пациентами в период 1962—1977 гг. [7, С. 5].

В 1984 г. была издана монография Л. А. Исаевой и Г. А. Лыскиной «Узелковый периартериит у детей» Характеризуя узелковый периартрит как системный васкулит с деструктивно-пролиферативными изменениями стенки мелких и средних артерий и последующей периферической и висцеральной ишемией вплоть до инфарктов и некрозов [8, С. 7], авторы впервые в педиатрической литературе анализируют современное состояние вопроса о клинике, особенностях течения и лечении этого заболевания. Следует отметить, что для диагностики узелкового периартериита впервые в СССР был применен метод ангиографии [8, С. 4].

За успешную разработку проблемы коллагеновых заболеваний Л. А. Исаева была удостоена двумя золотыми медалями и Дипломом почета ВДНХ; почетные награды получили многие сотрудники кафедры и клиники детских болезней 1-го ММИ им. И. М. Сеченова<sup>12</sup>.

Другим приоритетным направлением научного творчества Л. А. Исаевой являлась разработка актуальных проблем пульмонологии. За успешное внедрение в педиатрическую практику методов эндоскопической диагностики и лечения бронхолегочных заболеваний детского возраста она в 1986 г. была удостоена звания лауреата Государственной премии СССР [2, 3].

В 1984 г. Л. А. Исаева была избрана членом-корреспондентом, а в 1988 г. действительным членом Академии медицинских наук СССР [1, 2, 5].

<sup>4</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Л. 20.

<sup>5</sup> История Университетской детской клинической больницы МГМУ им. Сеченова. Available at: [https://news\\_enc.academic.ru/7269/История\\_Университетской\\_детской\\_клинической\\_больницы\\_МГМУ\\_им.\\_Сеченова](https://news_enc.academic.ru/7269/История_Университетской_детской_клинической_больницы_МГМУ_им._Сеченова)

<sup>6</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Л. 82.

<sup>7</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Л. 10.

<sup>8</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Лл. 19-20.

<sup>9</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Лл. 80-81.

<sup>10</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Лл. 80-83.

<sup>11</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Л. 81.

<sup>12</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Л. 83.

Свидетельством высокого авторитета Л. А. Исаевой была ее актовая речь в 1986 г., которая стала отчетом работы коллектива кафедры и клиники 1-го ММИ им. И. М. Сеченова за минувшую четверть века [9].

Обладатель пяти авторских свидетельств, Л. А. Исаева являлась соавтором ряда учебных и методических пособий, учебника детских болезней для медицинских вузов [2, 10, 11].

Научная и клиническая деятельность Л. А. Исаевой отмечена высокими правительственными наградами: орденами Ленина, Знак Почета, медалями [2].

Сотрудники кафедры, коллеги Л. А. Исаевой неизменно выделяли ее неиссякаемую энергию, педагогический дар и искреннюю любовь к детям [3, 5].

Заслуженный деятель науки Российской Федерации СССР (1982 г.) [1, 2], Л. А. Исаева постоянно, со студенческих лет<sup>13</sup>, вела большую общественную работу. Являлась деканом 2-го лечебного факультета 1-го ММИ им. И. М. Сеченова. Возглавляла или входила в состав многих медицинских комитетов и комиссий. Неоднократно выступала в различных регионах страны с докладами на научно-практических конференциях и выездных курсах повышения квалификации врачебного персонала. Была генеральным секретарем, заместителем председателя правления Всесоюзного, членом правления Всероссийского и председателем правления Московского научных обществ детских врачей, членом правления Всесоюзного научного общества ревматологов; председателем Всесоюзного методического центра по рациональному применению антибиотиков и гормонов; экспертом ВАК, заместителем председателя экспертного совета АМН по педиатрии, членом редколлегии журнала «Педиатрия». Состояла почетным членом различных зарубежных научных обществ. [2, 3, 5]

Л. А. Исаева скончалась 14 июля 1991 и похоронена в Москве, на Донском кладбище<sup>14</sup>.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Лебедев В. П. Исаева Людмила Александровна. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. Т. 29. М.: Советская энциклопедия; 1988. 424 с.
2. Исаева Людмила Александровна. 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. Заравкина. 1-е изд. М.: Шико; 2008. С. 234—235.
3. Лыскина Г. А., Геппе Н. А. К 80-летию Людмилы Александровны Исаевой (1925—1991). *Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского*. 2005;(2):108—109.
4. Исаева Л. А. Повышение эффективности пенициллина при лечении пневмоний у детей раннего возраста: Автореферат дисс. на соискание учен. степени кандидата мед. наук. М.; 1955 г.

<sup>13</sup> Исаева Л. А. Личное дело. Архив Отделения медицинских наук РАН. — Лл. 10-11.

<sup>14</sup> Пантеон России. Л. А. Исаева. Available at: <https://ruspanteon.ru/isaeva-lyudmila-aleksandrovna/?ysclid=ldsgcyixt2719100886>.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.07.2023; одобрена после рецензирования 06.12.2023; принята к публикации 05.02.2024.  
The article was submitted 18.07.2023; approved after reviewing 06.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.

5. Памяти Л. А. Исаевой. *Педиатрия*. 1991;(12):80—81.
6. Исаева Л. А. Системная красная волчанка у детей: Автореферат дисс. на соискание учен. степени доктора мед. наук. М.: Типография Минздрава РСФСР; 1967.
7. Исаева Л. А., Жвания М. А. Дерматомиозит у детей. М.: Медицина; 1978.
8. Исаева Л. А., Лыскина Г. А. Узелковый периартериит у детей. М.: Медицина; 1984.
9. Исаева, Людмила Александровна. Основные современные научные исследования школы Н. Ф. Филатова, В. И. Молчанова, Ю. Ф. Домбровской: Актовая речь, 11 окт. 1986 г. М.: Типография Министерства здравоохранения СССР; 1986.
10. Исаева Л. А., Баженова Л. К., Карташова В. И. Детские болезни: Учебник для лечебных, сан.-гигиенических и стоматологических факультетов. Под ред. Л. А. Исаевой. М.: Медицина; 1986.
11. Исаева Л. А., Баженова Л. К., Карташова В. И. Детские болезни: Учебник для лечебных, сан.-гигиенических и стоматологических факультетов. Под ред. Л. А. Исаевой. М.: Медицина; 2002.

#### REFERENCES

1. Lebedev V. P. Isaeva Lyudmila Aleksandrovna. In: The Great Medical Encyclopedia. [*Bol'shaya medicinskaya entsiklopediya*]. 3rd ed. Vol. 29. Moscow: Soviet Encyclopedia; 1988. 424 p. (In Russian).
2. Isaeva Lyudmila Alexandrovna. In: Figures of medical science and health care — employees and Pets of the Moscow medical Academy named after I. M. Sechenov: Biographical dictionary. [*Deyateli meditsinskoy nauki i zdravookhraniya — sotrudniki i pitomtsy Moskovskoy meditsinskoy akademii im. I. M. Sechenova: Biograficheskiy slovar*]. Ed. by M. A. Palcev, A. M. Stochik, S. N. Zartavkin. 1st ed. Moscow: Shiko; 2008. 234—235 pp. (In Russian).
3. Lyskina G. A., Geppe N. A. On the 80th anniversary of Lyudmila Aleksandrovna Isaeva (1925—1991). *Pediatrics. Journal named after G. N. Speransky*. [*Pediatrya. Zhurnal imeni G. N. Speranskogo*]. 2005;(2):108—109. (In Russian).
4. Isaeva L. A. Improving the effectiveness of penicillin in the treatment of pneumonia in young children: Abstract diss. for the application of a scientist. degree of candidate of medical sciences. [*Povyshenie effektivnosti penitsillina pri lechenii pnevmoniy u detey ranнего vozrasta: Avtoreferat diss. na soiskanie uchen. stepeni kandidata med. nauk*]. Moscow; 1955. (In Russian).
5. In memory of L. A. Isaeva. *Pediatrics* [*Pediatrya*]. 1991;(12):80—81. (In Russian).
6. Isaeva L. A. Systematic lupus erythematosus in children: Abstract diss. for the degree of Doctor of Medical Sciences. [*Sistemnaya krasnaya volchanka u detey: Avtoreferat diss. na soiskanie uchen. stepeni doktora med. nauk*]. Moscow: Printing House of the Ministry of Health of the RSFSR; 1967. (In Russian).
7. Isaeva L. A., Zhvania M. A. Dermatomyositis in children. [*Dermatomiioz u detey*]. Moscow: Medicine; 1978. (In Russian).
8. Isaeva L. A., Lyskina G. A. Nodular periarteritis in children. [*Uzelkovyy periarteriit u detey*]. Moscow: Medicine; 1984. (In Russian).
9. Isaeva, Lyudmila Alexandrovna. The main modern scientific research of the school of N. F. Filatov, V. I. Molchanov, Yu. F. Dombrovskoy: Assembly speech, October 11, 1986. [*Osnovnye sovremennyye nauchnyye issledovaniya shkoly N. F. Filatova, V. I. Molchanova, Yu. F. Dombrovskoy: Aktovaya rech*]. Moscow: Printing House of the Ministry of Health of the USSR; 1986. (In Russian).
10. Isaeva L. A., Bazhenova L. K., Kartashova V. I. Children's diseases: Textbook for medical, sanitary-hygienic and dental faculties. [*Det-skie bolezni: Uchebnik dlya lechebnykh, san.-gigienicheskikh i stomatologicheskikh fakul'tetov*]. Ed. by L. A. Isaeva. Moscow: Medicine; 1986. (In Russian).
11. Isaeva L. A., Bazhenova L. K., Kartashova V. I. Children's diseases: Textbook for medical, sanitary-hygienic and dental faculties. [*Det-skie bolezni: Uchebnik dlya lechebnykh, san.-gigienicheskikh i stomatologicheskikh fakul'tetov*]. Ed. by L. A. Isaeva. Moscow: Medicine; 2002. (In Russian).

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.019

Александр Александрович Кадьян (1849—1917)

Ирина Валентиновна Егорышева<sup>1</sup>, Влада Владимировна Чалова<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>egorysheva@rambler.ru. <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

<sup>2</sup>ladushacha@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-0741-5834>

**Аннотация.** Статья посвящена 175-летию со дня рождения Александра Александровича Кадьяна, российского хирурга и общественного деятеля.

Ключевые слова: А. А. Кадьян, хирургия, медицинские общества.

**Для цитирования:** Егорышева И. В., Чалова В. В. Александр Александрович Кадьян (1849—1917) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 126—129. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.019.

Original article

Alexander Alexandrovich Kadyan (1849—1917)

Irina V. Egorysheva<sup>1</sup>, Vlada V. Chalova<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation; <sup>2</sup>The State Budget Institution "The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department", 115088, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>egorysheva@rambler.ru. <https://orcid.org/0000-0001-5936-8254>

<sup>2</sup>ladushacha@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-0741-5834>

**Annotation.** The article is devoted to the 175th anniversary of Alexander Alexandrovich Kadyan, Russian surgeon and public figure.

Key words: A. A. Kadyan, surgery, medical societies.

**For citation:** Egorysheva I. V., Chalova V. V. Alexander Alexandrovich Kadyan (1849—1917). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):126–129. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.019.

В 2024 г. исполняется 175 лет со дня рождения выдающегося российского хирурга и общественного деятеля А.А.Кадьяна, пользовавшегося большим авторитетом у своих современников, но, к сожалению, мало известного в наши дни. Посвященная А. А.Кадьяну брошюра П. Ф. Какостикова (1972), наряду с важными фактами, содержит ряд неточностей, касающихся медицинских обществ, в работе которых участвовал А.А.Кадьян [1]. Юбилейная дата позволяет не только напомнить о заслугах А.А.Кадьяна, но дополнить и уточнить его биографию.

Александр Александрович Кадьян родился 1(14) апреля 1849 г. в Петербурге в семье профессора фортификации Инженерной академии. В 1867 г. он поступил в Санкт-Петербургскую Медико-хирургическую академию. Учителями его были выдающиеся российские ученые: И.М.Сеченов. С.П.Боткин, Я.А.Чистович, Н.В.Склифосовский и др. В последние годы учебы А.А.Кадьян часто совершал поездки за границу, сопровождая больных, что позволило

ему посещать терапевтические и хирургические клиники в университетах Цюриха и Вены, лекции известных профессоров. Познакомившись в Вене с русскими революционерами-эмигрантами, он переписал программу революционеров-народников, опубликованную в эмигрантском журнале «Вперед».

После окончания академии А.А.Кадьян выбрал карьеру земского врача и в 1873 г. первоначально работал на участке в селе Балаково, а затем в уездной земской больнице г. Николаевска Самарской губернии. В связи с неурожаем и голодом в Поволжье, он организовал в Петербурге сбор пожертвований для голодающих крестьян, что позволило ему оказать продовольственную помощь 700 крестьянам трех деревень [1].

Среди радикально настроенной молодежи в начале 70-х годов XIX в. широкое распространение получило так называемое «хождение в народ». Имея связи с революционной эмиграцией, А.А.Кадьян получал литературу и снабжал ею кружок револю-

ционеров-народников в самарской фельдшерской школе. В мае 1874 года он помог обустроиться в Николаевске народникам, избежавшим арестов, в том числе определил знакомого по учебе в Петербурге студента Н.Н.Судзиловского фельдшером в городской тюрьме. Вместе с ним он предпринял неудачную попытку организовать побег из тюрьмы политзаключенных. Н.Н.Судзиловский сумел скрыться и затем эмигрировать, а А.А.Кадьян был арестован 7 июля 1874 г. Доказательством его революционной деятельности послужила переписанная в Вене программа [2]. Просидев в тюрьмах 3 года и 8 месяцев по обвинению в участии в противозаконном сообществе и распространении преступных сочинений, он был оправдан и освобожден в январе 1878 г. на громком политическом «процессе 193-х» над революционерами-народниками. В этом А. А. Кадьяну помог его шурин — известный юрист Н. С. Таганцев.

После освобождения А.А.Кадьян добровольно отправился на фронт русско-турецкой войны (1877—1878) в составе отряда Красного Креста. Заболев сыпным тифом, он вернулся в С.-Петербург и в начале 1879 г. сдал экзамены на степень доктора медицины. Несмотря на положительные отзывы о медицинской деятельности на фронте, оправдательный приговор и безрезультатные обыски в его квартире, А. А. Кадьян был выслан в мае 1879 г. в Симбирск под надзор полиции, где работал в Симбирской губернской земской больнице и занимался частной практикой. Его пациентами была также семья Ульяновых [3].

В 1883 г. А.А.Кадьяну было разрешено выехать для усовершенствования за границу. Полгода он проработал в Гейдельберге в клинике немецкого хирурга профессора В.Черни. В мае 1884 г. под руководством П.Ф.Лесгафта А. А. Кадьян защитил диссертацию «Материалы к изучению архитектуры стопы». Вернувшись в Симбирск, он возглавил хирургическое отделение губернской больницы.

Это было время широкого распространения антисептики в медицинской практике, введения местного обезболивания кокаином, важных для хирургов открытий в области бактериологии. А.А.Кадьян одним из первых в Симбирской губернии стал использовать антисептику и приступил к проведению сложных операций: лапоротомии, трепанации черепа, овариотомии, ринопластики, экзартикуляции плечевого и локтевого суставов. Он одним из первых хирургов в России удалил почку. Всего только за 1885 г. он сделал 195 операций [4]. В своей практике А.А.Кадьян использовал ряд новшеств: употреблял бинты вместо корпии, ввел в больнице медицинские халаты вместо фартуков. Он часто выступал с сообщениями о своей работе на заседаниях Симбирского медицинского общества.

В 1886 г. при Медицинском совете Министерства внутренних дел была создана Комиссия по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России (так называемая Боткинская комиссия). Комиссия предложила создать Главное управление по делам здоровья, в ведение которого

вошло бы все врачебно-санитарное дело России, в том числе общественные врачебно-санитарные учреждения (земские, городские, фабрично-заводские). Обнаружив недостаток данных, необходимых для разработки проекта реорганизации системы управления санитарным делом и совершенствования врачебно-санитарного законодательства, Комиссия обратилась за помощью к ученым — специалистам в разных областях медицины, санитарным врачам, авторитетным представителям земской и городской медицины. Предлагалось высказать мнение о возможных способах взаимодействия между государственными и земскими санитарными организациями, участии земских организаций в проведении оздоровительных мероприятий. В ответ было получено более сотни писем, содержащих предложения по совершенствованию медицинской помощи населению [5].

Общество симбирских врачей поручило А.А.Кадьяну подготовить письмо в адрес Боткинской комиссии. Как говорилось в письме А.А.Кадьяна, «народ грязен, нечистоплотен, живет скученно в скверных тесных избах — условия для распространения любой эпидемии... Написать проект целого ряда мер с теоретической стороны совершенно верных и ведущих к цели — легко, но громадная опасность, что такой проект будет только на бумаге». Главная причина того, что земские и городские организации не организуют масштабные санитарные мероприятия, состояла в недостатке финансовых средств. Из-за крайней нищеты населения увеличение сборов на проведение серьезных санитарных мероприятий невозможно, поэтому единственный выход — помощь правительства, ассигнования из государственных средств. По словам А.А.Кадьяна, народ «невежествен, заражен массой предрассудков, а главное — беден, очень беден. Он будет против всякой санитарной меры, которая потребует с него расхода хотя бы одну лишнюю копейку».

Без какого-либо энтузиазма, (как и большинство земских врачей) А.А.Кадьян отнесся и к идее передачи земской и городской медицины под контроль планируемого Главного управления: «Я вполне уверен, что всякое живое дело, касающееся народа, если оно попадет в руки чиновников, хотя бы и носящих звание врачей, будет обречено на смерть, из него ничего не выйдет. Земцы, несмотря и на недостаток научных знаний, ведут больничное дело лучше покойной памяти приказов» [6]. Еще в более резкой форме против подчинения земской медицины контролю правительственных чиновников в письме от имени Московской земской организации выступили Ф.Ф.Эрисман и Е.А.Осипов. Планы Боткинской комиссии снизить уровень заболеваемости и смертности населения всего лишь за счет осуществления технических санитарно-оздоровительных мер ими были названы несерьезными. Боткинская комиссия прекратила свою работу в 1889 г. из-за смерти основных ее участников, однако целый ряд предложений комиссии и ее респондентов был использован в работе Медицинского департамента.

Не занимаясь революционной деятельностью, А.А.Кадьян оказывал денежную поддержку народникам, на его квартире иногда проходили собрания. В результате обострившихся отношений с начальством в конце 1886 г. он был уволен из больницы, несмотря на огромную популярность у населения. Оставалась лишь частная практика.

В 1888 г. А.А.Кадьян уехал в Петербург, где, поступив ординатором в Обуховскую больницу, он работал под руководством выдающегося хирурга А.А.Троянова, основателя флебологии в России. Одновременно А.А.Кадьян временно работал в городских богадельнях, в которых проводилось предпринятое С.П.Боткиным исследование физиологии и патологии старения [7]. Разработку программы исследования и сбор материалов С.П.Боткин поручил группе молодых врачей, а анализ и обобщение результатов исследования — А.А.Кадьяну. Отредактированная Боткиным программа предусматривала исследование патологических и физиологических отклонений от нормы стареющего организма, изучение факторов, влияющих на продолжительность жизни. В ходе исследования было обследовано 2620 человек пожилого возраста основном от 66 до 75 лет. Из-за болезни и смерти С.П.Боткина в 1889 г. заканчивать исследование пришлось А.А.Кадьяну. Итогом стала его работа «Население С.-Петербургских городских богаделен (материалы к изучению старости)», опубликованная с посвящением С.П.Боткину в 1890 г. [8].

Активная научная деятельность сделала А.А.Кадьяна автором ряда оригинальных операций, одним из ведущих хирургов столицы. В 1890 г. он одним из первых в России выполнил операцию нефрэктомии по поводу кистовидного перерождения почки вследствие закупорки мочеточника и хронического пиелита. В 1892 г. он первый в нашей стране произвел подшивание блуждающей почки и в 1893 г. в «Больничной газете Боткина» подробно описал различные варианты проведения этой операции.

Работы А.А.Кадьяна в основном публиковались в трудах медицинских обществ, много статей было напечатано в «Больничной газете С.П.Боткина». Вместе с тем нельзя не упомянуть изданный в 1903 г. капитальный труд А.А.Кадьяна «Повреждения и хирургические заболевания кишок и брыжейки», где подробно описана симптоматика различных заболеваний кишечника, техника операций, методы оперативного и консервативного лечения [9].

С 1895 г. А.А.Кадьян заведовал хирургическим отделением Петропавловской больницы. В 1898 г. он был избран приват-доцентом Военно-медицинской академии на кафедре клинической хирургии. В 1900 г. А.А.Кадьян был назначен заведующим кафедрой факультетской хирургии, а с 1901 г. до конца своей жизни возглавлял кафедру госпитальной хирургии Женского медицинского института, организованного на базе Петропавловской больницы. В 1905—1912 гг. он был назначен товарищем директора Женского медицинского института. После увольнения С.С.Салазкина он временно исполнял обязанности директора, а с 1914 г. занимал прежнюю

должность. А.А.Кадьян настаивал на необходимости повышения уровня женского среднего образования и упразднения дополнительных экзаменов для женщин при их поступлении в высшие учебные заведения.

Хирургическую практику, научную и преподавательскую деятельность А.А.Кадьян с 1891 г. совмещал с участием в работе Российского хирургического общества имени Н. И. Пирогова, часто выступая с сообщениями о проводимых им операциях. Так, 5 декабря 1891 г. он сделал доклад о хирургическом лечении актиномикоза легких, а 14 декабря этого же года — сообщение о резекции кишки по поводу пристеночного ущемления, что стало первым описанием этой операции в отечественной литературе.

По подсчетам П.Ф.Какостикова, А.А.Кадьян сделал 18 сообщений на заседаниях этого общества, в которых делился опытом проведения сложных хирургических вмешательств при различных заболеваниях. Как сказано в работе П.Ф.Какостикова, «16 января 1893 г. А.А.Кадьян делает доклад «К казуистике острых внутренних ущемлений», 24 апреля 1894 г. демонстрирует большую после нефрэктомии по поводу новообразования (эпителиомы) почки, 23 марта 1895 г. читает доклад «Несколько случаев образования соустьев между желудком и тонкой кишкой» [1. С. 32]. В 1898 г. вышла его работа «Хирургическое лечение сужений выхода желудка. С 1899 г. А.А.Кадьян исполнял обязанности библиотекаря хирургического общества.

С 1900 г. ежегодно стали созываться съезды, объединившие хирургов со всех концов России. Для проведения IV съезда в декабре 1903 г. была назначена комиссия, в которую вошло Правление петербургского Русского хирургического общества имени Н.И.Пирогова. Председателем организационной комиссии был избран А.А.Кадьян. По каждой программной проблеме были запланированы обзорные доклады ведущих специалистов. В Петербурге, где проходил съезд, была организована выставка хирургических инструментов и медицинского оборудования. Организация IV съезда получила высокую оценку его участников.

Революционные события 1905 г. всколыхнули всю Россию. 5 марта 1905 г. на заседании хирургического общества А.А.Кадьян выступил с докладом «Несколько наблюдений над ранеными огнестрельным и холодным оружием», в котором сообщил о поступивших в Петропавловскую больницу 9 января 1905 г. 43-х тяжело раненых в результате стрельбы войск по безоружной толпе рабочих-демонстрантов. Причем, по словам А.А.Кадьяна, военным врачам даже не позволено было даже перевязывать раненых. В докладе подробно было сообщено о характере ранений и проведенных операциях. 10 человек спасти не удалось. [1. С. 39—41]. Доклад А.А.Кадьяна получил поддержку большинства присутствующих на этом заседании.

Одновременно с работой в хирургическом обществе А.А.Кадьян в 1901—1906 гг. занимал пост председателя петербургского Общества больничных врачей имени С.П.Боткина. Он также участвовал в



работе Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова (Пироговского общества). Неоднократно на Пироговских съездах он председательствовал на заседаниях секции хирургии, на XI съезде (1910) заведовал секцией врачебного быта. В 1907 г. он был избран почетным председателем X Пироговского съезда. А. А. Кадыян работал в составе комиссии по пересмотру устава Пироговского общества, участвовал в совещаниях по реформе высшего медицинского образования. На первом Пироговском съезде (1885) в секции хирургии он сделал доклад «О верхней литотомии у детей до пятилетнего возраста». Интерес представляют его доклады «О лечении проникающих ран грудной клетки по материалам Петропавловской больницы» (XI съезд), а также «Стрептококковые заболевания в хирургии» (XII съезд).

В 1913 г. А. А. Кадыян вместе с В. М. Бехтеревым и Е. В. Павловым в качестве эксперта принимал участие в громком процессе, который приобрел международную огласку, по обвинению М.М.Бейлиса в ритуальном убийстве одиннадцатилетнего мальчика. Его заключение способствовало оправдательному приговору [10].

Александр Александрович Кадыян скоропостижно скончался 16 ноября 1917 года, готовясь к очередной лекции. Как было сказано в некрологе, «широко образованный врач, чуждый узкой специализации, осторожный хирург и превосходный диагност...был драгоценным учителем для молодежи...Здесь учились и хирургии, и медицинской этике» [11]. В числе его учеников А.А.Кадыяна значатся профессор А. Б. Арапов, В. В. Гориневская, Ю. Ю. Джанелидзе, С. Н. Лисовская, М. И. Немнов, З. В. Оглоблина, В. М. Рокицкий и многие другие.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Какостиков П. Ф. А. А. Кадыян. М.; 1972.
2. Пирумова Н. М. Земская интеллигенция и ее роль в общественной борьбе. М.: «Наука»; 1886.
3. Зиновьев Г. А. Лечащий врач Ульяновых А. А. Кадыян (к 120-летию со дня рождения). *Казанский медицинский журнал*. 1969;(5):7—10.

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

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

Статья поступила в редакцию 06.09.2023; одобрена после рецензирования 06.12.2023; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 06.09.2023; approved after reviewing 06.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.

4. Кадыян А. А. Отчет по хирургическому отделению за 1885 г. *Вестник Симбирского земства*. 1887;(8):40—67.
5. Егорышева И. В. Боткинская комиссия. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2001;(1):51—53.
6. Приложение к журналам учрежденной при Медицине совете Комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России. СПб.; 1886.
7. Лазебник Л. Б. С.П.Боткин как основатель геронтологических исследований в России (К 175-летию со дня рождения С. П. Боткина). *Клиническая геронтология*. 2008;(1):3—7.
8. Кадыян А. А. Население С.-Петербургских градских богаделен: Материалы к изучению старости по исследованию, произведенному под руководством С. П. Боткина в 1889 г. СПб.; 1890.
9. Кадыян А. А. Повреждения и хирургические заболевания кишок и брыжейки. СПб.; 1903.
10. Кадыян А. А. Хирургическая экспертиза в деле об убийстве Ющинского. *Врачебная газета*. 1913;(50):1837.
11. Арапов А. Памяти незабвенного учителя проф. А. А. Кадыяна. *Русский врач*. 1917;16(48—52):606.

#### REFERENCES

1. Kakostikov P. F. A.A.Kadyan. Moscow; 1972 (in Russian).
2. Pirumova N. M. Zemskaya intelligentsia and its role in the public struggle. Moscow: «Nauka»; 1886 (in Russian).
3. Zinoviev G. A. Treating doctor of Ulyanovs A. A. Kadyan (to the 120th anniversary of his birth). *Kazan Medical Journal. [Kazanskij medicinskij zhurnal]*. 1969;(5):7—10 (in Russian).
4. Kadyan A. A. Report on the surgical department for 1885. *Bulletin of the Simbirsk Zemstvo. [Vestnik Simbirskogo zemstva]*. 1887;(8):40—67 (in Russian).
5. Egorysheva I. V. Botkin Commission. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny]*. 2001;(1):51—53 (in Russian).
6. Appendix to the Journals of the Commission on the Improvement of Sanitary Conditions and Reduction of Mortality in Russia, established under the Medical Council. St. Petersburg; 1886 (in Russian).
7. Lazebnik L. B. S.P.Botkin as the founder of gerontological research in Russia (To the 175th anniversary of the birth of S. P. Botkin). *Clinical gerontology. [Klinicheskaja gerontologija]*. 2008;(1):3—7 (in Russian).
8. Kadyan A. A. Population of St. Petersburg city almshouses: Materials for the study of old age according to the research made under the direction of S. P. Botkin in 1889. St. Petersburg; 1890 (in Russian).
9. Kadyan A. A. Damage and surgical diseases of the intestines and mesentery. St. Petersburg; 1903 (in Russian).
10. Kadyan A. A. Surgical expertise in the case of the murder of Yushchinsky. *Physician's Gazette. [Vrachebnaja gazeta]*. 1913;(50):1837 (in Russian).
11. Arapov A. In memory of the unforgettable teacher Prof. A. A. Kadyan. *Russian doctor. [Russkij vrach]*. 1917;16(48—52):606 (in Russian).

Научная статья

УДК 616.932 (470.324) (091)

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.020

## Деятельность земских медицинских учреждений по ликвидации холерных эпидемий во второй половине XIX в. (на материалах Воронежской губернии)

Роман Сергеевич Серебряный<sup>1</sup>, Анна Аркадьевна Маликова<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко Минздрава России,  
г. Воронеж, Российская Федерация

<sup>1</sup>niiimramn@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2328-2931>

<sup>2</sup>malikovanna@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8247-2842>

**Аннотация.** Статья посвящена деятельности земских медицинских учреждений Воронежской губернии во второй половине XIX века по борьбе с холерой, которая в течение семи лет занимала одно из наиболее значительных мест в структуре инфекционных заболеваний в регионе в этот период. На основе отчетности Воронежского губернского земства и Медицинского департамента проанализированы эффективность принятых постановлений на местном уровне, способствующие ликвидации холеры, рассчитаны данные по заболеваемости и смертности населения от холеры в эти годы. В отличие от литературных данных, на основе архивных источников установлены новые показатели заболеваемости и смертности от холеры в Воронежской губернии. Доказано, что в отличие от свирепствующей в России эпидемии холеры, в Воронежской губернии удалось проведенными мероприятиями локализовать в 1865, 1870, 1872, 1893 вспышку инфекции и предотвратить масштабное её распространение. Показано, что причиной заноса бактерии *Vibrio cholera* в 1892 г. в Воронежскую губернию являлась массовая миграция крестьян на Кавказ в очаги инфекции и обратно, вследствие голода у себя на Родине. Хронологические рамки исследования определены тридцатью годами 1865—1893 г. Начало — 1865 год, впервые было созвано Воронежское Губернское Земское Собрание; конец: 1893 г. — окончание эпидемии.

**Ключевые слова:** история медицины, история эпидемий, Воронежское губернское земство, Воронежская губерния, XIX век, холера.

**Для цитирования:** Серебряный Р. С., Маликова А. А. Деятельность земских медицинских учреждений по ликвидации холерных эпидемий во второй половине XIX в. (на материалах Воронежской губернии) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 130—136. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.020.

Original article

## Activities of zemstvo medical institutions for the elimination of cholera epidemics in the second half of the XIX century (based on the materials of the Voronezh province)

Roman S. Serebryany<sup>1</sup>, Anna A. Malikova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

<sup>2</sup>Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, Voronezh,  
Russian Federation

<sup>1</sup>niiimramn@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2328-2931>

<sup>2</sup>malikovanna@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8247-2842>

**Annotation.** The article is devoted to the activities of the zemstvo medical institutions of the Voronezh province in the second half of the XIX century to combat cholera, which for seven years occupied one of the most significant places in the structure of infectious diseases in the region during this period. Based on the reports of the Voronezh Provincial Zemstvo and the Medical Department, the effectiveness of the adopted resolutions at the local level contributing to the elimination of cholera is analyzed, data on the morbidity and mortality of the population from cholera in these years are calculated. In contrast to the literature data, new indicators of morbidity and mortality from cholera in the Voronezh province have been established on the basis of archival sources. It is proved that, unlike the cholera epidemic raging in Russia, the Voronezh Province managed to localize the outbreak of infection in 1865, 1870, 1872, 1893 with the measures carried out and prevent its large-scale spread. It is shown that the reason for the introduction of the *Vibrio cholera* bacterium in 1892 to the Voronezh province was the mass migration of peasants to the Caucasus to the foci of infection and back, due to famine in their homeland. The chronological framework of the study was determined by the thirty years 1865—1893. The beginning — 1865, the Voronezh Provincial Zemstvo Assembly was convened for the first time; the end: 1893 — the end of the epidemic.

**Key words:** history of medicine, history of pandemics, Voronezh Provincial Zemstvo, Voronezh province, XIX century, cholera.

**For citation:** Serebryany R. S., Malikova A. A. Activities of zemstvo medical institutions for the elimination of cholera epidemics in the second half of the XIX century (based on the materials of the Voronezh province). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):130–136. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.020.

В связи с появлением COVID — 19 в России и мире, разработка тематики, посвящённой изучению истории пандемий и эпидемий, в частности холеры, их возникновения, принятием мер по их устранению, все больше привлекает внимание историков, медиков, обществоведов [1,2,3].

Анализ исторического опыта борьбы с эпидемиями актуален в настоящее время в связи с подрывом Вооружёнными силами Украины (ВСУ) Каховской ГЭС и реальной возможности возникновения эпидемии холеры на Украине, а при несоблюдении санитарно-гигиенических правил, перенос её затем на территорию России<sup>1</sup>.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2023 г. предупреждает также о глобальном распространении холеры в мире в ближайшие годы<sup>2</sup>.

В период с 2020 г. по 2023 г. отечественными и зарубежными учеными было опубликовано ряд научных трудов, посвященные истории мировых пандемий и эпидемий в России и отдельных её регионах. В 2020 году переиздана монография К. Г. Васильева и Л. Е. Сегала «История эпидемий в России» [4].

К. Е. Балдин дал анализ медико-санитарных мероприятий, проводимых в Иваново-Вознесенске [5]. М. В. Угрюмова с соавт. на основе архивных материалов показали деятельность земских учреждений Московской губернии. [6]. В. А. Силантьева рассказала о формах и методах профилактики холеры в Нижнем Новгороде в 90-е годы. XIX в. [7].

Несмотря на освещение в публикациях С. А. Иконникова [8], М. Д. Карпачева [9], П. А. Попова [10] отдельных сторон борьбы с холерой в Воронежской губернии, проблема не стала предметом исследования, дающего целостное представление о эффективности мероприятий по ликвидации эпидемии во второй половине XIX в. в регионе.

В этот период холера в России бушевала 7 раз, в 1865, 1866, 1871, 1872, 1877, 1892 и в 1893 годах. Самые опустошительные эпидемии были в 1866, 1871, 1892 годах, менее — в 1865, 1870, 1872 и 1893 годах (табл. 1). Воронежская губерния поражалась холерой в первый же год появления эпидемии в России. Она заносилась в губернию с юго-востока, с Северного Кавказа, из Области Войска Донского — Ростова и Саратовской губернии.

В Воронежском крае, в Задонске<sup>3</sup>, в 1865 году после 10-ти летнего перерыва, были обнаружены первые случаи заболеваний похожие на холеру. Для предотвращения паники среди жителей, у которых в памяти еще остались воспоминания о предшествующей эпидемии, «Воронежские губернские ведомости» 27 ноября и 1 декабря поместили сообщения о том, что «<...> холерные случаи, бывшие в Задонске, объясняются не холерой, а чисто диетическими

<sup>1</sup> Академик РАН Онищенко Г. Г., бывший главный санитарный врач РФ в газете «Взгляд» 7 июня 2023 г. о возможной эпидемии холеры в России. <https://vz.ru>

<sup>2</sup> <https://www.who.int/ru/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON437>

<sup>3</sup> С 1779 г. до 1928 г. входил в состав Воронежской губернии, в настоящее время райцентр Липецкой области.

Таблица 1

## Показатели заболеваемости и смертности населения во время холеры в 1865—1893 гг.

Годы	Начало эпидемии	Воронежская губерния		Россия		Процент заболевших и умерших в Воронежской губернии от умерших в России	
		количество заболевших	количество умерших	количество заболевших	количество умерших	% заболевших	% смертности
1865	13 ноября	51	15	13 315	4 177	0,38	0,36
1866	13 июля	7 466	2 855	208 853	72 386	3,57	3,94
1870	24 июля	1 312	408	21 664	9 386	6,06	4,35
1871	24 июня	28 717	11 099	322 711	124 831	8,9	8,89
1872	26 мая	809	303	310 607	113 196	0,26	0,27
Итого...		38 355	14 680	877 150	323 976	4,37	4,53
1892	2 июля	28 402	11 531	604 406	295 744	4,7	3,9
1893	5 июля	4 227	1 870	102 448	42 857	4,13	4,36
Итого...		32 629	13 401	706 854	338 601	4,62	3,96
Всего...		70 984	56 162	1 584 004	662 577	4,48	8,48

условиями... заболевшие и умершие ели ветчину, поросенка со сметаной и творогом и запивали все молодым пивом <...><sup>4</sup>. Полагая, что основной причиной роста заболеваний являлись непогода, грязь, шедшие два месяца дожди, «Воронежские губернские ведомости» писали: холерная эпидемия не повторится, а «<...> с выпавшим 23 ноября снегом отступит <...>»<sup>5</sup>.

Согласно данным К. Г. Васильева и Л. Е. Сегала всего в 1865 году «в России было поражено 11 губерний», а смертность в Воронежской губернии от холеры по отношению к России составила всего 0,02% [11].

Не большое число поражённых холерой в Воронежской губернии, в сравнении в целом по России, рассчитанной по годам (табл. 1)<sup>6</sup> на основании работ Зарянка с 1865 г. по 1 декабря 1892 г. [12] и Шингарева за 1893 г. [13] свидетельствует о своевременности и эффективности противоэпидемических мероприятий, проводимых в регионе.

Сведения о появившихся случаях холеры в Воронежской губернии вызвали серьезную тревогу у Воронежской губернской управы, которая 1 декабря 1865 года приступила к исполнению своих обязанностей. И уже 13 декабря на Воронежском губернском земском собрании, председателем А. Н. Сомовым, был поставлен вопрос об участии губернского земства в мерах против холеры, для чего создали комиссию с участием в ней А. К. Тобина<sup>7</sup> и Ф. А. Предтеченского<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> Воронежские губернские ведомости. Часть неофициальная. 1865. № 76. 1 декабря. С. 336. URL: <https://vivaldi.nlr.ru/fn000058419/view/?#page=2>

<sup>5</sup> Там же. № 75. 27 ноября. С. 331.

<sup>6</sup> Процент поражения населения Воронежской губернии от холеры по отношению в целом к России был рассчитан согласно данным, приведенным в таблице № 1. одним из авторов Маликовой А. А.

<sup>7</sup> Адальберт Карлович Тобин, старший врач губернской земской больницы Воронежской губернии с 1861 по 1869 годы.

Комиссия предлагала: «<...> 1) распространить в населении наставления о противохолерных средствах, 2) поручить фельдшерские обязанности по борьбе с холерой оспопрививателям, научивши предварительно их подавать первую помощь холерным больным, в виду недостатка фельдшеров; 3) составить съезды для обсуждения противохолерных мероприятий из землевладельцев, духовенства и волостного начальства и разделить уезд на участки; 4) заготовить при больничных аптеках медикаменты и дезинфекционные материалы <...>» [14].

Для уездных управ на борьбу с холерной эпидемией губернская управа в 1865 году выделила 20000 рублей, распределив сумму пропорционально населению, примерно по 1667 рублей на уезд и 20000 рублей в распоряжение губернской управы, как резервный фонд для принятия «усиленных мер» [15].

20 ноября 1865 года, в «Воронежских губернских ведомостях» врачебное отделение поместило наставление о том, как сберечь себя на случай появления эпидемической холеры, составленное по примеру, сделанному в столице<sup>9</sup>. Документ подписал врачебный инспектор А. В. Балванский. Вспышка холеры (масштабы заболевания не позволяют нам квалифицировать событие эпидемией) оказалась не большой и к декабрю прекратилась. Правда, ряд авторов дореволюционного периода [12, 13] считали, видимо на основании выделения огромных денег на погашение эпидемиологического процесса, болезнь 51 человека эпидемией. С другой стороны, проведенные мероприятия (срочное финансирование, разъяснение в газетах необходимости личной гигиены и т. п.) возможно предотвратили эпидемию, которая свирепствовала в 1865 г. в других губерниях России.

В 1866 году заболеваемость холерой в Воронежской губернии превратилась в эпидемию. По сведениям А. К. Тобина первым заболевший холерой был отставной рядовой, «<...> которого зарегистрировали в губернской больнице 23 апреля» [16]. По другим данным эпидемия в Воронежской губернии началась 13 июля [12, 13]. В обзоре, составленном А. К. Тобиным отмечено: «<...> в 1866 году холера в Воронеж была занесена с юга и с запада людьми, особенно солдатами, медленно превращаясь в эпидемию» [16].

11 сентября 1866 года, когда сомнений, что это не просто заболевание, а масштабы эпидемии, в Воронеже не осталось, в губернской больнице открыли первое холерное отделение на 40 кроватей. 16 сентября — второе на 24 коек, 20 сентября — третье на 30 кроватей. А. К. Тобин писал: «Холерная зараза в воздухе Воронеже была так сильна, что из числа 60000 жителей оставались здоровыми едва 5000 человек <...>» [16]. В Воронежской губернии смертность от холеры в 1866 году составила 3,2%.

<sup>8</sup> Федор Алексеевич Предтеченский помощник Воронежского врачебного инспектора МВД с 1864 по 1888 годы.

<sup>9</sup> Воронежские губернские ведомости. Часть неофициальная, 1865. № 73. 20 ноября. С. 321 URL: <https://ivaldi.nlr.ru/fn000058416/view/#page=>

Согласно материалам Ф. А. Щербины «<...> сильная эпидемия появилась в Богучарском уезде Воронежской губернии, Богучарская уездная управа во главе с И. А. Лисаневичем<sup>10</sup> сразу начала принимать конкретные меры. В уезд было направлено 2 врача, 1 лекарский помощник, 1 врач для Богучара и установлен целый ряд предохранительных мер» [14].

Губернской управой было предложено в 1867 году разбить Богучарский уезд на 4 медицинских участка с приглашением 4 врачей и 4 повивальных бабок и на каждые волости по 1 фельдшеру. Для врачей и фельдшеров было принято решение открыть аптечки. Воронежское губернское земское собрание постановило «производить выдачу бесплатно лекарств крестьянам и малоимущим жителям города Богучара» [14].

Расходы губернской управы в 1866 году «<...> с 28 апреля по 8 декабря составили 10248,74 руб., из которых в распоряжение 11 уездных управ было отпущено 6983 руб. 37 ½ коп. 633 руб. на уезд, в Воронеже по 8 декабря потрачено 3265 руб. 36 ¾ коп.» [17].

12 декабря 1866 года Воронежским губернским земским собранием было принято постановление, «Об обложении городов особым сбором на пополнение расходов по мероприятиям против холеры». Гласный А.Р. Михайлов не согласился с решением<sup>11</sup>, изложив особое мнение, что «<...> городам в таком случае придется выплачивать двойной налог — общий земский и специальный на холеру». Он также был против назначения экстренных Земских собраний для исправления смет, полагая, что «<...> экстренные Земские Собрания могут допустить ошибки» [14].

Несомненно, на развитие холеры в Воронежской губернии повлияло отсутствие качественной воды. Ведь только 18 (30) октября 1869 г. в Воронеже появилась первая водоканал (водопровод), благодаря купцу С. Л. Кряжову. К сожалению, она могла обеспечивать водой только 2 центральные улицы Воронежа.

В 1870 году в соседних с Новохоперским уездом Воронежской губернии местностях были зарегистрированы случаи холеры. Воронежское губернское земское собрание назначило на всякий случай 500 рублей<sup>12</sup> в распоряжение управы для принятия мер против возникновения холерной эпидемии. В «Обзоре Воронежской губернии» за 1870 год отмечено, что «<...> Холера в июле появилась в Валуйском и Бирюченском уездах по течению реки Оскала, затем распространилась в Павловском

<sup>10</sup> Лисаневич Иван Алексеевич — председатель Богучарской уездной земской управы (1865—1872, 1893—1894), Воронежской губернской земской управы (1872—1893). Способствовал становлению уездного и губернского земства.

<sup>11</sup> Антон Родионович Михайлов — видный общественный деятель, купец, благотворитель, публицист, городской глава Воронежа (1858 — 1861 гг.).

<sup>12</sup> Государственный архив Воронежской области (ГАВО). — Ф. — И. 20. — Оп. 1. — Л. 406.

и Новохоперском уездах. 16 ноября 1870 года эпидемия прекратилась<...><sup>13</sup>.

В 1870 году в Воронежской губернии эпидемия была незначительной, смертность населения в Воронежской губернии по отношению к России составила 4,35% (табл. 1). Во избежание холеры губернской администрацией издавались различные наставления. Проводилась просветительская работа с населением. Не осталось в стороне и «Воронежское медицинское общество» (далее — общество), основанное А. К. Тобиным в 1868 году. В «Воронежских губернских ведомостях» общество опубликовало памятку «О предосторожности, в связи с появлением холеры». Населению рекомендовалось «<...> соблюдать чистоту в жилищах, очищать воздух хлорной известью, избегать употребления в пищу сырых плодов и несвежих продуктов. По возвращению домой, после общения с больным, окуривать одежду, не касаться тел умерших от холеры голыми руками<...>»<sup>14</sup> и т. д. Аналогично приводимым нами соображениям выше, в отношении заболеваемости холерой в 1865 году, нами сделан вывод о эффективности мероприятий, осуществляемых властями и общественными организациями по недопущению перехода вспышки инфекции в эпидемию в 1870 год.

Во второй половине XIX в. тяжелая эпидемия холеры произошла в Воронежской губернии в 1871 году, продолжавшая с меньшей силой и в 1872 году. Первые больные были обнаружены 19 июня 1871 г. на границе Тамбовской губернии в Новохоперском уезде. В течение трех месяцев холера распространилась по всей губернии. Больше всего заболевших наблюдалось в Новохоперском, Задонском, Бобровском и Воронежском уездах.

Губернской администрацией во главе с Д. Ф. Кованько (1808 — 1874) были предприняты все необходимые меры, направленные на прекращение эпидемии сразу же, как только прошла информация о появлении случаев холеры в губернии.

В 1871 году, впервые через пять лет после эпидемии 1866 года расходы на борьбу с холерой составили 22032 рубля<sup>15</sup>, в то время достаточно большой суммы, что свидетельствовало о внимании и значении борьбы с холерой для губернии [14].

29 июля 1871 года состоялось заседание Воронежской губернской управы, на котором было принято «Об открытии в Воронеже двух холерных отделений на Хлебной площади и на Лоску, на 60 кроватей»<sup>16</sup>. Было решено пригласить по 2 доктора в каждое с вознаграждением за каждый день по 5 рублей серебром. Городской управе дали право расходовать из денег, предназначенных для благотвори-

тельных целей. Как отмечает воронежский краевед П. А. Попов «<...> Губернская администрация, возглавляемая Д. Ф. Кованько «внесла в думу несколько предложений по развитию медико-санитарной сферы, и было предложено открыть постоянную городскую холерную больницу <...>» [10]. Для ускорения создания постоянной холерной больницы Дума выбрала 8 попечителей.

Усиленно велось наблюдение за чистотой городов и дезинфекцией нечистот. Малоимущему населению Воронежа дезинфицирующие средства выделяла управа.

К октябрю эпидемия начала ослабевать, но окончательно прекратилась лишь в декабре 1871 года. Смертность населения в Воронежской губернии от холеры за 1871 год по отношению к России составила 12,83%, в 1872 году — 0,43% (табл1).

На прекращение холеры земство выделяло средства в уезды, которые расходовались по усмотрению не только управ, но и комитетов общественного здравия.

С 1886 по 1889 годы работала ревизионная комиссия. В 1871 году после проведенной проверки, комиссия выяснила, что выделяемые губернской управой средства расходовались часто не по назначению. Воронежское губернское земское собрание постановило «Об открытии губернской управе кредита по мере надобности в случае появления холеры» [14]. Комиссией была составлена смета по проведению мероприятий.

До ревизии земство не давало никаких указаний, поэтому уезды расходовало средства по-разному: «<...> за что в одних уездах не считалось возможным платить, за то в других уездах платили <...>» [14]. Воронежское губернское земское собрание приняло решение, об издании для руководства земским управам указаний «Об употреблении губернских земских сумм, в случаях из расходования на прекращение холеры» [14].

В 1875 году расходы по ликвидации не только холеры, но и других эпидемических болезней были отнесены не за счет городских финансов, а на бюджет губернского земства.

В 1884 году Воронежское губернское земское собрание постановило «<...> открыть губернской управе кредит в 30,000 рублей на покупку медикаментов и дезинфекционных средств в случае появления холеры»<sup>17</sup>. В отчете Медицинского департамента за 1884 год отмечено, что существующий санитарный надзор в губернии «<...> не достигает цели»<sup>18</sup>. Поэтому земское собрание в 1886 году вновь повторило решение 1884 года, но заболеваний холерой не было [14].

В 1891 году в Воронежской губернии был неурожай хлебов. Недостаток продовольствия вызвал голод среди населения, что стало причиной массового

<sup>13</sup> Обзор Воронежской губернии за 1870 год. С. 87-89. URL: <http://elib.shpl.ru/ru/nodes/32120-za-1870-god-187>.

<sup>14</sup> Воронежские губернские ведомости. Часть неофициальная, 1870. № 72. 23 сентября. С. 8. URL: <https://vivaldi.nlr.ru/fn000058894/view/#page=>

<sup>15</sup> ГАВО. Ф. — И. 20. — Оп. 1. — Л. 4об. Л. 4.

<sup>16</sup> Воронежские губернские ведомости. Часть неофициальная, 1871. № 60. 11 августа. С. 2 URL: <https://vivaldi.nlr.ru/fn000058981/view#page=>

<sup>17</sup> ГАВО. Ф. — И. 20. — Оп. 1. — Д. 1974. — Л. 4об. Выписка из журнала Очередного Воронежского Губернского Земского Собрания на 15 декабря 1884 года.

<sup>18</sup> Отчет Медицинского департамента Министерства внутренних дел за 1884 год. С. 102 URL: <http://elib.shpl.ru/ru/nodes/76871-za-1884-god-chast-meditsinskaya-spb-1887>

движения крестьян из Воронежской губернии на заработки, причем большинство искавших работу направлялись в южные губернии и на Кавказ, как раз в те местности Азии, в которых имелись очаги *Vibrio cholerae*. Холера получила название «Азиатская» (*Cholera asian*). Возвращаясь к началу полевых работ на родину, воронежские крестьяне приносили болезнь с собой, уже значительно развывшуюся в то время на юге, а «<...> железные дороги способствовали этому движению со скоростью хода поезда» [18]. По данным санитарного врача А. Л. Смиловича, в 1891 году «из Воронежской губернии ушло на заработки 192500 человек, в 1892 году 110909 человек» [18].

Хотя обеспечение продовольствием не являлось обязательной функцией земских учреждений, с конца лета 1891 года земство начало выдавать ссуды на «обсеменение полей, а затем и на продовольствие населению» [18].

В распоряжении Министерства внутренних дел России во второй половине XIX в. находился имперский капитал, служащий для ссуд и безвозвратных пособий в случаях чрезвычайного неурожая или «<...> ненормального повышения цен на хлеб» [19].

По сведениям Б. Б. Веселовского «в 1891 году Министерством внутренних дел в Воронежскую губернию было отчислено 1813442 рубля имперского капитала. Общая сумма отчислений в 34 земских губернии за 1891 год составляла 18319976 рублей» [19].

В 1892 году холера появилась в России 14 мая [15]. Существовала угроза появления холеры в Воронежской губернии [9]. До начала эпидемии холеры властями губернии начали предприниматься меры по ее предотвращению в регионе: проводилась очистка дворов, площадей и улиц, осматривались трактиры, постоялые и ночлежные дома и заведения, где наблюдалось скопление народа; велось устройство противохолерных барачков в городах, на линии железной дороги, в некоторых селах. Большое внимание для недопущения эпидемии губернская управа уделяла просветительской деятельности. В работе с населением участвовали не только медики, но и приходское духовенство, которое, по мнению воронежского историка С. А. Иконникова «<...> не только поддерживало население духовно, но и оказывало нуждающимся первоначальную медицинскую помощь «<...>» [8].

Эпидемия в Воронежской губернии в 1892 году началась 2 июля, уже в августе достигла максимума и продолжалась до декабря 1892 года. Случаи заболевания были зарегистрированы даже в январе 1893 года.

Подчеркнём: «19 июня 1892 года был разослан циркуляр губернатора в губернскую и уездные управы с предупреждением о приближении с юга холеры и предложением целого ряда мер» [12].

12 июля 1892 года, спустя десять дней после появления холеры, в Воронежской губернии было созвано чрезвычайное Воронежское губернское Земское собрание, по решению которого губернской управе был открыт кредит в размере 200000 рублей<sup>19</sup>.

На этом же заседании Воронежское губернское Земское собрание разрешило губернской земской управе выдавать земским врачам и фельдшерам, работающим в холерных пунктах, дополнительное вознаграждение, предоставив размер его решать по усмотрению управы [20].

Согласно А. И. Шингареву, холерой в 1892 году заболело человек, что составляло 10,9% населения губернии, умерло [13]. Он отмечал, что «<...> на развитие эпидемии 1892 года сказывалось и бездеятельность земско-медицинской организации в первые две недели эпидемии» [13].

В 1893 году заболеваемость холерой оказалась значительно слабее, чем в 1892 году. Она была зарегистрирована только в 11 уездах, кроме Новохоперского. По расчетам А. И. Шингарева больных холерой в 1893 году было 4158 человек, умерших 1853 [13].

15 сентября 1893 года на Воронежском губернском Земском собрании обсуждался вопрос, поднятый губернской управой, «что признавать за эпидемию холеры». В итоге было принято постановление, в котором «<...> констатирование факта эпидемии холеры было поручено уездным санитарно-исполнительским комиссиям «<...>» [20]. К декабрю 1893 года эпидемия в Воронежской губернии угасла.

На наш взгляд заболеваемость холерой в это время нельзя считать эпидемией по соображениям, приведённым при анализе событий 1865 года.

Согласно данным Н. И. Тезякова «<...> всего на борьбу с холерой в 1892 и 1893 годах было выделено 258 338 руб. 78 копеек «<...>» [15]. С 1892 по 1893 годы в Воронежской губернии по официальным источникам оказалось зафиксировано 32629 заболеваний холерой и 13401 умерших — 41,07%. В среднем за 1892—1893 годы в один холерный больной обошелся земству в 7 рублей 92 копейки.

Вся тяжесть по лечению больных холерой, в течение семи эпидемических лет второй половины XIX века выпала на долю земских врачей. Они принимали все необходимые медико-полицейские меры для предупреждения и ликвидации холерных эпидемий. На их долю досталось оказание медицинской помощи населению, опасность заражения и смерть, проведение противоэпидемических мероприятий.

Кадровой политике Земское собрание уделяло большое внимание. 12 июля 1892 года в Воронеже приняли два постановления «Об условиях приглашения врачебного персонала на борьбу с холерой» и «О приглашении врачей и студентов на борьбу с холерой» [20].

В 1893 году медицинский персонал, участвующий в борьбе с холерой, по сравнению с 1892 годом уменьшился, вследствие малого числа больных, следовательно, сокращалась и инфраструктура (табл.2). Оплата труда медицинского персонала была довольно высокой. Врачей приглашали за 250 рублей, даже за 300 рублей, студентов за 150 рублей<sup>20</sup>, фельдше-

<sup>19</sup> ГАВО. Ф. — И-20. — Оп. 1. — Д.1974. — Л. 97.

Медицинский потенциал в Воронежской губернии, во время эпидемий холеры в 1892 — 1893 гг.

Годы	Медицинский персонал, принимавший участие в борьбе с холерой								Число помещений для холерных больных и в них мест					
	врачей		студентов	фельдшеров		сестер милосердия	дезинфекторов	санитарных служителей	больниц	в них мест	нанятых помещений	бараков	нанятых помещений	в них мест
	постоянных	приглашенных		постоянных	приглашенных									
1892	54	69	26	225	191	49	22	151	8	40	24	141	31	102
1893	44	35	23	178	89	20	67	386	4	24	12	58	24	80
Всего...	98	104	49	403	280	69	89	537	12	64	36	199	55	182

рам платили 50—70 рублей, штатные врачи уездных земств получали доплату до 250 рублей.

Таким образом, в Воронежской губернии с 1865 г. по 1893 г. заболело холерой 70984 — 4,48% и умерло 56162 — 8,48% по отношению к России.

Подчеркнём, что на второй год после максимального подъёма заболеваемости в каждой эпидемии было меньше больных и умерших. В 1872 г. число заболевших уменьшилось более, чем в 35, умерших — в 36 раз, в сравнении с 1871 г.; в 1893 г. число больных сократилось более чем в 5 и умерших, почти в 5 раз по отношению к 1892 г.

Постоянная угроза возникновения и распространения холеры подвигло земские учреждения проводить систематически противоэпидемические мероприятия. Земскими учреждениями Воронежской губернии была разработана стратегия по борьбе с холерной эпидемией: устройство холерных бараков, организация врачебно-санитарных отрядов, привлечение духовенства, санитарно-просветительная работа с населением. В период с 1866 по 1893 гг. печатные издания земской управы публиковали наставления о распознавании холеры, профилактики и ее лечении и т. д.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что действия земской управы и подвижность земских врачей оказались достаточно эффективны и были направлены на минимизацию распространения эпидемического процесса и ликвидацию эпидемий.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Егорышева И. В. Государственная политика в связи с первыми эпидемиями холеры в России (1823, 1829—1831). *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022;(1—2):160—5. doi: 10.25742/NRIPH.2022.01.020
- Чернышева И. В. Эпидемии и борьба с ними в XIX веке (на примере Царицына), *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2022;(1—2):144—9.
- Смирнова Е. М., Ерегина Н. Т. Карантины чуть не взбунтовали 16 губерний: власть, врачи и общественность России в борьбе с эпидемиями холеры (XIX — начало XX веков). *Новый исторический вестник*. 2021;68(2):3—48.
- Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. От чумы до коронавируса. М.: Родина; 2020.
- Балдин К. Е. Опыт борьбы с эпидемиями в России в конце XIX — начале XX в.: холера в г. Иваново-Вознесенске. *На пути к гражданскому обществу*. 2020;38(2):52—63.
- Угрюмова М. В., Фоменко М. В. Документирование профилактики и борьбы Московского земства с холерой во второй поло-

вине XIX — начале XX в. *Вестник Нижневартковского государственного университета*. 2020;(4):111—20.

- Силантьева В. А. Административные меры по борьбе с эпидемией холеры в Нижнем Новгороде в 90-е гг. XIX в. (страницы истории). *Законность и правопорядок*. 2021;29(1):50—3.
- Иконников, С. А. «Береженого Бог бережет»: приходское духовенство Воронежской епархии в борьбе с холерной эпидемией 1892—1893 годов. *Научный диалог*. 2021;(2):292—307.
- Карпачев М. Д. Крестьянский голод 1891—1892 гг. в Воронежской губернии и его последствия. Общество и власть: история и современность. Материалы 13-й Региональной научной конференции, Воронеж, 01 февраля 2019 года. Воронеж: Воронежский государственный университет; 2019. С. 108—120.
- Попов П. А. Городское самоуправление Воронежа, 1870—1918. Воронеж: Кварта; 2006.
- Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. Материалы и очерки. М.: Медгиз; 1960.
- Заряно Н. С. Холерная эпидемия в Воронежской губернии в 1892 году. Памятная книжка Воронежской губернии на 1893 г. Воронеж: Типо-Литография губернского правления; 1893.
- Шингарев А. И. Холерная эпидемия в Воронежской губернии 1892 — 1893 гг. Воронеж: Воронеж. губ. земство, 1905.
- Щербина Ф. А. Воронежское земство, 1865—1889 г.: историко-статистический обзор. Воронеж: изд-во Воронежского губернского земства; 1891.
- Тезяков Н. И. Надзор за эпидемиями в Воронежской губернии. Основания участия в этом деле губернского земства. Труды Совещания VI Губернского съезда земских врачей и председателей земских управ Воронежской губернии 23—30 августа 1897 года. Воронеж: Санитарное отделение при Воронежской губернской земской управе; 1897—1898.
- Тобин А. К. О холере в Воронеже в 1866 году. *Современная медицина*. 1867;(23):356—61.
- Краткий обзор десятилетней деятельности губернских земских учреждений Воронежской губернии. Систематический сборник постановлений Воронежского губернского земского собрания за 1-е десятилетие с 1-го декабря 1865 г. Воронежская губернская земская управа. Воронеж: тип. В. И. Исаева; 1876.
- Очерки эпидемии холеры 1892—1893 гг. в Воронежской губернии. Мероприятия в будущем: Труды IX совещания земских, городских деятелей и врачей обществ, учреждений Воронежской губ. 15—18 марта 1905 г. Воронеж: Санитарное отделение Воронежской губернской земской управы; 1905.
- Веселовский Б. Б. История земства за сорок лет. Санкт-Петербург: изд-во О. Н. Поповой; 1909 — 1911.
- Систематический сборник постановлений Воронежского губернского земского собрания: за трехлетие 1892—1894 гг. Воронеж: тип. В. И. Исаева; 1898.

## REFERENCES

- Egorysheva I. V. State policy in connection with the first cholera epidemics in Russia (1823, 1829—1831). *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health*. [Bjulleten Nacionalnogo nauchno-issleovatelskogo instituta obshhestvennogo zdorovja]. 2022;(1—2):160—5 (in Russian).
- Chernysheva I. V. Epidemics and the fight against them in the XIX century (on the example of Tsaritsyn), *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health*. [Bjulleten Nacionalnogo nauchno-issleovatelskogo instituta obshhestvennogo zdorovja ]. 2022;(1—2):144 —9 (in Russian).
- Smirnova E. M., Ereгина N. T. Quarantines almost revolted 16 provinces»: the authorities, doctors and the public of Russia in the fight against cholera epidemics (XIX — early XX centuries).

- New Historical Bulletin. [Novij istoricheskij vestnik].* 2021;68(2):33—48 (in Russian).
4. Vasiliev. K. G., Segal A. E. MThe history of epidemics in Russia. From plague to coronavirus. M.: Rodina; 2020 (in Russian).
  5. Baldin K. E. Experience in combating epidemics in Russia at the end of the XIX — beginning of the XX century: cholera in Ivanovo-Voznesensk. *On the way to civil society. [Na puti k grazhdanskomu obshhestvu].* 2020;38(2):52—63 (in Russian).
  6. Ugryumova M. V., Fomenko M. V. Documenting the prevention and control of the Moscow Zemstvo with cholera in the second half of the XIX — early XX century. *Bulletin of Nizhnevartovsk state university. [Vestnik Nizhnevartovskogo gosudarstvennogo universiteta].* 2020;(4):111—20 (in Russian).
  7. Silantieva V. A. Administrative measures to combat the cholera epidemic in Nizhny Novgorod in the 90s of the XIX Century. (pages of history). *Legality and law and order. [Zakonnost i porjadok].* 2021;29(1):50—3 (in Russian).
  8. Ikonnikov S. A. «God protects the Bereaved»: parish the clergy of the Voronezh Diocese in the fight against the cholera epidemic of 1892—1893. *Scientific Dialogue. [Nauchnij dialog].* 2021;(2):292—307 (in Russian).
  9. Karpachev M. D. The peasant famine of 1891—1892 in the Voronezh province and its consequences Society and power: history and modernity. Materials of the 13th Regional Scientific Conference, Voronezh, February 01. 2019. [Materialy 13-ojj Regionalnoj nauchnoj konferencii]. Voronezh: Voronezh state university; 2019. P. 108—20 (in Russian).
  10. Popov P. A. Voronezh City Self-Government, 1870—1918. Voronezh: Kvarta; 2006 (in Russian).
  11. Vasiliev K. G., Segal A. E. The history of epidemics in Russia. Materials and essays. M.: Medgiz; 1960 (in Russian).
  12. Zaryanko N. S. Cholera epidemic in Voronezh province in 1892. Commemorative book of the Voronezh Province for 1893 Voronezh: Type-Lithography of the Provincial Government; 1893 (in Russian).
  13. Shingarev A. I. Cholera epidemic in Voronezh province 1892—1893. Voronezh: Voronezh province zemstvo, 1905 (in Russian).
  14. Shcherbina F. A. Voronezh Zemstvo, 1865—1889: historical and statistical review Voronezh: edition of the Voronezh provincial zemstvo; 1891 (in Russian).
  15. Tezyakov N. I. Surveillance of epidemics in the Voronezh province. The grounds for the participation of the provincial Zemstvo. Proceedings of the Meeting of the VI Provincial congress of zemstvo doctors and chairmen of the zemstvo boards of the Voronezh province on August 23—30, 1897g. [Trudy soveshhanija VI Gubernskogo sezda zemskikh, vrachejj i predsedatelej zemskikh uprav Voronezhskoj gubernii]. Voronezh: Sanitary department at the Voronezh provincial zemstvo board; 1897—1898 (in Russian).
  16. Tobin A. K. About cholera in Voronezh in 1866. *Modern medicine. [Sovremennaja medicina].* 1867;(23):356—61 (in Russian).
  17. A brief overview of the ten-year activity of the provincial zemstvo institutions of the Voronezh province. A systematic collection of resolutions of the Voronezh Provincial zemstvo assembly for the 1st decade from December 1, 1865g. Voronezh provincial zemstvo council. Voronezh: Printing house of V. I. Isaev; 1876 (in Russian).
  18. Essays on the cholera epidemic of 1892—1893 in the Voronezh province. Events in the future: Proceedings IX meetings of zemstvo, city leaders and doctors of societies. institutions of the Voronezh province. March 15—18.1905g. [Trudy IX soveshhanija zemskikh, gorodskikh dejatelej i vrachejj obshhestv, uchrezhdenij Voronezhskoj gubernii]. Voronezh: San. department of the Voronezh provincial zemstvo Council; 1905 (in Russian).
  19. Veselovsky B. B. History of the zemstvo for forty years. St. Petersburg: Publishing house of O. N. Popova; 1909 — 1911 (in Russian).
  20. Systematic collection of resolutions of the Voronezh provincial zemstvo assembly: for the three years of 1892—1894. Voronezh: Printing house of V. I. Isaev; 1898 (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 10.09.2023; одобрена после рецензирования 06.12.2023; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 10.09.2023; approved after reviewing 06.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.



Научная статья

УДК 617.7 (09)

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.021

## Роль глазных отрядов профессора Н. М. Павлова в устранении трахомы на Ставрополье

Нина Александровна Бодулина<sup>1</sup>, Андрей Владимирович Карташев<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России), г. Ставрополь, Российская Федерация

<sup>1</sup>nbodulina@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-4018-9833>

<sup>2</sup>andreyy\_kartashev@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8522-4999>

**Аннотация.** В статье представлена информация об истории развития летучих глазных отрядов на территории России и, в частности, Северного Кавказа. Рассматривается деятельность и эффективность работы отрядов под руководством профессора Николая Михайловича Павлова и его учителя профессора Станислава Владимировича Очаповского в Ставропольском крае. Оценивается объем хирургической, профилактической, консультативной и научной работы летучих отрядов, их вклад в оказание офтальмологической помощи горскому населению, влияние на организацию краевого трахоматозного диспансера. Изучается период руководства профессора Н. М. Павлова кафедрой глазных болезней Ставропольской государственной медицинской академии, его труд по развитию у студентов заинтересованности в борьбе с трахомой и привлечению их к работе в летучих глазных отрядах. Акцентируется внимание на результате профессиональной деятельности Павлова — снижении инвалидизации населения Ставрополья от трахомы, а затем и полном устранении заболевания на территории края.

**Ключевые слова:** офтальмология, трахома, летучие глазные отряды, Павлов Николай Михайлович, Очаповский Станислав Владимирович.

**Для цитирования:** Бодулина Н. А., Карташев А. В. Роль глазных отрядов профессора Н. М. Павлова в устранении трахомы на Ставрополье // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 137–142. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.021.

Original article

### The role of Professor N. M. Pavlov's eye detachments in eliminating trachoma in the Stavropol region

Nina A. Bodulina<sup>1</sup>, Andrey V. Kartashev<sup>2</sup>

<sup>1–2</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Stavropol State Medical University», Ministry of Health of the Russian Federation (FSBEI of HE SSMU), Stavropol, Russian Federation

<sup>1</sup>nbodulina@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-4018-9833>

<sup>2</sup>andreyy\_kartashev@rambler.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8522-4999>

**Annotation.** The article presents information about the history of development of flying eye detachments on the territory of Russia and, in particular, the North Caucasus. The activity and efficiency of the squads under the leadership of Prof. Nikolai M. Pavlov and his teacher Prof. Stanislav V. Ochapovsky in the Stavropol Territory are considered. The amount of surgical, prophylactic, consultative and scientific work of the flying detachments, their contribution to the provision of ophthalmological care to the mountain population, their influence on the organization of the regional trachomatous dispensary are evaluated. The period of Professor N. M. Pavlov's leadership of the Eye Diseases Department of the Stavropol State Medical Academy, his work on the development of students' interest in the fight against trachoma and attracting them to work in the flying eye squads is studied. Attention is focused on the result of Pavlov's professional activity — the reduction of disability of the population of Stavropol from trachoma, and then the complete elimination of the disease in the territory of the region.

**Key words:** ophthalmology, trachoma, flying eye detachments, Pavlov N. M., Ochapovsky S. V.

**For citation:** Bodulina N. A., Kartashev A. V. The role of Professor N. M. Pavlov's eye detachments in eliminating trachoma in the Stavropol region. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):137–142. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.021.

Николай Михайлович Павлов (1900—1968) — заслуженный деятель науки РСФСР, основоположник офтальмологии на Ставрополье. О нем написан ряд работ биографического характера, в том числе научных, за рамками которых остались некоторые подробности его профессиональной деятельности. Одной из таких тем является работа Н. М. Павлова в, так называемых, летучих глазных отрядах.

Целью настоящей статьи является анализ деятельности Н. М. Павлова на всех этапах его профессиональной деятельности в составе и во главе летучих глазных отрядов на территории Северного Кавказа в период работы в Кубанском и Ставропольском медицинских институтах в 1920—1940-х гг. и восполнение лакуны в жизнеописании этого выдающегося отечественного офтальмолога.

Исследование проводилось методом анализа исторических источников, для синтеза материала использовались специальные исторические методы: историко-системный, историко-генетический.

Глазные отряды вошли в практику российской медицины в конце XIX века: в 1893 г. их было 7, в 1894 — 21, 1895 — 24, 1896 — 21, 1897 — 33, 1898 — 36, в последующие два года — по 32. За эти 9 лет 237 отрядами было принято 387 905 больных, произведено 120 457 операций. Отряды снаряжались особым отделом о мерах по предупреждению слепоты, состоящем при Попечительстве Императрицы Марии Александровны о слепых, и командировались в разные местности России. Их цель состояла в оказании бесплатной медицинской помощи, в том числе хирургической, бедному населению, страдающему глазными болезнями. В 1901 г. отдел снарядил 31 глазной отряд, в том числе 23 отряда убыли на новые места и лишь 8 отправились повторно [1, с. 3—21]. Анализ материалов отчета названного отдела за 1901 г. позволяет судить, что необходимость в глазных отрядах была обусловлена, во-первых, состоянием здоровья населения в стране, во-вторых, отсутствием в большинстве мест стационарной помощи глазным больным.

Из этого следует, что летучие отряды стали первым шагом создания организованной помощи населению на местах в лечении глазных заболеваний. Отчетные документы, подготовленные врачами отрядов, свидетельствовали не только о числе принятых и исцеленных пациентов, но и о реальных масштабах необходимой медицинской помощи, которая требовалась в перспективе в следующие годы. Эти сведения ставили на повестку дня также и проблему профилактики болезней. Еще одним положительным моментом в деятельности глазных врачей стало то, что малообразованные люди привыкали к общению с медицинскими работниками.

Инициатором создания особого отдела о мерах по предупреждению слепоты стал приват-доцент Военно-медицинской академии доктор медицины Л. Г. Беллярминов. На своей родине в Сердобском уезде Саратовской губернии в летние месяцы 1889—1892 гг. он лечил крестьян с заболеваниями глаз. За это время через его руки прошло более 1550 пациентов, из них 183 слепых, было сделано 210 операций, удалено 76 катаракт [2, с. 94].

Считается, что одним из первых организаторов глазных отрядов, работавших в Ставропольской губернии, был врач Неуймин. Эта его деятельность началась в 1898 году [3, с. 130]. Согласно Российским медицинским спискам, доктор медицины Николай Иванович Неуймин, 1857 года рождения, медицинское образование получил в 1882 году, в 1900 году имел чин коллежского советника и занимал должность старшего ординатора военного госпиталя в Карсе, в 1910 — работал окружным окулистом в Тифлисе, а в 1916 году, уже будучи в чине статского советника, служил дивизионным врачом в Кавказской кавалерийской дивизии в Тифлисе, специализировался по глазным болезням. Непосредственно в Ставрополе доктор Неуймин стал проживать позже:

в Государственном архиве Ставропольского края хранится групповая фотография 6-го выпуска Ставропольского медицинского техникума 1923 года. Согласно подписи к ней, во втором ряду вместе с другими преподавателями запечатлен Неуймин — выпускник академии Генерального штаба, профессор-окулист. В период НЭПа глазной врач Н. И. Неуймин занимался в Ставрополе частной практикой, о чем сообщала ставропольская окружная газета «Власть Советов» за 8 января 1927 года.

О втором враче, который также стоял у истоков лечения глазных болезней на Кавказе — «Герониусе», как его называли авторы статьи Г. В. Кореньяк и Н. Л. Чередниченко, известно меньше. Российские медицинские списки свидетельствуют о том, что Геронимус Вигтор Израилевич, 1855 г.р., лекарь с 1881 г. на 1900 г. работал младшим врачом военного лазарета в Темир-Хан-Шуре; в 1910—1916 гг., будучи надворным советником, жил и работал в г. Баку. Сказать что-то конкретное о работе врачей Нуймина и Геронимуса в составе глазных отрядов или по их организации не представляется возможным ввиду отсутствия таковой информации.

Газета «Северный Кавказ», выходящая в губернском городе Ставрополе, 10 сентября 1898 г. сообщала о работе в селах Ставрополя глазного отряда. Далее специализированная офтальмологическая помощь таких «летучек» стала систематической. Стоит, однако, отметить, что местные ставропольские врачи не были в стороне от решения проблем данного рода заболеваемости. Так, на первом съезде врачей Ставропольской губернии в 1902 году рассматривался вопрос о глазных болезнях, степени распространения слепоты и мерах борьбы с ними. С докладом на эту тему выступил участковый сельский врач Н. Г. Мюльберг. Речь в первую очередь шла о трахоме и просветительско-профилактической работе среди населения, выпуске брошюр и повышении уровня грамотности населения. Съезд просил Попечительство о слепых об устройстве в губернии специальной глазной губернской больницы, а до ее постройки, чтобы окулистические отряды как можно чаще направлялись в уездные врачебные пункты [4].

Опубликованные отчеты врачей свидетельствуют, что глазные отряды работали в Ставропольской губернии: в 1902 году под началом ассистента глазной клиники Военно-медицинской академии доктора медицины Я. В. Зеленковского, в 1903 году отряд возглавлял доктор медицины М. Д. Соколов, в 1907 году в Александровском уезде работал отряд под руководством врача М. С. Барцинского.

В работу этих отрядов были включены участковые сельские врач. Одним из них был Е. И. Крист. В своем отчете он процитировал доктора Зеленковского, который писал в 1902 году, что в Ставропольской губернии медицинская часть поставлена чрезвычайно плохо: на всю губернию имелось лишь 12 участковых врачей. В частности, в Александровском уезде на 150 тыс. жителей приходилось всего два врача, при этом один из них одновременно исполнял обязанности уездного [5].

На период Первой мировой и Гражданской войн деятельность офтальмологических отрядов на территории Ставропольской губернии прекратилась. К ней вновь обратились отечественные врачи только в 1920-е годы. В фондах Ставропольского государственного музея-заповедника им. Г. Н. Прозрителева и Г. К. Пправе есть мемориальное дело профессора Н. М. Павлова, материалы которого рассказывают о том, что один из выдающихся учеников профессора Л. Г. Беллярминова С. В. Очаповский возобновил работу глазных отрядов на территории Кубани и Ставрополя<sup>1</sup>.

Станислав Владимирович Очаповский (1878—1945) — создатель кафедры глазных болезней в Кубанском медицинском институте — с 1921 по 1945 г. организовал 22 глазных отряда для лечения горских жителей Северного Кавказа от трахомы [6, с. 206]. Именно в этих отрядах и начал свою работу молодой врач, выпускник Кубанского государственного медицинского института 1928 г. Николай Михайлович Павлов. Впоследствии профессор Павлов так вспоминал о первой встрече со Станиславом Владимировичем: «Очаповский выступал с докладом о поездке глазного отряда в Карачай. <...> И я понял, что мне нужно быть в этих отрядах. Это то, что мне так необходимо». Поэтому после окончания учебы Павлов остался на кафедре глазных болезней, прошел специализацию под руководством профессора С. В. Очаповского. Будучи ординатором, Павлов одновременно преподавал в качестве внештатного ассистента на кафедре глазных болезней. С большим энтузиазмом молодой ученый всецело отдался избранной специальности и вскоре стал квалифицированным офтальмологом. Значимым местом в его деятельности как врача занимала работа в глазных отрядах С. В. Очаповского на территории Северного Кавказа.

В 1931 г. отряд, в составе которого находился Н. М. Павлов, побывал в трех районах Дагестана — в Чародинском, Тляретинском и Кахибском. Ввиду обнаружения в Кахибском районе 12 лепрозных больных и наличии прокаженных в других районах Дагестана, Коллегия Наркомздрава ДССР решила организовать в Дагестане изолятор для таких больных и в дальнейшем отказаться от отрядов с узкоцелевыми целями и снаряжать смешанные лечебно-исследовательские отряды.

В газетной статье «Квалифицированную помощь — районам» сообщалось: «В Чародинском районе второй месяц работает глазной отряд, возглавляемый профессором Очаповским, видным окулистом, организатором глазных отрядов во всех национальных республиках и автономных областях (Карачай, Чечня, Ингушетия, Осетия, Черкесия и др.), героем труда, награжденным орденом Трудового Красного Знамени. Отрядом проделана огромная работа: за месяц принято 2094 больных, сделана 241 операция, обследовано население отдельных аулов района, проведена санитарно-просветительная

работа в колхозах. Многие больные, почти лишенные зрения, получили его после операции и стали на работу. За самоотверженную работу глазного отряда президиумом РИКа от имени всего населения Чародинского района выражает товарищескую благодарность глазному отряду в лице проф. Очаповского, врачей Бугулова и Павлова»<sup>2</sup>.

По итогам одной из таких поездок в ДАССР в 1931 г. коллегия наркомздрава республики выразила глубокое удовлетворение работой глазного отряда профессора С. В. Очаповского и отметила научно-практическую ценность его выводов. Наркомздрав ДАССР объявил благодарность всем членам отряда, в том числе врачам Н. М. Павлову, М. Н. Бугулову и М. Зубаирову<sup>3</sup>.

Среди выводов, сделанных отрядами профессора Очаповского, следует отметить такое наблюдение: в Советском Союзе, благодаря массовым мероприятиям, трахома стала менять свое клиническое течение и перестала являться главной причиной слепоты, как это было до революции. Опираясь на собственный опыт, профессор С. В. Очаповский опроверг бытовавшее мнение об «иммунитете высоких мест» и доказал, что и «среди высоких гор, среди альпийских лугов, в беспыльном воздухе по соседству с вечными льдами и снегами» трахома также опасна для людей, как и в других климатических и географических условиях [7, с. 50—52].

Работая в глазных отрядах, врачи оказывали консультационную и хирургическую помощь больным, по возможности занимались подготовкой местных врачей и младшего медицинского персонала с целью обучения их элементарным навыкам ухода за больными с заболеваниями органов зрения.

Ежегодные поездки врачей глазных отрядов С. В. Очаповского по территории республик Северного Кавказа и их деятельность послужили началом ликвидации трахомы в крае. В отличие от других республик Северного Кавказа трахома была наиболее распространена в Осетии. Если в Карачае и Балкарии процент больных трахомой, по отношению ко всем офтальмологическим больным, составлял 1,0%, в Ингушетии и Чечне — 2,5%, то в Осетии он был равен 11,0%. Согласно заключению глазных отрядов, трахома поражала, главным образом, горское население. Во время экспедиции 1928 г. глазным отрядом С. В. Очаповского было проведено 1050 операций. В Осетии в 1928 г. было открыто несколько постоянных глазных пунктов. В 1930 г. открылся глазной кабинет в г. Беслане, оборудованный имуществом глазного отряда Кубанской глазной клиники. Заболеваемость трахомой в начале 30-х годов уже имела тенденцию к снижению. К 1933 г. на 1000 жителей республики приходилось 1,3 больных трахомой, т. е. почти в три раза меньше, чем в 1927 году. В связи с войной в 1940-е годы ощущался дефицит во врачах узких специальностей, в том числе глазных. Поголовный осмотр детского населения выездными бригадами врачей в Северной Осетии

<sup>1</sup> Ставропольский государственный музей-заповедник (далее — СГМЗ). Ф. 197. Ед. хр. 1.

<sup>2</sup> СГМЗ. Ф. 197. Ед. хр. 1. Л. 11.

<sup>3</sup> СГМЗ. Ф. 197. Ед. хр. 1. Л. 12.

выявил значительное количество больных трахомой. В эти районы были направлены специальные бригады [8].

С 1936 по 1942 г. Николай Михайлович Павлов работал в Туркменской ССР директором и научным руководителем научно-исследовательского трахоматозного института. Впервые в условиях Туркмении им был разработан и внедрен в практику диспансерный метод борьбы с трахомой, распространенный в дальнейшем на всю Марыйскую область, а затем — на все области республики<sup>4</sup> (автобиография). Для борьбы с трахомой в республике была создана трахоматозная сеть, во главе которой находился республиканский институт, в областях действовали трахоматозные диспансеры, в районах — фельдшерские глазные пункты, в колхозах под руководством участковых врачей — трахоматозные пункты [7, с. 58].

Как видно, вопрос о снаряжении летучих глазных отрядов в удаленные места Туркмении уже остро не стоял. Офтальмологи в своей работе действовали через созданную сеть здравоохранения и опирались на помощь участковых врачей и фельдшеров. Вместе с тем, В. Д. Тимаков, возглавлявший здравоохранение Туркменской ССР в годы войны, отмечал, что Павлов «систематически создавал экспедиции научно-практического порядка, в результате которых Туркменских трахоматозный институт имеет ряд ценных научных работ»<sup>5</sup>.

В 1943 г. Н. М. Павлов принял под свое руководство кафедру глазных болезней Ставропольского медицинского института. Как вспоминал сам Н. М. Павлов, «кафедра глазных болезней начала функционировать с сентября 1943 г. Не было ни кадров, ни оборудования, ни аппаратуры, ни учебных пособий. Пришлось восстанавливать клинику в тяжелых условиях послеоккупационного периода» [9].

Трахома в Ставропольском крае в тот период продолжала оставаться очень распространенным заболеванием. Об этом, в частности, свидетельствует научная работа ординатора кафедры глазных болезней Р. В. Кагермазовой, которая отмечала, что первое место по обращению за врачебной помощью в случаях заболевания глаз занимает трахома. По клинической картине она представляла собой плохо леченные и запущенные случаи. На втором месте была катаракта, на третьем — аномалии рефракции [10].

При отсутствии трахоматозной сети Павлов по примеру своего учителя организовал работу глазных отрядов в отдаленных уголках Ставрополья и лично ими руководил.

В годовом отчете о работе кафедры глазных болезней за 1946—1947 учебный год Н. М. Павлов отмечал, что в летние месяцы 1945 и 1946 гг. сотрудники клиники глазных болезней Ставропольского государственного медицинского института проводили значительный объем хирургической работы на периферии края, где сделали 332 операции и 632

экспрессий. За четыре года работники клиники и глазного отделения сделали 2438 операций, что составило 609 операций в год. О потребности в хирургической помощи свидетельствовали данные обследования глазных отрядов, которые зафиксировали среди 1951 больного трахомой 560 неотложных антитрахоматозных операций. Это означало, что каждый третий больной трахомой нуждался в той или иной хирургической помощи. Хирургическая обстановка, которая сложилась в крае на тот момент с офтальмологической помощью, по оценке профессора Павлова, была напряженной. Все северные районы Ставрополья обслуживались глазным отделением г. Ставрополя (35 коек), которое являлось единственным учреждением, где оказывалась офтальмологическая стационарная и хирургическая помощь. Другие глазные стационары, расположенные в селах Петровское и Благодарное, в городах Пятигорск, Георгиевск, Буденновск и Черкесск переживали те же трудности и не могли обеспечить хирургической помощью население своих районов, которое устремлялось в ставропольскую клинику<sup>6</sup>.

В 1946 г. глазной отряд краевого отдела здравоохранения в составе врача отряда Бусыгиной В. П., ординатора глазной поликлиники Ставропольского медицинского института Козыревой С. П., студенток Баландиной З. Д. и Кагермазовой Р. В. под руководством директора глазной клиники краевого окулиста профессора Павлова Н. М. провел большую оздоровительную работу в Апанасенковском, Благодарненском, Усть-Джегутинском, Зеленчукском и Петровском районах края. Медицинскими работниками было осмотрено несколько тысяч человек, выявлены очаги трахомы, проведены оздоровительные мероприятия. Членами отряда и лично профессором Павловым принято по тысяче повторных больных и в 200 случаях оказана хирургическая помощь. Осмотрены инвалиды Великой Отечественной войны, потерявшие зрение, некоторым из них произведены операции. В приказе Ставропольского крайздравотдела отмечалось, что все работники отряда вели свою работу с большим энтузиазмом и напряжением, не считаясь ни со временем, ни с состоянием. Всем им была объявлена благодарность<sup>7</sup>.

Кроме поездок глазных отрядов профессор Павлов организовывал командировки сотрудников кафедры в районы края в научных целях. Сам Николай Михайлович в августе 1945 года побывал в станции Абинской Краснодарского края, где находился Кубанский лепрозорий. В нем он изучал постановку дела по лечению лепры глаза. При этом одновременно он оказывал и консультативную помощь персоналу этого лечебного учреждения<sup>8</sup>.

Одной из тем, которые изучались на кафедре глазных болезней под руководством профессора Н. М. Павлова было положение на Ставрополье со

<sup>6</sup> Государственный архив Ставропольского края (далее — ГАСК). Ф. Р-2431. Оп. 6. Д. 45. Л. 4—5.

<sup>7</sup> Архив Ставропольского государственного медицинского университета (далее — СтГМУ). Ф. Р-2431. Оп. 2. Д. 457. Л. 112.

<sup>8</sup> Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2. Д. 444. Л. 167 об.

<sup>4</sup> СГМЗ. Ф. 197. Ед. хр. 1. Л. 3—4.

<sup>5</sup> СГМЗ. Ф. 197. Ед. хр. 1. Л. 41.

слепотой. С 10 июля по 1 сентября 1946 г. для сбора статистического материалов по слепоте в село Петровское была направлена лаборант кафедры Е. В. Колесникова. С 16 июля на две недели была командирована в г. Пятигорск ассистент А. Д. Павлова для обработки научного материала по теме «Трудоустройство слепых»<sup>9</sup>. Заметим, что обе сотрудницы кафедры не входили в состав отряда и выполняли иные задачи.

Информация о глазных отрядах в более поздних отчетах профессора Павлова уже не встретилась. В то же время в них есть упоминания о том, что кафедра вела большую методическую работу в интересах здравоохранения края. В 1948—1949 учебном году профессором Павловым были выполнены работы «Диспансерный метод борьбы с глаукомой» и «Сельский врачебный участок в борьбе с трахомой», А. Д. Павловой была разработана схема систематизации материала по теме «Организация медицинского обслуживания инвалидов Отечественной войны» и разослана врачам-окулистам края<sup>10</sup>. Как видно, именно в эти годы произошел окончательный отказ от лечения жителей отдаленных районов Ставрополья с помощью летучих глазных отрядов. В практику стал входить диспансерный метод, кроме того, создавались необходимые условия для лечения заболеваний глаз в районных больницах и сельскими врачами на участках.

Тем не менее офтальмологи краевого центра не теряли связи с периферией и сами продолжали выезжать в районы. Так, в 1962 г. в населенные пункты края выезжали работники краевого трахоматозного диспансера. На выезде они провели 212 рабочих дней, из них 150 дней отработали врачи, сделавшие 20 выездов, 62 дня — средний медицинский персонал, совершивший 6 поездок. Основной целью этих выездов был осмотр состоящих на учете больных трахомой, осмотр членов их семей, прикрепление больных трахомой к медицинским работникам для лечения, контроль за проводимым лечением, снятие с учета излеченных больных, проведение выборочного осмотра на трахому, проведение эпидемиологического обследования и взятие материалов на гистологическое исследование<sup>11</sup>. Как видно, это уже были не летучие глазные отряды, такие командировки больше напоминают шефскую помощь, тем не менее, они продолжали иметь место.

В 1964 г. в крае работало 48 глазных кабинетов, из них 7 — при детских поликлиниках и один при краевом трахоматозном диспансере. В сентябре того же года был открыт еще один глазной кабинет при Невинномысской детской поликлинике. В стационарах края насчитывалось 220 коек для глазных больных, в том числе в городах Ставрополь, Пятигорск, Кисловодск и Черкесск — 155. На базе Кисловодского санатория «Пикет» имелось 50 санаторных коек для больных глаукомой. Правда, в трахоматозном диспансере своего стационара не было<sup>12</sup>. Рас-

ширение сети офтальмологической помощи привело к снижению нагрузки на краевых специалистов и способствовало развитию возможностей врачей края решать проблемы лечения глазных заболеваний на местах.

Подводя итог, заметим, что Н. М. Павлов перенял опыт организации летучих глазных от своего учителя профессора С. В. Очаповского, и начинал работу по ликвидации глазных болезней именно этим методом. Параллельно им как заведующим кафедрой глазных болезней и краевым офтальмологом велась большая организаторская и методическая работа по расширению офтальмологической сети и подготовке врачей на периферии. Деятельность заслуженного деятеля науки РСФСР доктора медицинских наук, профессора Николая Михайловича Павлова в итоге привела к ликвидации трахомы и многих других массовых заболеваний глаз, характерных для сельской местности в первой половине XX века.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Отчет Особого отдела по предупреждению слепоты за 1901 г. / под ред. проф. Л. Г. Белярминова. СПб.: 1902. 142 с.
2. Бойко Э. В., Кириллов Ю. А., Рейтузов В. А. Л. Г. Белярминов (к 155-летию со дня рождения). *Офтальмологические ведомости*. 2014; 7(3):93—101.
3. Кореньяк Г. В., Чередниченко Н. Л. Страницы истории офтальмологии Ставропольского края. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2018;37(2):130—133.
4. Труды первого съезда врачей Ставропольской губернии. Ставрополь: Тип. Губ. Правл.; 1902. С. 12, 65—85.
5. Крист Е. И. Отчет о деятельности глазного отряда Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых в Александровском уезде Ставропольской губернии в 1907 г. Ставрополь: Тип. Губ. Правл.; 1908. С. 4.
6. Большая медицинская энциклопедия / Гл. ред. Б. В. Петровский. В 30-ти т. Т. 18. М.: Советская энциклопедия; 1982. 528 с.
7. Павлов Н. М. Трахома. Ашхабад, 1941. 63 с.
8. Очаповский, С. В. Глазные болезни, особенно трахома в Северной Осетии. *Известия Северо-Осетинского НИИ*. 1932;(4):84—101.
9. Павлов, Н. М. Вклад в общее дело. *За медицинские кадры (газета Ставропольского государственного медицинского института)*. 1968;(20 декабря):3.
10. Кагермазова Р. В. Глазные болезни по данным клиники (с 1943 по 1946 г. включительно). Тезисы докладов на научной сессии 24—26 мая 1947 года. Ставрополь; 1947. С. 32—33.

#### REFERENCES

1. Report of the Special Department for the Prevention of Blindness for 1901 / edit. Prof. L. G. Bellarminov. St. Petersburg; 1902. 142 p. (in Russian).
2. Boyko E. V., Kirillov Y. A., Reitzov V. A. L. G. Bellarminov (to the 155th anniversary of his birth). *Ophthalmologic bulletins. [Oftalmologicheskiye vedomosti]*. 2014;7(3):93—101 (in Russian).
3. Korenyak, N. L. Cherednichenko G. V. Pages of history of ophthalmology of the Stavropol Territory. *Proceedings of the Russian Military Medical Academy. [Izvestiya Rossiyskoy voyenno-medicheskoy akademii]*. 2018;37(2):130—133 (in Russian).
4. Proceedings of the first congress of doctors of Stavropol province. Stavropol; Typ. Prov. Board; 1902. Pp. 12, 65—85 (in Russian).
5. Krist, E. I. Report on the activities of the eye unit of the Trusteeship of Empress Maria Alexandrovna for the blind in Alexan-

<sup>9</sup> Архив СтГМУ. Ф. Р-2431. Оп. 2. Д. 457. Л. 24, 27.

<sup>10</sup> ГАСК. Ф. Р-2431. Оп. 1. Д. 131. Л. 2, 2 об.

<sup>11</sup> ГАСК. Ф. Р-2795. Оп. 1. Д. 716. Л. 2—3.

<sup>12</sup> ГАСК. Ф. Р-2795. Оп. 1. Д. 822. Л. 1.

- drovsky district of Stavropol province in 1907. Stavropol: Typ. Prov. Board; 1908. P. 4 (in Russian).
6. Large Medical Encyclopedia / Ed. by B. V. Petrovsky. In 30 vol. Vol. 18. M.: Soviet Encyclopedia; 1982. 528 p. (in Russian).
  7. Pavlov N. M. Trachoma. Ashgabat; 1941. 63 p. (in Russian).
  8. Ochapovsky, S. V. Eye diseases, especially trachoma in North Ossetia. *Proceedings of the North Ossetian Research Institute. [Izvestiya Severo-Osetinskogo Nil]*. 1932;(4):84—101 (in Russian).
  9. Pavlov, N. M. Contribution to the common cause. *For Medical Personnel (newspaper of the Stavropol State Medical Institute). [Za meditsinskie kadry (gazeta Stavropol'skogo gosudarstvennogo meditsinskogo instituta)]*. 1968;(December 20):3 (in Russian).
  10. Kagermazova R. V. Eye diseases according to the data of the clinic (from 1943 to 1946 inclusive). Theses of reports at the scientific session on May 24—26, 1947. Stavropol; 1947. P. 32—33 (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 28.11.2023; одобрена после рецензирования 05.12.2023; принята к публикации 05.02.2024.  
The article was submitted 28.11.2023; approved after reviewing 05.12.2023; accepted for publication 05.02.2024.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.022

**И. П. Павлов — учёный, совершивший научную революцию**

*Валерия Геннадьевна Исакова*

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

isakova@nriph.ru, <http://orcid.org/0009-0003-6711-4416>

**Аннотация.** Статья посвящена анализу вклада И. П. Павлова в развитие мировой науки. Рассматривается его роль во внедрении новых методологических подходов к изучению организма человека, в разработке методик, позволяющих вести длительные эксперименты на практически здоровых животных, благодаря чему случился прорыв в понимании функционирования пищеварительной системы. Несовершенные знания в области системы пищеварения были исправлены, дополнены и обогащены И. П. Павловым новыми важнейшими данными. Мировое научное сообщество высоко оценило вклад русского учёного в науку, присудив ему Нобелевскую премию в 1904 г.

**Ключевые слова:** Павлов; хронический эксперимент; физиология пищеварительного тракта; Нобелевская премия по физиологии и медицине.

**Для цитирования:** Исакова В. Г. И. П. Павлов — учёный, совершивший научную революцию // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 143—146. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.022.

Review article

**Ivan P. Pavlov is a scientist who made a scientific revolution**

*Valeriya G. Isakova*

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

isakova@nriph, <http://orcid.org/0009-0003-6711-4416>

**Annotation.** The article is devoted to the analysis of I. P. Pavlov's contribution to the development of world science. His role in the introduction of new methodological approaches to the study of the human organism, in the development of techniques allowing to conduct long-term experiments on practically healthy animals, due to which a breakthrough in understanding the functioning of the digestive system occurred, is considered. Imperfect knowledge in the field of digestive system was corrected, supplemented and enriched by I. P. Pavlov with new important data. The world scientific community highly appreciated the Russian scientist's contribution to science, awarding him the Nobel Prize in 1904.

**Key words:** Ivan Pavlov; A chronic experiment; Physiology of the digestive tract; Nobel Prize in Physiology and Medicine.

**For citation:** Isakova V. G. Pavlov is a scientist who made a scientific revolution. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):143–146. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.022.

В текущем 2024 году исполняется 175 лет со дня рождения выдающегося физиолога Ивана Петровича Павлова и 120 лет со времени присуждения ему Нобелевской премии «За труды по физиологии пищеварения, расширившие и изменившие понимание жизненно важных аспектов этого вопроса». Это была первая Нобелевская премия, присуждённая русскому учёному. Советская идеология канонизировала Павлова как автора учения о высшей нервной деятельности, меж тем научной работой, стяжавшей ему мировую славу и признание мирового научного сообщества, стала работа о функционировании пищеварительного тракта. Прорыв в знаниях о физиологии пищеварения человека был совершён учёным, благодаря созданию серии уникальных экспериментов и инновационному подходу в исследовании подопытных животных *in vivo* (лат. *in vivo*, буквально — в живом). Работы И. П. Павлова по

физиологии, перевернули представления современников учёного о работе системы пищеварения, а полученные им сведения и до сих пор являются актуальными, что позволяет утверждать, что И. П. Павлова можно без сомнения назвать одним из участников научной революции, и, пожалуй, наиболее ярким её представителем в области физиологии.

В последние десятилетия 19 века в биологии и медицине использовались «методы исследования, позволяющие получить лишь фрагментарные сведения об отдельных феноменах и функциях в теле здорового и больного человека — вивисекция (острый физиологический эксперимент), секционный метод, метод химического анализа и клинические наблюдения за больными. Аналитические методики в силу того, что они рассматривали отдельные процессы, не связывая их между собой, не позволяли получить целостное представление об организме. Исследова-

тели, получая отдельные факты, пытались представить себе функционирование организма, беря за основу данные анатомии и патологической анатомии. Исходя из данных аналитических методов, бытовало неверное представление, что, например, секреция пищеварительных желёз не связана с работой нервной системы [1, с. 20—25].

Выдающийся французский физиолог К. Бернар, критикуя сложившийся в научных кругах подход к изучению процессов в живом организме писал: «Когда мы оперируем... над органами или частями, отделенными от организма, то получают только частные явления, из рода явлений органического разложения; но явления органического синтеза не могут быть получены» [2, с. 3]. И ещё: «Анатомы, с анатомической точки зрения, естественно, обычно думают, что анатомическая локализация должна быть отправной точкой зрения всякого физиологического исследования, и что функция затем некоторым образом выводится как следствие анатомического знания частей трупa. Я думаю, что анатомическая локализация есть всегда точка прибытия или следствия физиологического экспериментального исследования на живом» [2, с. 5].

И. П. Павлов также негативно отзывался об острых физиологических экспериментах, указывая на частую ошибочность их выводов в своей «Лекции о работе главных пищеварительных желёз»: «Простое резание животного в остром опыте, как это выясняется теперь с каждым днем все более и более, заключает в себе большой источник ошибок, так как акт грубого нарушения организма сопровождается массой задерживающих влияний на функцию разных органов» И. П. Павлов поясняет, что находясь в остром опыте, организм направляет усилия на выживание и, происходящие в нем процессы рассматривать как физиологически нормальные ошибочно. «Если это обстоятельство служило и служит большой помехой в аналитической физиологии, то оно кажется непреодолимым препятствием для развития синтетической физиологии, когда понадобится точно определить действительное течение тех или других физиологических проявлений в целом и нормальном организме» [3, с. 36]. Не отвергая полностью аналитические методы и отдавая им должное, И. П. Павлов настаивает, что ведущим методом исследования в физиологии должен быть тщательно продуманный длительный эксперимент на целом живом организме, сохраняющем возможность саморегуляции процессов. Инновационный подход Павлова позволил получать новые сведения о связи физиологических процессов и сопровождающих их физико-химических условий [1, с. 20—25].

Разработка конкретных методик и инструментальных средств для проведения таких экспериментов составила одно из важнейших направлений исследовательской деятельности в период научной революции в медицине последней четверти 19 — первой половины 20 века. В восьмидесятых годах 19 века. И. П. Павлов и немецкий физиолог Р. Гейденгайн начинают серию инновационных опытов на собаках — так называемый «метод хронического

эксперимента» с применением анастомозов и fistул, позволяющий исследователю проводить постоянное наблюдение над физиологическими функциями в относительно нормальных условиях существования подопытного животного, что снижало вероятность искажения результатов опыта. До начала испытаний было известно, то частью стенки пищеварительного тракта является мышечная ткань, которая обеспечивает продвижение пищи, однако полной информации как именно обрабатывается пищевой комок не имелось [1, с. 24]. И. П. Павлов решает доказать, что процесс пищеварения — это ряд «химических лабораторий, оборудованных различными механическими приспособлениями» [4 с. 212—216].

И. П. Павлов описывает свою методику таким образом: «Для изучения образования секрета в больших пищеварительных железах, сообщающихся с пищеварительным каналом лишь посредством соединительных трубок, вырезались маленькие кусочки стенки пищеварительного канала, в центре которых находились нормальные отверстия выводных протоков; затем отверстие в стенке канала зашивалось, а вырезанные кусочки с отверстиями выводных протоков подшивались снаружи на соответственном месте на поверхность кожи. Благодаря этой процедуре сок вытекал уже не в пищеварительный капал, а мог быть собран в подставленные сосуды» [4. с. 212—216]. Для чистоты эксперимента чрезвычайное внимание уделялось здоровью и отсутствию дискомфорта у подопытного животного. Это требование явилось совершенно новым в научном мире того времени. Было предусмотрено использование наркоза, выполнение правил антисептики, а начало опытов происходило только по восстановлению животного после вмешательства. И. П. Павлов, описывая задачи и цели своего метода «хронического эксперимента», поясняет, что для того, чтобы понять физиологические явления и связи между явлениями и органами, необходимо после хирургического вмешательства поместить подопытное животное в комфортную среду и привести в состояние максимально близкое к норме [4. с. 212—216].

В процессе опытов выяснилось, что от того, что именно попадало в пищеварительный канал, зависело функционирование пищеварительных желёз, а также особенности их работы — количество и состав реактивов, выделяемых ими. Так, при рассмотрении функционирования слюнных желёз были проведены исследования с различными видами пищи и химическими веществами помещенных в ротовую полость животного. Были получены данные, что объём и состав слюны колеблется в зависимости от помещаемого ингредиента. В случае с пищевыми веществами слюна играла роль формирования пищевого комка для лучшего продвижения по пищеводу, а в случаях применения раздражающих химических веществ, слюна выполняла функцию ополаскивания и ослабления их воздействия. Аналогичные данные были получены и относительно выделения желудочного сока: в зависимости от состава



пищи, его количество, степень кислотности и содержание пепсина изменялись. Так, например, И. П. Павлов указывает: «На хлеб изливается наиболее богатый ферментом, но наименее кислый желудочный сок, на молоко — наиболее бедный ферментом и на мясо — наиболее богатый кислотой. На определенное количество белка, предлагаемого в виде хлеба, мяса или молока, железы производят в первом случае в 2—4 раза больше белкового фермента, чем во втором и в третьем» [4, с. 223]. Кроме того, при химическом анализе было выявлено, что для расщепления растительного белка требуется гораздо больше белкового фермента, чем для белка животного происхождения. Касательно поджелудочной железы был выяснен факт, что в её работе как раздражающий агент работает не пища, а свойства желудочного сока, в первую очередь его кислотность. Чем более высока степень кислотности, тем больше секреция панкреатического щелочного сока. Таким образом выяснилось, что если желудок функционирует с белковым ферментом при кислой реакции, то панкреатические и кишечные ферменты обеспечивают для своей деятельности нейтральную или щелочную среду. Кроме того, панкреатический белковый фермент присутствует постоянно или частично в латентной форме, а верхний отрезок кишечника выделяет фермент, активирующий его. Таким образом была показана «специфическая возбудимость слизистой оболочки пищеварительного тракта» [4, с. 221], влияющая на его моторику и на процессы секреции пищеварительных желез. Это, подчеркивает автор, свидетельствует о целесообразной связи всех частей пищеварительного тракта, их слаженной работе в процессе пищеварения. Отмечено, что механические воздействия пищи на мышцы желудка не влияют на работу желудочных желез. Основным раздражающим фактором является именно химический состав попадающей в желудок пищи, таким образом была установлена «связь между специфичностью раздражений и ответной специфичностью реакций» [4, с. 223].

В ходе хронического эксперимента также было показано, что части организма объединены в целостный организм центральной нервной системой и омываемыми тканевыми элементами жидкостей. Было продемонстрировано, что секреция желудочного сока находится под контролем нервной системы, оперирующей через рефлексы, психические впечатления и импульсы. Н. И. Павлов пишет, что «механизм раздражения слюнных желез сигнальными признаками объектов, т. е. механизм «условного раздражения», можно легко себе представить как функцию нервной системы» [4, с. 233]. В большом числе повторяющихся опытов, выделение секретов желез, а также объемов выделения соков, зависело от психического явления, т. е. от аппетита подопытного животного, что убедительно показало роль центральной нервной системы в работе пищеварительного аппарата условно-рефлекторным путем. Описывая опыты т. н. «психического» возбуждения желез, И. П. Павлов придаёт их результатам огромное значение и говорит о том, что «психология за-

няла место рядом с физиологией» [4, с. 233]. Учёный указывает на чрезвычайную важность «аппетитного сока», выделяющегося слюнными железами в результате психического раздражения животного (желаемое лакомство) для начала процесса работы желудочными железами [4, с. 228]. В серии экспериментов при обязательной идентичности условий, было также показано угасание воздействия одного и того же раздражителя и бурная реакция на новый.

В опытах Н. П. Павлова с мнимым кормлением, перерезка блуждающего нерва вела к тому, что желудочный сок не выделялся, когда пища попадала в ротовую полость собаки. Таким образом была доказана роль нервных волокон блуждающего нерва в стимуляции и торможении секреции. Учёный подчеркивает, что особенностью работы с блуждающим нервом в его опытах был крайне осторожный и внимательный подход, не приводящий к летальному исходу подопытного животного, что происходило в опытах его предшественников [4, с. 226—227]. Благодаря технически безупречно выстроенному эксперименту, впервые в мировой практике учёный смог исследовать не только физиологию органов пищеварения, но также понять связи между ними для понимания функционирования системы пищеварения в целом.

В работах Н. И. Павлова была доказана физиологическая целесообразность принципа нервной регуляции пищеварительных желез через условный и безусловный рефлекс, описан механизм действительности сигнальных признаков способность живого организма к приспособляемости [4, с. 223]. Было доказано, что рефлекторное раздражение в норме всегда специфично, что центостремительные нервы различны и они работают только на определённые внешние раздражители, это и является механизмом целесообразной работы пищеварительных органов, осуществляемы нервной системой.

Фактически, в работе И. П. Павлова нашло подтверждение представление К. Бернара высказанное в «Курсе общей физиологии» о том, что «целое больше суммы составляющих его частей и обладает особыми системными свойствами, несводимыми к свойствам составляющих его частей... организм есть собрание клеток или элементарных организмов, в котором соблюдаются условия жизни каждого элемента, но в котором функционирование каждого из них подчинено, однако целому. ...Подчинение частей целому делает из сложного существа связную систему, целое, индивидуум. Им собственно и устанавливается единство в живом существе» [5, с. 295, 302].

И. П. Павловым был сделан вывод, что «животный организм представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, связанных как друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей природой, находящегося с ней в равновесии. Равновесие этой системы, как и всякой другой, является условием ее существования... представляет внутренний механизм деятельности и недейственности сигнальных признаков внешних предметов, физиологическую основу

тончайшей реактивности живой субстанции, тончайшей приспособляемости животного организма» [4, с. 217—219].

Оригинальный научный подход к эксперименту и методология проведения исследований физиологических процессов И. П. Павлова, позволили учёному не только доказательно описать работу системы пищеварения, но и стали ключом понимания ее функционирования. Результаты его работ заложили основы современных представлений о механизмах регуляции пищеварительной системы.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Степин В. С., Сточик А. М., Затравкин С. Н. История и философия медицины. Научные революции в медицине XVII—XXI вв. М.: Академический проект; 2020. 20—25 с.
2. Бернар К. Курс общей физиологии. Жизненные явления общие животным и растениям. Пер. с франц. СПб.: Изд-во И. И. Билибин; 1878. 3—5 с.
3. Павлов И. П. Лекции о работе главных пищеварительных желез. М.: Л.: изд-во и 1-я тип. Изд-ва Акад. наук СССР; 1949. 36 с.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 08.02.2024; одобрена после рецензирования 27.02.2024; принята к публикации 05.02.2024.  
The article was submitted 08.02.2024; approved after reviewing 27.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

4. Павлов И. П. Нобелевская лекция. В кн.: Гутля Е. Б., ред. Нобелевские премии. Физиология и медицина. М.: ИД «Нобелевские лекции на русском языке»; 2006; т.1. 212—233 с.
5. Бернар К. Курс общей физиологии. Жизненные явления общие животным и растениям/Пер. с франц. СПб.: Изд-во И. И. Билибин; 1878. 295, 302 с.

#### REFERENCES

1. Stepin V. S., Stochik A. M., Zatravkin S. N. History and Philosophy of Medicine. Scientific revolutions in medicine XVII- XXI centuries. Moscow: Academic Project; 2020. 20—25. (in Russian)
2. Bernard K. Course of general physiology. Life phenomena common to animals and plants. Transl. from French. — St. Petersburg: Publishing House I. I. Bilibin; 1878. 3—5. (in Russian)
3. Pavlov I. P. Lectures on the work of the main digestive glands. Moscow, Leningrad: eds. Acad. of Sciences of the USSR; 1949. 36. (in Russian)
4. Pavlov I. P. Nobel lecture / In the book: Nobel Prizes. Physiology and Medicine. Vol.1. M., ID «Nobel Lectures in Russian»; 2006; vol. 1. 212—233. (in Russian)
5. Bernard K. Course of general physiology. Life phenomena common to animals and plants. Transl. from French. St. Petersburg, Publishing House I. I. Bilibin; 1878. 295, 302. (in Russian)

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.023

**Перестройка дореволюционного зубо­вра­че­ва­ния в первые годы советской власти:  
планы и итоги**

*Егор Сергеевич Максимов*

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация; ФГБОУ ВО  
Российский Университет Медицины Минздрава России, Москва, Российская Федерация

79778220515@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5276-8578>

**Аннотация:** В августе 1918 года Зубо­вра­че­бная под­сек­ция Народно­го комис­сариата здо­ро­во­охра­не­ния поста­вила перед собой глав­ную цель — обеспечить широ­ким мас­сам на­се­ле­ния доступ к высоко­квали­фици­ро­ван­ной, бесплат­ной и органи­зо­ван­ной сто­ма­то­ло­гической по­мо­щи. Реформа зу­бо­вра­че­ва­ния была осу­ществ­ле­на в усло­виях после­ре­во­лю­ци­он­ного кри­зиса, не­до­статка фи­нан­си­ро­ва­ния и не­хватки квали­фи­ци­ро­ван­ных спе­ци­али­стов при не­га­тив­ном от­но­ше­нии части зу­бных вра­чей к пере­ме­нам. Для ре­ше­ния про­блемы де­фи­цита обо­ру­до­ва­ния, ма­те­ри­алов и ле­карств было ре­ше­но на­ци­о­на­ли­зи­ро­вать частные зу­бо­вра­че­бные ка­бинеты и привлечь оста­вших­ся вра­чей к тру­довой по­вин­ности, но не все смогли вы­дер­жать эти труд­ности. Тем не менее в РСФСР была соз­дана сеть го­су­дар­ствен­ных зу­бо­вра­че­бных амбу­ла­то­рий, которая после пере­хода к новой э­ко­но­ми­ческой по­ли­ти­ке быстро раз­ру­ша­лась. Соз­да­ние ус­той­чивой системы бесплат­ного го­су­дар­ствен­ного зу­бо­вра­че­ва­ния по­тре­бо­вало нового вре­мени и дру­гих э­ко­но­ми­ческих ус­ло­вий.

**Ключевые слова:** история медицины, зубо­вра­че­ва­ние, зу­бо­вра­че­бная под­сек­ция, П. Г. Дауге, сто­ма­то­логия.

**Для цитирования:** Е. С. Максимов. Перестройка дореволюционного зубо­вра­че­ва­ния в первые годы советской власти: планы и итоги // Бюллетень  
Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 147—150. doi:10.25742/  
NRIPH.2024.01.023.

Original article

**Reorganization of pre-revolutionary dentistry in the first years of Soviet power: plans and results**

*Egor S. Maksimov*

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation; FSBEI HE «ROSUNIMED» OF MOH OF  
RUSSIA Moscow, Russian Federation

79778220515@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5276-8578>

**Annotation:** In August 1918, the Dental Sub-Section of the People's Commissariat of Health set itself the main goal of providing the general public with access to highly qualified, free and organized dental care. The reform of dentistry was implemented in the conditions of the post-revolutionary crisis, lack of funding and shortage of qualified specialists, with a negative attitude of some dentists to the changes. To solve the problem of shortage of equipment, materials, and medicines, it was decided to nationalize private dental offices and to engage the remaining doctors in labor conscription, but not all could withstand these difficulties. Nevertheless, a network of state dental outpatient clinics was established in the RSFSR, which rapidly deteriorated after the transition to a new economic policy. The creation of a sustainable system of free public dental care required a new time and other economic conditions.

**Key words:** history of medicine, dentistry, dental subsection, P. G. Dauge, dentistry.

**For citation:** Maksimov E. S. Reorganization of pre-revolutionary dentistry in the first years of Soviet power: plans and results. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):147–150. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.023.

11 июля 1918 года было издано постановление Совета народных комиссаров о создании Народного комиссариата здравоохранения. 17 августа того же года, на заседании коллегии НКЗ, были утверждены положения о Зубо­вра­че­бной под­сек­ции<sup>1</sup>, которой было поручено разработать и реализовать реформу зубо­вра­че­ва­ния на основе социалистических принципов (бесплатность, плановость, классовость, ква-

лифицированность и т. д.) [1,2]. Возглавил под­сек­цию Павел Георгиевич Дауге — член первой коллегии НКЗ.

Свою работу под­сек­ция начала с реализации плана по сосредоточению всей зубо­вра­че­бной по­мо­щи в стране в «одних руках». Для этой цели Зубо­вра­че­бная под­сек­ция приняла постановление 16 октября 1918 года «Об организации Зубо­вра­че­бных ячеек при Медико-санитарных отделах губернских советов депутатов». Из постановления следовало, что во главе зубо­вра­че­бной части назначается ответственный

<sup>1</sup> Государственный архив Российской Федерации (далее ГА РФ). Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 17.

ный зубной врач, который осуществляет координацию деятельности зуболечебных учреждений, контролирует соблюдение законов и указов центральной власти, а также отвечает за распределение материалов и наблюдает за работой всех зубо врачебных учреждений в регионе<sup>2</sup>.

Впоследствии П. Г. Дауге говорил о том, что данные положения носили исключительно централизованный характер, что в свою очередь соответствовало эпохе военного коммунизма, когда периоду нового государственного строительства должен предшествовать период уничтожения всего старого [1]. В условиях послереволюционной разрухи, эпидемий и Гражданской войны, концентрация оставшихся ресурсов и кадров была единственной возможностью организовать медицинскую помощь для населения страны [3].

Зубо врачебная подсекция в первую очередь попыталась определить, какие ресурсы из прошлого можно использовать для построения новой системы государственного зубо врачевания. В декабрьском (втором) выпуске Известий комиссариата здравоохранения Союза коммун северной области 31 октября 1918 года было опубликовано постановление о регистрации зубных врачей. По этому постановлению, все зубные врачи и дантисты Петрограда и его окрестностей должны были зарегистрироваться в Зубо врачебном подотделе Комиссариата здравоохранения в течение 6 дней, а владельцы и заведующие зубо врачебными учреждениями должны были предоставить информацию о своих заведениях, времени открытия и адресах. Положение заканчивалось предупреждением о возможной ответственности за невыполнение этого постановления.

Возможно, не все зубные врачи и владельцы зубо врачебных кабинетов торопились следовать указаниям новой власти, однако Зубо врачебной подсекции Наркомздрава удалось провести определенный учет имеющихся кадров. На одном из заседаний коллегии Ученой одонтологической комиссии от 19 августа 1919 года упоминается, что по всей России было всего 6417 зубных врачей<sup>3</sup>. Таким образом, создание системы бесплатной зубо врачебной помощи в новой России стояло перед Подсекцией в условиях острой нехватки квалифицированных специалистов.

Параллельно с оценкой численности зубных врачей в стране велись учетные работы по материально-технической базе зубо врачевания. 14 сентября 1918 года было издано постановление Народного Комиссариата Здравоохранения об учете зубо врачебных материалов и принадлежностей. Согласно этому документу, все организации и частные лица, имеющие материалы для зубо врачевания, должны были предоставить данные о своем товаре в Зубо врачебную подсекцию Наркомздрава в течение 10 дней и затем ежемесячно сообщать о движении этих товаров, а продажа их должна была осуществляться

только с разрешения подсекции. Постановление заканчивалось предупреждением о возможной ответственности за нарушение указаний, а товары могли быть конфискованы<sup>4</sup>.

В условиях критического дефицита финансовых средств, оборудования для зубо врачебной практики, материалов и лекарств, создание государственных зубо врачебных амбулаторий для бесплатного обслуживания населения было возможным только через реквизицию частных кабинетов зубных врачей. Тезисы документа «О национализации зубо врачебного дела в Советской Республике» были рассмотрены на заседании коллегии Наркомздрава 3 декабря 1918 года. Главной целью было национализировать медицинские учреждения, имеющие предпринимательский характер, в первую очередь зубо врачебные кабинеты, где помимо владельца работали ассистенты. Те, где ассистентов не было (так называемые «трудовые кабинеты»), могли временно остаться у владельцев<sup>5</sup>.

Постановлено было, что национализация зубо врачебной сферы должна осуществляться за счет местных ресурсов, и только при нехватке средств могли выделяться кредиты из сметы Наркомздрава<sup>6</sup>. В документе «О национализации частных кабинетов» отмечалось, что необходима перегруппировка зубо врачебных учреждений между городами и деревнями, столицами и провинцией, а также между различными районами города.

Доклад заведующего Зубо врачебной подсекцией П. Г. Дауге «О национализации зубо врачебной помощи в Республике» был представлен на заседании коллегии Наркомздрава 14 декабря 1918 года. Несмотря на то, что национализация всей медицины могла быть осуществлена только одновременно с зубо врачебной сферой, практические шаги в этом направлении могли быть предприняты немедленно. Основная цель состояла в полном уничтожении частной зубо врачебной практики и обеспечении бесплатной помощи населению. Планировалось, что национализация зубо врачевания вызовет финансовые трудности, и до разрешения этого вопроса предполагалось использовать местные ресурсы<sup>7</sup>.

Для организации бесплатной государственной зубо врачебной помощи необходимо было не только обзавестись или реквизировать помещение с оборудованием и материалами, но и убедить зубных врачей, которые привыкли получать оплату за свою работу, работать в новых государственных учреждениях. Согласно решению Наркомздрава от 20 декабря 1918 года, все зубные врачи должны были принять обязательную трудовую повинность. Работа зубных врачей, привлеченных на государственную службу, оплачивалась по общим тарифным ставкам медицинских работников, что считалось первым шагом к профессиональному равенству зубных врачей и врачей общей медицины [1].

<sup>2</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Лл. 53, 53 об.

<sup>3</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 10. Л. 58.

<sup>4</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 54.

<sup>5</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 100.

<sup>6</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 106.

<sup>7</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 1. Д. 12. Л. 101.

В инструкции от 28 января 1918 года определялась последовательность привлечения зубных врачей к трудовой повинности: сначала безработные, затем работающие, а затем зубные врачи без работы и оборудования из-за реквизиций<sup>8</sup>. Согласно решению Наркомздрава от 20 декабря 1918 года, освобождались от трудовой повинности мужчины старше 55 лет, женщины старше 50 лет, беременные женщины, а также непригодные к работе из-за состояния здоровья [4].

Дальнейшее решение Наркомздрава от 26 декабря 1918 года предписывало всем зубным подотделам закончить учет зубных сил и оборудования и организовать бесплатную зубоврачебную помощь. Временно пациенты могли обращаться в частные кабинеты. Тем временем, для обеспечения открываемых амбулаторий право реквизиции было предоставлено местным исполнительным органам. В первую очередь под реквизицию попадали частные кабинеты, имеющие коммерческий характер. Реквизируемое оборудование следовало оплачивать согласно установленным нормам, учитывая стаж и социальное положение владельца. Специалисты с опытом более трех лет могли работать самостоятельно, с опытом от одного до трех лет — под руководством заведующих, а без опыта — в качестве помощников до набора опыта<sup>9</sup>.

19 февраля 1919 года было внесено дополнение к ранее принятому постановлению, согласно которому после того, как зубные врачи перешли на государственную службу, им было запрещено заниматься частной практикой и хранить собственное оборудование. Однако, учитывая сложное экономическое положение в столицах и некоторых областях, а также нехватку зубоврачебных амбулаторий, Зубоврачебная подсекция не настаивала на немедленном выполнении этого решения и позднее его вовсе отменила 5 августа 1919 года<sup>10</sup>.

24 июля 1919 года была опубликована инструкция «Об организации государственной зубоврачебной помощи населению Республики», в которой впервые были установлены нормы обеспечения населения зубными врачами: для сельского населения — 1 врач на каждые 28 400 человек; для городского населения — 1 врач на 5 000 человек в крупных городах и 1 на 10 000 в малых; для школьников — 1 врач на 2 500 в крупных городах и 1 на 5 000 в остальных. Однако, из-за финансовых трудностей и нехватки материалов, только 30% этого плана могло быть осуществлено к середине 1919 года<sup>11</sup>.

На II Всероссийском совещании заведующих зубоврачебными подотделами было заявлено, что ориентировочный план оказался неосуществимым из-за ограниченных ресурсов и необходимости правильного распределения зубоврачебных сил. Благодаря усилиям Зубоврачебной подсекции Наркомздрава был разработан план создания сети государ-

ственных зубоврачебных амбулаторий и создана законодательная база для его осуществления. Количество таких амбулаторий начало расти с конца 1919 года, когда начались субсидии из центра. Если в конце первого полугодия 1919 года было 360 государственных амбулаторий с 584 врачами, то к концу второго полугодия их число выросло до 1200 с 1536 врачами<sup>12</sup>.

Из отчетов заведующих государственными зубоврачебными амбулаториями в городах и областях стало ясно, что развертывание бесплатного зубоврачевания сталкивалось с рядом проблем. Основные затруднения включали отсутствие необходимого оборудования, материалов и финансирования для поддержания создаваемых амбулаторий, неоднозначность политики центра на местах и недостаточная связь с руководством, а также недостаток квалифицированных специалистов, усугубленный массовым призывом зубных врачей и техников в Красную армию в 1918—1919 годах. Более того, зубные врачи не всегда были готовы работать в соответствии с новыми правилами [5].

Борьба за дальнейшее развитие бесплатных государственных зубных амбулаторий завершилась в 1921 году, когда 14 марта 1921 года на X съезде РКП(б) было объявлено о переходе к новой экономической политике. Расходы на здравоохранение теперь должны были покрываться как государственными, так и местными средствами, и большая часть медицинских учреждений была передана на местный бюджет.

На III Всероссийском совещании заведующих зубоврачебными отделениями губернских и областных отделов здравоохранения была принята резолюция, в которой говорилось о сокращении плана государственного зубоврачевания из-за тяжелых материальных и финансовых условий, о необходимости сохранения уже функционирующих государственных зубных амбулаторий, особенно в сельской местности. Амбулатории и кабинеты, не задействованные в государственном зубоврачевании, а также неиспользуемое оборудование были разрешены для временного использования профессорам и кооперативам на договорной основе; открытие частных зубных кабинетов стало возможным с разрешения и под контролем местных органов здравоохранения; также было разрешено открывать частные зубные клиники ассоциациями зубных врачей; предполагалось упрощение трудовой повинности<sup>13</sup>.

Несмотря на призыв сохранить достигнутое, в период новой экономической политики количество государственных амбулаторий, созданных на основе инициативы Зубоврачебной подсекции, стремительно сокращалось. На 1 октября 1921 года в стране было 1225 городских амбулаторий (с 1283 зубными врачами) и 659 сельских (с 751 врачом), всего 1884 государственных амбулаторий, где трудилось 2034 зубных врача [6]. На следующий год количество государственных амбулаторий уменьшилось

<sup>8</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 3. Л. 41.

<sup>9</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 1. Лл. 34-37.

<sup>10</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 47. Л. 9.

<sup>11</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 8. Лл. 60-61.

<sup>12</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 47. Лл. 35—38.

<sup>13</sup> ГА РФ. Ф. А482. Оп. 20. Д. 86 Л. 5.

второе, в городах — на одну треть. П. Г. Дауге отмечал: «После ликвидации военного коммунизма в государственном зубоочечении наступает, как и во всех областях государственной жизни, период перехода к новой экономической политике. Процесс национализации частных кабинетов прекращается... Государственное зубоочечение переживает чрезвычайно тяжелую полосу временного отступления, принявшего местами довольно хаотический характер и приведшего к значительному сокращению более или менее налаженной сети государственных зубоочечений и разбазариванию национализированного имущества...» [7].

Таким образом, усилиями Зубоочечной подсекции Наркомздрава была впервые в мире развернута сеть государственных зубоочечных амбулаторий, предоставлявших бесплатную помощь населению. Хотя методы, использованные для достижения этой цели — национализация частных зубоочечных кабинетов и привлечение зубных врачей к трудовой повинности, кажутся жесткими, с точки зрения революционеров, цель, вероятно, оправдала средства. Однако в условиях военного коммунизма, голода и Гражданской войны было невозможно создать жизнеспособную систему государственного зубоочечения только на революционном энтузиазме. Идею квалифицированной, бесплатной, плановой стоматологической помощи удалось воплотить в жизнь гораздо позже, в другое время и при других экономических условиях.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Дауге П. Г. Социальные основы советской стоматологии. М.: Государственное медицинское издательство; 1933.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 12.02.2024; одобрена после рецензирования 27.02.2024; принята к публикации 05.02.2024.

The article was submitted 12.02.2024; approved after reviewing 27.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.

2. Верлоцкий А. Е. О подготовке кадров стоматологов и переквалификации зубных врачей. *Одонтология и стоматология*. 1927;(5):14—20.
3. Пашков К. А. История стоматологии: от истоков до XX века. М.: Печатный дом «Магистраль»; 2018.
4. Постановление Народного Комиссариата Здравоохранения. О трудовой повинности медицинского персонала. Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917—1918 гг. М.: Управление делами Совнаркома СССР; 1942.
5. Янушевич О. О., Пашков К. А., Максимов Е. С. Становление советской стоматологии: 1918—1921 годы. *Стоматология*. 2023;102(2):70-76.
6. Дауге П. Г. Итоги и перспективы в области Государственного Зубоочечения. *Одонтология и стоматология*. 1924;(3):61—73.
7. Дауге П. Г. Великий Октябрь и Советское зубоочечение. *Одонтология и стоматология*. 1927;(5):5—9.

#### REFERENCES

1. Dauge PG. Social bases of Soviet stomatology. Moscow: State Medical Publishing House; 1933 (in Russian).
2. Verlotsky AE. On training of stomatologists and requalification of dentists. *Odontology and dentistry*. [Odontologiya i stomatologiya]. 1927;(5):14—20 (in Russian).
3. Pashkov KA. History of stomatology: from the origins to the XX century. Moscow: Printing House «Magistral»; 2018 (in Russian).
4. Resolution of the People's Commissariat of Health. On the labor obligation of medical personnel. Collection of decrees and orders of the government for 1917—1918. Moscow: Management of Affairs of the USSR Council of People's Commissariat of Health; 1942 (in Russian).
5. Yanushevich OO, Pashkov KA, Maksimov ES. Formation of Soviet dentistry: 1918—1921. *Stomatology*. [Stomatologiya]. 2023;102(2):70-76 (in Russian).
6. Dauge PG. Results and prospects in the field of State Dental Medicine. *Odontology and Dentistry*. [Odontologiya i stomatologiya]. 1924;(3):61—73 (in Russian).
7. Dauge PG. The Great October and Soviet dentistry. *Odontology and Dentistry*. [Odontologiya i stomatologiya]. 1927;(5):5—9 (in Russian).